



TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO PARA EL ENRIQUECIMIENTO DE LA
PEDAGOGÍA HOSPITALARIA, A TRAVÉS DE LA PUESTA
EN FUNCIONAMIENTO DE UN MODELO DE
MODIFICABILIDAD ESTRUCTURAL COGNITIVO DE
FEUESRTEIN EN LAS AULAS HOSPITALARIAS DE QUITO**

BETTY SHADIRA PROCEL GUERRA

Programa de Doctorado: R 014 Psicología

2020



TESIS DOCTORAL

ESTUDIO PARA EL ENRIQUECIMIENTO DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA, A TRAVÉS DE LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN MODELO DE MODIFICABILIDAD ESTRUCTURAL COGNITIVO DE FEUESRTEIN EN LAS AULAS HOSPITALARIAS DE QUITO

BETTY SHADIRA PROCEL GUERRA

Programa de Doctorado: R 014 Psicología

Conformidad de los/as directores/as:

Fdo: Bernard Cadet.....Fdo. Isabel Cuadrado Gordillo

2020

AGRADECIMIENTO

Durante este trabajo de investigación, son tantas las personas a las que quiero agradecer han sido ángeles en mi vida que de alguna manera han contribuido al logro de este objetivo.

 Mi agradecimiento especial a DIOS mi Señor, por cumplir uno de mis sueños, por las bendiciones recibidas, por darme la fuerza y capacidad para culminar esta investigación...
 por ser mi amparo y fortaleza en este transitar por la vida.

 Mi agradecimiento al Profesor Dr. Bernard Cadet, director de mi trabajo de investigación, por haber dirigido mi tesis doctoral, por su ayuda constante siendo mi guía y maestro, por su valioso conocimiento y actitud motivante, en especial por su comprensión y palabras de apoyo en esos momentos en los que creí decaer en este camino.

 Mi agradecimiento a la Dra. Isabel Cuadrado codirectora por su incondicional ayuda, orientándome y mostrándome opciones para el avance del trabajo de investigación, por su apertura y contestaciones inmediatas ante cualquier inquietud que se presentaba.

 Mi agradecimiento a mi familia Genaro, Michell, Dany, Santiago, por ser mi fuente de inspiración y perseverancia, por estar a mi lado, comprendiendo mis ausencias, esperando mi regreso, levantando mi ánimo en los momentos más complicados, creyendo en mí.

 Mi agradecimiento a mis padres Bolívar y Teresa por ser mis compañeros de aventura, siempre apoyándome en cualquier lugar a donde iba para que no me sienta sola.

 Mi agradecimiento a la Fundación Carolina Labra representado en sus docentes hospitalarias por la ayuda desinteresada en brindarme un espacio de su tiempo mostrándome un trabajo ejemplar con los niños/as y jóvenes que se encuentran en situación de enfermedad, por compartir sus conocimientos y enseñanzas.

Mi agradecimiento a la Dra. Sylvia Riquelme por ser uno de mis ángeles en esta investigación... abrirme las puertas y mostrarme que en el mundo todavía existen personas nobles entregadas a su trabajo.

Mi agradecimiento a Marianela Ferreira por su disposición a ayudarme en la investigación, por el conocimiento compartido del manejo de la Pedagogía Hospitalaria en Chile.

Mi agradecimiento a mi amigo ALDO por ser un referente profesional en mi vida, por sus palabras, por mirar mis capacidades y permitirme reflexionar en mis debilidades con el fin de superarlas.

Mi agradecimiento a Tamara Espinosa por compartir el mismo sueño de cambiar la educación de nuestro país, brindando calidad educativa con un personal docente capacitado y con una formación férrea que responda a las necesidades de los niños/as y adolescentes que se encuentran con dificultades en su salud.

A la Universidad de Extremadura por acogerme como estudiante de esta prestigiosa Alma Mater.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación doctoral a todos los niños/as y jóvenes de mi país que se encuentran en situación de enfermedad, gracias por ser una luz de esperanza y por el esfuerzo que día a día muestran con el fin de superarse, indicando que no existe barreras cuando se quiere alcanzar un sueño.

Dedico este trabajo de investigación doctoral a mi esposo Genaro que ha sido mi ayuda idónea, al estar a mi lado en todo momento siendo mi cómplice, alentándome a conseguir las cosas que me propongo.

Dedico este trabajo de investigación doctoral a mis hijas Michell, Daniela y a mi Yerno Santiago (a quien lo considero un hijo) que han sido un regalo en mi vida, así como una luz en este camino, por sus enseñanzas basadas en el amor, por ser mi inspiración constante de lucha y perseverancia.

Dedico este trabajo de investigación doctoral a mis padres por formar en mis valores, por enseñarme a ser una buena profesional... y a que se debe luchar por alcanzar los sueños.

A mis hermanas Ximena y Sandra, por mostrarme la importancia de la familia y ser un apoyo en mi vida.

A todos los que han contribuido de una u otra manera en el logro de este objetivo.

INDICE

INDICE	9
ÍNDICE DE TABLAS	13
ÍNDICE DE FIGURAS	15
RESUMEN.....	17
ABSTRACT.....	18
LISTA DE ABREVIATURAS	19
Introducción	21
I PARTE.....	29
DESARROLLO TEÓRICO	29
1.1 Antecedentes	31
1.2 Características especiales de las escuelas hospitalarias.....	39
1.3 Estado de la cuestión	40
1.4 Aspecto a mejorar.....	47
CAPÍTULO II	49
Ámbitos, experiencias y enfoques de la Educación Hospitalaria.....	49
2.1 En el ámbito hospitalario.....	52
2.2 En el ámbito educativo.....	54
2.2.1 Algunas Experiencias Actuales en Educación Hospitalaria	57
2.2.2 Investigaciones en Educación Hospitalaria.....	70
2.3 Modelo Nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria En Ecuador	82
A. Antecedentes en Ecuador del sistema nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria	84
B. Enfoque del Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria en Ecuador	84
B.1. Enfoque de Derechos.....	84
B.2. Enfoque inclusivo.....	85
B.3. Enfoque Ecológico – contextual.....	86
B.4. Enfoque de atención integral	87
B.5. Enfoque de bienestar	88
2.4 Fundamentación legal del Modelo Nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria	88

2.4.1	Propósitos, objetivos y principios del Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria.....	92
2.4.2	Actores del Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria	93
2.4.3	Metodología del Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria	96
2.5	La lectura y el currículo educativo ecuatoriano	98
2.6	La lectura y el currículo educativo ecuatoriano	106
2.7	Las Competencias Lectoras y su desarrollo	117
2.8	La Pedagogía Hospitalaria y su trascendencia	120
2.8.1	Pedagogía Hospitalaria (PH).....	120
2.8.2	Propósito de la Pedagogía Hospitalaria.....	126
2.8.3	Aula pedagógica hospitalaria y procesos de aprendizaje	130
2.8.4	Modelos estratégicos útiles en las aulas hospitalarias (AH)	137
2.8.5	Condiciones espaciales del Aula Hospitalaria (AH)	139
2.9	Perfil del docente hospitalario.....	140
2.10	Introducción al trabajo de Feuerstein y su Modelo de Modificabilidad Estructural Cognitiva	143
2.10.1	Teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva.....	146
2.10.2	Epicentro de la teoría de MLE	149
2.10.3	La Experiencia de Aprendizaje Mediado MLE.....	152
2.10.4	Pautas de mediación.....	160
2.11	La SCM: Modificabilidad Cognitiva Estructural, en la Pedagogía Hospitalaria de niños y adolescentes con cáncer.....	162
	Conclusiones del Capítulo II.....	166
	II PARTE	169
	DESARROLLO EMPÍRICO	169
	CAPÍTULO III.....	169
	Diseño de la Investigación	169
3.1	Diseño metodológico de la investigación.....	171
3.2	Técnicas de recogida de datos	176
3.2.1	Observación.....	176
3.2.2	Cuestionario	179
3.2.3	Focus Group.....	180
3.2.3.1	El rol del moderador en la aplicación del Focus Group	182
3.2.4	Prueba PROLEC R. - Batería de Evaluación de los Procesos Lectores, Revisada .	185

3.2.5	Categorización.....	188
3.2.6	Triangulación	191
3.2.7	Viabilidad de la investigación	192
3.2.7.1	Procedimientos que favorecieron la viabilidad de la investigación	192
3.3	Participantes	194
3.4	Operacionalización de variables.....	196
3.5	Conclusión del Capítulo III	197
CAPITULO IV		199
ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS		199
4.1	Resultados de las Guías de Observación Directa	201
4.1.1	Chile	201
4.1.2	Ecuador.....	209
4.1.3	Componentes a mejorar producto de la elaboración de las Guías de Observación Directa	216
4.1.4	Análisis de datos de la observación directa no participante	225
4.1.5	Resultados adicionales obtenidos en la observación en las AH de Ecuador	232
4.2	Cuestionario sobre prácticas pedagógicas	233
4.3	Entrevista Focus Group.....	238
4.4	Resultados PROLEC-R	262
4.5	Conclusiones del Capítulo IV.....	272
CAPITULO V		281
CONCLUSIONES		281
Implicaciones didácticas		289
Líneas de investigación futura.....		290
Limitaciones de este estudio		291
PROPUESTA- GUÍA.....		295
Guía para el re-diseño curricular de la Pedagogía Hospitalaria, a través del modelo de Modificabilidad Estructural Cognitiva de Feuerstein en aulas hospitalarias aplicada a niños-pacientes oncológicos de 7 a 15 años.....		
1.	Introducción	295
2.	Objetivos de la Propuesta.....	301
3.	Alcance.....	302
4.	Definición de conceptos	302

5.	Perfil del docente hospitalario	303
6.	Inclusión de pasantes.....	306
7.	Metodología Docente	307
8.	Aplicación de la metodología de Feurestein	318
9.	Forma de aplicación	321
10.	Planificación de las actuaciones en la clase hospitalaria.....	322
BIBLIOGRAFÍA.....		325
ANEXO 1.		339
CUESTIONARIO SOBRE PRÁCTICAS PEDAGÓGICAS PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS LECTORAS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EDUCATIVA HOSPITALARIA Y DOMICILIARIA.....		339
ANEXO 2. GRUPO FOCAL		341
ANEXO 3		346
GUÍA DE OBSERVACIÓN		346
ANEXO 4		348
RESULTADOS PROLEC-R.....		348
ANEXO 5. RESULTADOS INDIVIDUALES PRUEBA PROLEC-R.....		376
ANEXO 6. RESULTADOS CUESTIONARIO SOBRE PRÁCTICAS PEDAGÓGICAS.....		377
ANEXO 7 RESULTADOS ENTREVISTAS		400

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. N° de niños y adolescentes beneficiarios en el Programa Aulas Hospitalarias.....	38
Tabla 2. Marco Legal- Modelo Nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria.....	89
Tabla 3. Diferencias entre el aula ordinaria y la hospitalaria.....	96
Tabla 4. Distribución de países en comparación con la media regional - Resultado del TERCE en materia de Lectura.....	102
Tabla 5. Desempeño en Ciencias, Lectura y Matemáticas.....	105
Tabla 6. Resumen de los criterios de las categorías.....	109
Tabla 7. Plan de estudios para Educación General Básica.....	111
Tabla 8. Pautas para la experiencia de aprendizaje mediado.....	161
Tabla 9. Grupo Focal.....	183
Tabla 10. Centros hospitalarios y participantes del focus group.....	185
Tabla 11. Indicadores Principales y secundarios PROLEC R.....	187
Tabla 12. Procedimientos que favorecieron la viabilidad de la investigación.....	193
Tabla 13.Operacionalización de variables.....	197
Tabla 14. Información Específica.....	202
Tabla 15. Docentes Permanentes en AH.....	202
Tabla 16. Docentes con PH con metodología lúdica.....	203
Tabla 17. Docentes con PH con metodología activa.....	204
Tabla 18. Docentes con PH con metodología participativa.....	204
Tabla 19. PH genera desarrollo de habilidades.....	205
Tabla 20. Desarrollo de destrezas lectoras.....	206
Tabla 21. Dominio del Contenido.....	206
Tabla 22. Conocimiento y aplicación de adaptaciones curriculares.....	207
Tabla 23. Relaciones docente-alumno hospitalizado.....	207
Tabla 24. Uso de Recursos y Materiales en el área de lectura.....	208
Tabla 25. Componentes a fortalecer.....	208
Tabla 26. Información Específica.....	209
Tabla 27. Docentes en AH.....	209
Tabla 28. Docentes con PH con metodología lúdica.....	210
Tabla 29. Docentes con PH con metodología activa.....	211
Tabla 30. Docentes con PH con metodología participativa.....	211
Tabla 31. PH genera desarrollo de habilidades.....	212
Tabla 32. Desarrollo de destrezas lectoras.....	213
Tabla 33. Dominio del contenido.....	213
Tabla 34. Conocimiento y aplicación de modificaciones curriculares.....	214
Tabla 35. Relaciones docente-alumno.....	214
Tabla 36. Recursos y materiales usados en el área de lectura.....	215
Tabla 37. Componentes a fortalecer.....	215
Tabla 38. Centros Hospitalarios y número de entrevistas realizadas.....	234

Tabla 39. Resultados promedios sobre las Buenas prácticas pedagógicas.....	235
Tabla 40. Resultados Grupo focal – Hospital San Borja Arriarán (Chile).....	239
Tabla 41. Resultados Grupo focal - Colegio Hospitalario Hospital de Carabineros (Oncológico) Chile	243
Tabla 42. Resultados Grupo focal - Colegio Hospitalario Félix Bulnes Cerda (Chile) Psiquiatría	247
Tabla 43. Resultados Grupo focal - Instituto de Rehabilitación PEDRO AGUIRRE CERDA (INRPAC) Parálisis - Chile	251
Tabla 44. Resultados Focus Group.	257
Tabla 45. Índices principales.....	263
Tabla 46. Índices de precisión.....	267
Tabla 47. Índices de velocidad.....	269
Tabla 48. Requerimientos, formación y funciones del docente hospitalario	305
Tabla 49. Actividades de docentes hospitalarios y pasantes	307
Tabla 50. Realización de actividades posibles en circunstancias específicas de ausencia escolar hospitalaria	312

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Actores del Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria.....	94
Figura 2. Áreas del Aula Hospitalaria.....	139
Figura 3. Experiencia de Aprendizaje Mediada (MLE).....	155
Figura 4 Modelo de Aprendizaje.....	156
Figura 5. Factores etiológicos vinculados a la Mediación	158
Figura 6. Aspectos a mejorar en Planificación Caso Chile	217
Figura 7. Aspectos a mejorar en Diseño Didáctico Caso Chile	218
Figura 8. Aspectos a mejorar en Aplicación Caso Chile.....	219
Figura 9. Aspectos a mejorar en Evaluación Caso Chile	220
Figura 10. Aspectos a mejorar en Planificación Caso Ecuador.....	221
Figura 11. Aspectos a mejorar en Diseño Didáctico Caso Ecuador.....	222
Figura 12. Aspectos a mejorar en Aplicación Caso Ecuador	223
Figura 13. Aspectos a mejorar en Evaluación Caso Ecuador.....	224
Figura 14. Resultados promedios sobre las Buenas prácticas pedagógicas	237
Figura 15. Índices principales	263
Figura 16. Índices de precisión	267
Figura 17. Índices de velocidad.....	270
Figura 18. Áreas del Aula Hospitalaria.....	310
Figura 19. Dinámica de AH.	322

RESUMEN

La presente investigación plantea una propuesta metodológica para la construcción de condiciones que aseguren la enseñanza y su pertinencia en las prácticas pedagógicas hospitalarias desde el enfoque de la teoría de modificabilidad estructural cognitiva de Feuerstein para reforzar las competencias lectoras en los estudiantes hospitalarios en edades comprendidas entre los 7 a 15 años que pertenecen al área oncológica de la ciudad de Quito-Ecuador. La investigación se concibe bajo el enfoque cualitativo, de tipo descriptivo, exploratorio y explicativo, con un diseño de investigación fundamentada en la investigación acción, enmarcado dentro del campo de un estudio comparativo y con un enfoque etnográfico. La información fue recabada a través de la aplicación de un cuestionario construido en torno a: a) prácticas pedagógicas utilizadas por las maestras hospitalarias, b) la aplicación de la pedagogía hospitalaria (adaptaciones) y su relación con las prácticas, c) nivel de competencias lectoras presentes en los estudiantes, d) teoría de modificabilidad cognitiva de Feuerstein y su relación con las prácticas pedagógicas. Igualmente se utilizó la técnica del focus-group, para recoger las impresiones de los participantes. La muestra seleccionada fue de 12 hospitales: 4 en la ciudad de Quito y 8 en Santiago de Chile. En estos centros de salud fueron entrevistados 23 docentes en sus respectivas AH. Adicionalmente, se aplicó a los estudiantes hospitalizados y en atención domiciliaria una prueba denominada PROLEC R que identifica las dificultades lectoras de los niños. Los hallazgos más relevantes fueron que al comparar los resultados de la entrevista aplicada a los docentes, se observa que tanto las AH en Ecuador como en Chile observan prácticas pedagógicas desde la Teoría de Modificabilidad Cognitiva Estructural para favorecer el acompañamiento académico a niños hospitalizados temporalmente. En el caso ecuatoriano, las prácticas que más prevalecen son: desarrollo de actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura; se favorecen actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura y se procuran adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes y se utilizan actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes y se aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar.

Palabras claves: Modificabilidad estructural cognitiva, educación hospitalaria, competencias lectoras.

ABSTRACT

This research has a methodological proposal for the construction of conditions that ensure teaching and its relevance in hospital pedagogical practices from the approach of Feuerstein's cognitive structural modifiability theory to reinforce reading skills in hospital students between the ages of the 7 to 15 years that belong to the oncological area of the city of Quito-Ecuador. The research is conceived under the qualitative approach, descriptive, exploratory and explanatory, with a research design based on action research, framed within the field of a comparative study and with an ethnographic approach. The information was collected through the application of a questionnaire built around: a) pedagogical practices used by hospital teachers, b) the application of hospital pedagogy (adaptations) and its relationship with practices, c) level of competencies readers present in students, d) Feuerstein's theory of cognitive modifiability and its relation to pedagogical practices. The focus group technique was also used to collect the impressions of the participants. The sample selected was from 12 hospitals: 4 in the city of Quito and 8 in Santiago, Chile. In these health centers 23 teachers were interviewed in their respective AH. Additionally, a test called PROLEC R that identifies children's reading difficulties was applied to hospitalized and home care students. The most relevant findings were that when comparing the results of the interview applied to teachers, it is observed that both the AH in Ecuador and in Chile observe pedagogical practices from the Theory of Structural Cognitive Modifiability to favor academic accompaniment to temporarily hospitalized children. In the Ecuadorian case, the most prevalent practices are: development of initiation and motivation activities for students to be interested in reading; activities are encouraged where dialogue and reflection are encouraged from reading and individual curricular adaptations are sought for the development of curricular skills in students and activities are used considering the different educational levels of students and self-assessment is applied in Students to recognize their strengths and aspects that must be improved.

Keywords: Cognitive structural modifiability, hospital education, reading skills.

LISTA DE ABREVIATURAS

AH: Aula(s) Hospitalaria(s)

CIEP: Círculo de Investigaciones y Estudios con el Psicoanálisis

DH: Docente hospitalario

HCPSC: Howard County Public School System - Sistema de escuelas públicas del condado de Howard

HHELIC: Hospital and Home Education Learning Centre - Centro de aprendizaje Hospitalario y educativo en el hogar

LOEI: Ley Orgánica de Educación Intercultural

MLE: Experiencia de aprendizaje mediada

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

PH. Pedagogía Hospitalaria

PISA: Programa Internacional para la Evaluación de Estudiantes - Programme for International Student Assessment

REDLACEH: Red Latinoamericana y del Caribe por el derecho a la educación de niños, niñas y jóvenes hospitalizados o en situación de enfermedad.

SCM: Modificabilidad Cognitiva Estructural

TERCE: Tercer Estudio Regional Comparativo y Explicativo

TIC: Tecnologías de la Información y Comunicación

UDAI: Unidad Distrital de Apoyo a la Inclusión

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Introducción

Introducción

La presente investigación pretende generar un estudio para el enriquecimiento de la pedagogía hospitalaria (PH), a través de la propuesta guía para la aplicación de la PH mediante el modelo de modificabilidad estructural cognitiva de Feuershtein en las aulas hospitalarias de la ciudad de Quito. Esta investigación adquiere relevancia en virtud de la concepción de derecho fundamental de la educación para todos los niños, sin ningún tipo de discriminación contemplada en Convenios Internacionales y en la legislación ecuatoriana. Es importante señalar que en la ciudad de Quito ya se ha institucionalizado tanto la educación hospitalaria como la domiciliaria. La primera se ofrece en los Hospitales que cuentan con estas facilidades y la segunda en los hogares en tiempos de recuperación y cumplimiento de tratamientos que impiden la vuelta en condiciones normales de los niños a sus escuelas de origen.

En tal sentido, se procura evaluar la experiencia ecuatoriana y las nuevas disposiciones al respecto adelantadas por el Ministerio de Educación del Ecuador cristalizadas en el Modelo Nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, enriqueciendo el estudio con la valoración de experiencias en otras localidades del mundo en la materia objeto de investigación.

Desde la perspectiva teórica, los fundamentos y el constructo de la investigación se basan en la teoría de la modificabilidad estructural cognitiva propuesta por Reuven Feuershtein, la cual se caracteriza por conceder una importancia vital al papel del docente como el motor principal del cambio y modificación de aquellas estructuras débiles de aprendizaje que presentan estudiantes en circunstancias muy especiales, como el caso de niños con enfermedades, que por sus características, le imposibilitan su asistencia regular a la escuela, generando en ellos expectativas de futuro inciertas durante la coyuntura. Por tanto, en la investigación planteada se abordan aspectos muy importantes sobre la pedagogía hospitalaria, al aula hospitalaria, el docente hospitalario y la participación del grupo familiar en este contexto.

En tal sentido, se inicia con los antecedentes cronológicos de las aulas hospitalarias a nivel global, su concepción, así como los importantes esfuerzos institucionales y legales, mancomunados, de diferentes organismos y países del mundo para dar atención educativa al niño hospitalizado. Posteriormente, se abordan las características especiales de las escuelas hospitalarias, donde funcionan las aulas hospitalarias como una respuesta que permite que el niño, niña y joven siga siendo alumno/a del sistema y no sufra un desfase en su proceso de enseñanza-aprendizaje, de modo que cuando se integre a su escuela de origen lo haga sin dificultades de carácter pedagógico y le ayude a superar rápidamente su estado emocional y afectivo producto de su enfermedad. Para orientar y fortalecer una apropiada perspectiva teórica de la presente investigación se consideró necesaria una revisión documental referente a antecedentes contentivos, en primera instancia, de experiencias en educación, pedagogía, equipos y aulas hospitalarias para atender a niños que por motivos de salud tienen que temporalmente abandonar su rutina escolar para ser atendidos en hospitales y en sus domicilios. En segundo plano, se presentan referentes teóricos al respecto. Estos referentes son estudios e investigaciones realizadas en el área de atención hospitalaria y domiciliaria de niños en edad escolar.

Se afronta el Estado de la Cuestión conceptualizando a la Educación como un derecho fundamental y enmarca a las AH en la actividad de la Pedagogía Hospitalaria, la cual tiene en cuenta varios contextos que desde el personal busca el bienestar del ser humano a través del cumplimiento de objetivos como: facilitar apoyo emocional al niño y atenuar su déficit de tipo afectivo, tratar de disminuir los déficit escolares y culturales que, por la hospitalización, se generan en el niño hospitalizado, reducir la ansiedad y estrés hospitalario, así como mejorar la calidad de vida del pequeño paciente.

Posteriormente se desarrolló los fundamentos y enfoques del Modelo Nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria En Ecuador, el Marco Legal de este Modelo, sus objetivos, propósitos y principios, sus actores principales. El enfoque principal se basa en la lectura y su inclusión en el Currículo Educativo oficial ecuatoriano, así como la competencia lectora. Se consideró el trabajo de Feuerstein y su modelo de modificabilidad estructural cognitiva, así como sus otros aportes teóricos, igualmente se abordan la mediación y las pautas del grupo familiar del paciente hospitalizado.

En cuanto a la metodología, se tiene como objetivo fundamental plantear toda la ruta estratégica, de carácter metodológico, para dar cumplimiento al objetivo general y los objetivos específicos propuestos en la presente investigación, desde un marco coherente con el instrumental del método científico. Para ello se planteó el diseño que contempla desde el enfoque hasta el tipo de investigación. Se plantea como técnicas de recolección de información para la investigación, la revisión de la bibliografía con miras a analizar el estado actual del conocimiento sobre el tema estudiado, la observación directa, la aplicación e implementación de encuestas tipo cuestionario y de la participación de importantes actores y gestores de la educación hospitalaria mediante un focus group.

En tal sentido, se selecciona una muestra para la aplicación de estos instrumentos en hospitales con aulas hospitalarias, tanto en la ciudad de Quito como en Santiago de Chile, dando la oportunidad de establecer un estudio comparativo para determinar las mejores prácticas en materia de pedagogía hospitalaria en ambos países. Se plantea la operacionalización de las variables de investigación, igualmente se establece la factibilidad del proyecto y se describe nuevamente el objetivo del estudio desde las propuestas teóricas de Feuerstein relacionadas a la modificabilidad de la conducta a través del aprendizaje mediado.

Implementada la metodología acordada, se presentan los hallazgos de la aplicación de las entrevistas a los docentes de AH encuestados en los hospitales seleccionados en Quito, Ecuador y en Santiago de Chile, Chile, para verificar las buenas prácticas pedagógicas basadas en los enfoques teóricos de la teoría de modificabilidad cognitiva estructural para favorecer el acompañamiento académico a niños hospitalizados temporalmente. Posteriormente se presentan los hallazgos en los Hospitales donde se permitió la implementación de la técnica cualitativa del grupo focal, pudiendo obtener la perspectiva de los gestores de la educación hospitalaria en los Centros de Salud con aulas hospitalarias, en el marco de la pedagogía hospitalaria y con docentes hospitalarios. Por último, se reportan los Resultados de las Guías de Observación Directa practicada en los Hospitales chilenos y ecuatorianos objetos de estudio.

Como resultado de la investigación, se presenta la propuesta que permite desde los aportes de Feuerstein, potenciar las competencias lectoras en los estudiantes hospitalarios en

edades comprendidas entre los 7 a 15 años que pertenecen al área oncológica de la ciudad de Quito-Ecuador.

Los objetivos de la investigación fueron:

Objetivo General

Plantear una propuesta metodológica para la construcción de condiciones que aseguren la enseñanza y su pertinencia en las prácticas pedagógicas hospitalarias desde el enfoque de la teoría de modificabilidad estructural cognitiva de Feuerstein para la potenciación de las competencias lectoras en los estudiantes hospitalarios en edades comprendidas entre los 7 a 15 años que pertenecen al área oncológica de la ciudad de Quito-Ecuador.

Objetivos Específicos

1. Diagnosticar la situación actual referida con respecto a las prácticas pedagógicas presentes en el contexto hospitalario para el desarrollo de competencias lectoras en el contexto de los pacientes que se encuentran en las aulas hospitalarias del área oncológica de la ciudad de Quito.
2. Identificar el desarrollo de competencias lectoras promovidas en el contexto de las prácticas pedagógicas hospitalarias.; a la luz de la teoría de modificabilidad estructural cognitiva propuesta por Feuerstein
3. Explicar los factores que favorecen y limitan el desarrollo de competencias lectoras en los estudiantes hospitalarios del área oncológica de la ciudad de Quito.

Las preguntas que guiaron a la investigación son las siguientes:

- ¿Cómo estaría configurada una construcción teórica metodológica para el desarrollo de competencias lectoras desde la Teoría de modificabilidad estructural cognitiva?
- ¿Cuál es la situación actual referida al desarrollo de competencias en el contexto de pacientes que se encuentran en las aulas hospitalarias del área oncológica de los hospitales que cuentan con el programa?

- ¿En qué medida el desarrollo de competencias lectoras promovidas en el contexto de las prácticas pedagógicas hospitalarias corresponden a los criterios de la teoría de modificabilidad estructural cognitiva?
- ¿Cuáles son los factores asociados al desarrollo de las competencias lectoras en el contexto de las prácticas pedagógicas hospitalarias?
- ¿Cuáles son las prácticas pedagógicas empleadas por los docentes que asisten al programa, en el desarrollo de competencias lectoras?

I PARTE
DESARROLLO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

El programa de AH surge a partir de la necesidad imperativa de la sociedad en resolver los problemas de escolaridad de niños que por motivos ajenos a su voluntad deben ausentarse durante un periodo de tiempo más o menos prolongado de las instituciones educativas formales y por lo tanto presentan dificultades para seguir con el proceso de aprendizaje, retrasando exámenes, trabajos en casa y en clase y por sobre todo perdiendo la relación social e interpersonal con sus compañeros.

Para hablar de educación, es importante recordar que es un derecho ineludible e incuestionable de los seres humanos en nuestra sociedad, como lo señala la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) en el artículo 26, literales del 1 al 3, expresando de manera clara lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos

Al ser un derecho es necesario que la educación sea garantizada en cualquier circunstancia en donde se requieren de atenciones especializadas para desarrollarse en contextos específicos como es el caso de personas con enfermedades que ameritan su internación permanente o temporal en un hospital, imposibilitándolos para asistir a un sistema de educación formal, por lo que surge la necesidad de crear acciones que permitan a estos niños continuar con el programa educativo correspondiente a cada país.

Son varios los países que han adoptado la pedagogía hospitalaria (PH) como una manera de suplir las necesidades de las personas que presentan alguna enfermedad en la que tengan que permanecer varios días internados y la definen como una parte de la pedagogía

cuyo centro de atención es el estudiante hospitalizado, sus necesidades y por sobre todo la atención a estas.

Dentro de los programas mundiales para garantizar la educación y justificar el programa de aulas hospitalarias en el mundo encontramos a “El programa de Educación para todos” que tiene como principal convicción que la política pública puede realizar un cambio radical en los sistemas educativos y en la relación con estos y la sociedad, si existe voluntad pública y los recursos necesarios, la política pública puede hacer hincapié en la educación inclusiva, la alfabetización, la calidad y el desarrollo de capacidades.

Años más tarde en el 2000, mismo año en donde solo se lograron concretar pocas metas, los 164 asistentes al Foro Mundial sobre Educación, celebrado en Dakar, adoptaron el denominado marco de acción de Dakar, documento en el que se ratificaba el objetivo de la iniciativa de Educación para Todos, que consiste en lograr una educación básica de calidad para todos, en el 2015 con un especial énfasis en luchar por la educación de las niñas, en ese mismo año se incorporaron dos objetivos más de Educación para todos, los que son los objetivos de desarrollo del milenio, relativos a educación primaria, la promoción de igualdad entre los géneros y la promoción de la autonomía de la mujer (Foro Mundial sobre Educación, 2016).

La UNICEF es uno de los mayores colaboradores de la educación inclusiva sobre todo en situaciones de emergencia, la atención a la primera infancia, y la ayuda técnica y el apoyo en elaboración de políticas.

El derecho a la educación fue promulgado en la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos que tuvo lugar en Joitem, Tailandia del 5 al 9 de marzo de 1990 en donde se manifiesta lo siguiente:

Recordando que la educación es un derecho fundamental de todos, hombres y mujeres de todas las edades y en el mundo entero, Reconociendo que la educación puede contribuir a lograr un mundo más seguro, más sano, más próspero y ambientalmente más puro y que al mismo tiempo favorece al progreso social, económico y cultural, la tolerancia y cooperación internacional... (Lakin, 1990, pág. 2)

Para la UNICEF (2009) la educación es un derecho humano básico¹, al igual que todos los derechos humanos es universal, e inalienable, todas las personas deben tener acceso a la educación sin importar su género, origen étnico o situación económica.

En el Ecuador el programa da sus primeros pasos en el 2006 a través de un convenio entre la Fundación Juan José Martínez y el Ministerio de Educación, se implantó en 5 establecimientos de salud, pero el convenio terminó en el 2001.

Se desarrolla el Modelo Nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria con la finalidad de fortalecer el servicio que se brindaba y además aplicar la oferta en hospitales de la red pública y complementaria, además se logra destacar como una política pública que reconozca a los estudiantes con situación de vulnerabilidad como sujetos de derechos, se suscribe un Acuerdo Ministerial entre el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación.

Se realizaron talleres de Validación; la REDLACEH revisó el documento y el Ministerio de Educación de Chile lo validó, el modelo es un marco de referencia para que los diferentes actores del Programa desarrollen las acciones de manera segura y eficaz. Actualmente se cuenta con 26 hospitales y 3 casas de acogida con el programa.

Las políticas de los Ministerios de Educación en América Latina, en favor de los niños y los adolescentes afectados por enfermedades graves o crónicas tienen normalmente por objetivo lo siguiente:

- Garantizar la escolarización durante el tiempo de hospitalización para inducir a cada enfermo a una actividad intelectual y escolar que corresponda a su edad y a sus posibilidades.
- Mantener un vínculo con el colegio de origen.
- Trabajar para la inserción o la reinserción en el sistema escolar regular

Dentro de la normativa legal vigente en el Ecuador se encuentra varios estatutos en donde se menciona a las aulas hospitalarias como una alternativa en donde se enmarca a la educación desde una visión de derechos.

¹ Derecho a la Educación. El derecho a la educación es un derecho fundamental de todos los seres humanos que les facilita y permite adquirir conocimientos y alcanzar así una vida social plena. El derecho a la educación es fundamental para el desarrollo socioeconómico y cultural de todas las sociedades.

En el artículo 26, 27, 47, sección quinta nos manifiesta el derecho a la educación de todas las personas sin exclusión. Art. 35 Capítulo Tercero, Derechos de personas y grupos prioritarios, Art. 32 Salud, educación como derecho, Art. 358 Salud, vida saludable e integral (Constitución del Ecuador , 2008).

En el Plan Nacional del Buen vivir estable en el Objetivo 2 en donde se manifiesta el auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad y en el Objetivo 4. Fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía (Plan Nacional del buen Vivir , 2017).

En la LOEI encontramos: ART. 47 Educación para personas con discapacidad, Art. 47 Capítulo Sexto. Necesidades Educativas Específicas, Art. 51 Educación en situaciones excepcionales: (enfermedades prolongadas)

En el reglamento de la LOEI encontramos Art. 227, 228, 229, Art. 240 Necesidades Educativas Especiales derivadas de la situación de vulnerabilidad: Educación en casa y Aulas Hospitalarias (LOEI, 2011).

En el acuerdo N° 0295-13 (2013), Educación Inclusiva y de Calidad.

El Ministerio de Educación, preocupado por la realidad existente ha tomado estos parámetros de referencia, oficializando la ejecución del Programa Nacional Aulas Hospitalarias a través de la Fundación Juan José Martínez

La PH surge en el contexto de las instituciones hospitalarias por necesidades que el personal específicamente sanitario (médicos, enfermeras, auxiliares), no pueden atender, estas necesidades pueden estar clasificadas de la siguiente manera:

- Necesidades propiamente pedagógicas, escolares: de aprendizaje, de continuidad con el currículo escolar.
- Necesidades biopsicosociales, afectivas: de adaptación al hospital, de cuidado afectivo, control de emociones, atención al personal durante la estancia.
- Necesidades sociales, de relación: de no ruptura y mantenimiento de su mundo de relaciones familiares, de amigos.

La PH surge como una respuesta a las necesidades que se presentan en el ámbito educativo, toman relación en tres campos que son el pedagógico, el psico social, y el médico,

pues parten de un pensamiento transdisciplinario en donde se requiere un trabajo colaborativo y de apoyo entre varios profesionales que trabajen con el fin de garantizar el bienestar del paciente- estudiante, tomado en cuenta su desarrollo integral.

Las AH surgieron hace varias décadas, en Francia podemos encontrar su surgimiento a finales de la primera Guerra mundial, debido a que se promovía una política encaminada a proteger la salud infantil expuesta al contagio de tuberculosis, creando las denominadas “Escuelas de Pleno Aire”, al término de este periodo se introduce el término de “aula hospitalaria” en los hospitales franceses, creándose los primeros puestos de enseñanza en los hospitales franceses, el mismo que se vio reflejada con el decreto del 23 de julio de 1965, en el que se obliga a dar atención escolar a los niños y adolescentes atendidos en los establecimientos sanitarios especializados (casas de cura, casas de carácter sanitario)

Por otro lado en España el funcionamiento de las denominadas AH se realiza en un periodo tardío, en lo que se refiere al punto de vista legislativo, sin embargo existen registros en donde se encuentra que se han desarrollado desde el último cuarto del siglo XX, la cual surgió de una iniciativa de profesionales ajenos a la profesión docente como son enfermeras, auxiliares y cuidadores, los mismos que ante la necesidad posibilitaron la llegada a los hospitales de maestros que dieron un nuevo enfoque a la atención del niño que se encontraba hospitalizado.

A partir de 1982, se establecieron una serie de Leyes Reales, Decretos y Órdenes en los que se define la Educación Especial, Educación Compensatoria y la política que se llevará a cabo en estos centros. Toda esta actividad legislativa española sobre la actuación en el medio hospitalario es paralela a la problemática que en toda Europa hay sobre las actividades pedagógicas que se deben de desarrollar en los hospitales con los niños ingresados y que se recogen en la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado aprobada por el Parlamento Europeo en 1986 (Programa Arce , 2011).

Después de este alcance, con fecha 18 de marzo de 1986 se adopta por unanimidad la propuesta sobre la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado (1986), cuya finalidad es:

1. Derecho a la mejor asistencia médica posible constituye un derecho fundamental, especialmente para los niños durante los primeros años de su existencia.

2. El Parlamento Europeo, mostró inquietud por la reducción presupuestaria que recibió el sector salud público, provocando repercusiones en las condiciones sanitarias de la población y, por consiguiente, de los niños.

En la Carta de los Derechos del niño hospitalizado² se proclaman distintos puntos como: derecho del niño en el caso de no poder recibir los cuidados necesarios, y en las mismas condiciones, en su casa o en su consultorio, por nombrar alguno. La letra (r) de dicho documento dice: “Derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital, y a beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición” (Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado, 1986).

Las actividades pedagógicas en los hospitales europeos se centran predominantemente en la enseñanza. En el mundo desarrollado, el derecho a la educación proviene ya hace un tiempo mayor que el nuestro. Las aulas hospitalarias en países como Canadá, Estados Unidos, Francia, Inglaterra y en general los países que forman la Unión Europea.

En la actualidad la PH constituye la atención educativa con miras a la reinserción escolar, promoviendo así la movilidad social en el caso de este grupo que se encuentra en situación de vulnerabilidad y por lo tanto en desventaja.

Basados en diversas investigaciones como la del filósofo de las ciencias, Thomas S. Kuhn, quien presenta un tratado sobre la importancia de los paradigmas en el avance del conocimiento y la ciencia, que buscan alcanzar el desarrollo de las potencialidades humanas (Kuhn, 1989).

El paradigma socio crítico procura que cada individuo comprenda su papel en el mundo y en el contexto en que se desenvuelve y que esta comprensión lo lleve a buscar

² La Carta de los derechos del niño hospitalizado es un documento, ratificado por la totalidad de los países de la Unión Europea, que reconoce el derecho de los niños y el deber de los padres de acompañar a sus hijos durante el periodo de hospitalización. La mayoría de los niños que requieren tratamientos oncológicos, de los niños trasplantados o de los enfermos del corazón requieren en promedio de dos años de tratamiento.

nuevas alternativas de mejorar, es decir se busca una posición crítica que acelere los cambios que deben darse en función de un desarrollo social más justo y digno.

El programa de AH también ha tenido un gran alcance dentro de los países de Sudamérica en donde se manifiesta como una iniciativa que permite a los pacientes hospitalarios continuar con el proceso educativo, este programa existe en varios países del mundo entre los que podemos nombrar a España, Colombia, Chile.

En Ecuador, el programa “Aulas Hospitalarias” inicia en el año 2006 con la participación de la Fundación Juan José Martínez, a través del Acuerdo Ministerial N° 456 del 21 de septiembre del 2006, publicado en el Registro Oficial No. 380 de fecha 19 de Octubre de 2006, en el que se aprobó el Proyecto denominado “Aulas Hospitalarias” y con base al Convenio de Cooperación Interinstitucional que se mantuvo hasta el año 2011 con el Ministerio de Educación (2016, pág. 15) quien afirma:

Brindar atención educativa para que los niños y adolescentes puedan superar los retrasos académicos que sufren en el proceso de aprendizaje debido a las largas estancias hospitalarias, para lo cual la Fundación ejecutará el Programa de Aulas Hospitalarias, presentado y aprobado por el Ministerio de Educación y Cultura

Este programa fue implementado en cinco establecimientos de salud escogidos a criterio de las docentes de la Fundación basados en la demanda de niños hospitalizados que requieren continuar con el proceso de escolarización, denominados a continuación (el Hospital Pediátrico Baca Ortiz, Hospital Solca Quito, Hospital Solca Loja, Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, y el Hospital Solca Portoviejo). El convenio finalizó en el 2011 debido a la falta de propuestas de una Normativa Educacional que abalice el programa.

De acuerdo a los datos proporcionados por la Fundación Juan José Martínez³ durante los años 2010 a 2014 y la información recabada por la Dirección Nacional de Educación Especializada e Inclusiva en el período 2014 - 2015, el número de niños y adolescentes, beneficiarios del Programa, se detallan en el siguiente cuadro:

³ Fundación Juan José Martínez, entidad de apoyo social ecuatoriana que adelanta el proyecto de las Aulas Hospitalarias cuyo objetivo es impartir clases a los niños que padecen cáncer, mientras reciben sus sesiones de quimioterapia en los hospitales.

Tabla 1. N° de niños y adolescentes beneficiarios en el Programa Aulas Hospitalarias

AÑO	Estudiantes Escolarizados	Estudiantes no Escolarizados	Género		Nivel Educativo	Nivel Educativo	Nivel Educativo	Procedencia	
			Masculino	Femenino				Provincia de Origen	Otras Provincias
2010	a 691	242	517	416	67	569	55	608	325
2011	a 308	444	414	338	12	269	27	487	265
2012	a 851	227	545	533	41	717	93	743	335
2013	a 614	196	439	371	41	532	41	514	296
2014	a 1429	193	888	734	122	1176	131	979	643
2015									
TOTAL	3893	1302	2803	2392	283	3263	347	3331	1864

Fuente: (Fundación Juan José Martínez, 2010)

El 8 de noviembre del 2016, con el Acuerdo No. 00000109, se desarrolla el Modelo Nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliara, que tiene por objetivo implementar una política pública que reconozca a los estudiantes en situación de vulnerabilidad como sujetos de derechos, por lo que se establece un convenio entre el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación para fortalecer este objetivo y ampliar la oferta en hospitales de la red pública complementaria y en casas de acogida. Así también implementar la Atención educativa domiciliaria, dicho programa está empezando en nuestro país por lo que los procesos y la creación de manuales internos como reglamentos todavía se encuentra en espera y en revisión para posterior autorización.

La población beneficiada de este programa es:

Los escolares en situación de enfermedad de la enseñanza pre-básica, básica, media y de la educación especial que padecen:

- Patologías Crónicas: tales como, hemodializados, ostomizados, oxígenos dependientes.
- Patologías Agudas de Curso Prolongado: tales como grandes quemados, politraumatizados y oncológicos.
- Otras enfermedades que requieren de una hospitalización (todas las enfermedades).

1.2 Características especiales de las escuelas hospitalarias

Respecto a las características especiales, es importante atender a la diversidad de la tipología infantil de los centros hospitalarios, considerar el tiempo de permanencia de los escolares en el hospital, la variedad de los supuestos clínicos, teniendo en cuenta las especiales circunstancias psicológicas en la que el escolar puede encontrarse debido a su situación, la edad, el nivel escolar, características de los alumnos con necesidades educativas especiales, aspectos técnicos-pedagógicos y administrativos, como procedimiento de ingreso y egreso de alumnos, la infraestructura del aula, el equipamiento, la participación, las redes de apoyo, el voluntariado, etc.

Es importante resaltar la importancia de las AH comprendidas como una educación compensatoria, en donde su función principal no es reemplazar a la escuela de origen del paciente- alumno, es importante destacar también que el niño o joven hospitalizado es un paciente que se encuentra atravesando por una patología crónica o enfermedad, por lo que es considerado como un paciente y en segundo lugar es considerado como un estudiante del sistema educativo a través de un aula hospitalaria.

El AH es una unidad de apoyo que permite que una niña, niño y joven continúe sus estudios regulares mientras permanezca hospitalizado o en tratamiento médico ambulatorio y/o domiciliario. Por las características de sus alumnos/as, debe ser flexible a los horarios de clases, actividades que se desarrollen dentro del currículo escolar, permitir las adecuaciones curriculares y respetar los ritmos de aprendizajes en forma individual de cada paciente alumno/a (Rives, 2019).

El AH permite que el niño, niña y joven siga siendo alumno/a del sistema y no sufra un desfase en su proceso de enseñanza-aprendizaje, cosa que cuando se integre a su escuela de origen lo haga sin dificultades de carácter pedagógico y le ayude a superar rápidamente su estado emocional y afectivo producto de su enfermedad.

Es importante resaltar también que la PH da respuesta al concepto de diversidad de los estudiantes. Atiende a todos los niños, niñas y jóvenes hospitalizados, en tratamiento médico ambulatorio y/o domiciliario. Aplica el Currículo de Enseñanza Regular, con las respectivas adecuaciones o adaptaciones curriculares. Considera la reincorporación al

establecimiento educacional de origen del estudiante, permite la escolarización a los niños, niñas y jóvenes Hospitalizados sin acceso al sistema educativo. Evalúa aprendizajes y los certifica. Asegura la participación del estudiante, en el proceso de enseñanza-aprendizaje, desde una mirada educativa, social y cultural. Permite la participación activa de las familias y redes de apoyo. Participación de profesionales de la salud y de la educación. Permite mantener la coordinación con el establecimiento de origen del estudiante. Evita el desfase y deserción escolar. Accionar educativo, se desarrolla con enfoque inclusivo (Arrendondo, 2010).

1.3 Estado de la cuestión

La educación es un derecho ineludible garantizado por varios organismos internacionales y nacionales, al ser considerado un derecho es necesario que cumpla con ciertas características que le permitan dar una respuesta clara a sus beneficiarios, bajo este concepto es necesario que la educación sea evaluada por medio de estándares de calidad que le permitan mejorar procesos y mantener un seguimiento apropiado, en la actualidad la educación no solo se lleva a cabo dentro de las aulas de clases, resultaría muy improbable la idea de una educación desarrollada dentro de un hospital en donde se llevan a cabo procedimientos médicos, el programa de aulas hospitalarias permite que las salas de un hospital puedan convertirse en lugares de aprendizaje de todas las áreas de los seres humanos.

En el Ecuador encontramos varios organismos de Estado que intervienen en este programa como son el Ministerio de Educación y Salud, los mismos que deben ahondar esfuerzos conjuntos para fortalecer la educación y la salud de manera que puedan trabajar de la mano, de igual manera los profesionales de las áreas mencionadas deben realizar un trabajo conjunto que pueda ser de ayuda a la realización del programa.

Las aulas de clases, durante muchos años han sido consideradas como lugares en donde se desarrolla el proceso de enseñanza aprendizaje, si bien “las aulas” como un lugar físico han determinado de alguna manera el espacio en donde se despliega el quehacer educativo, nunca nos imaginados esta escena dentro de otro contexto, tomando en cuenta que

antiguamente la educación era tradicionalista y por lo tanto pensar en este acto dentro de otro espacio resultaría imposible, peor aun cuando se piensa en un hospital, ¿Cómo podría desarrollarse el proceso educativo en las salas de un hospital?, ¿Cómo un enfermo puede aprender?, por otro lado resultaría cruel llevar este proceso a una persona enferma que en teoría necesita descansar, pero y que de aquellos niños, niñas y adolescentes que han tenido que detener sus estudios porque están atravesando por alguna enfermedad catastrófica, deben detener su vida por esto, o existe otra alternativa, es precisamente bajo esa perspectiva que nacen las denominadas aulas hospitalarias, las mismas que constituyen un espacio que brinda continuidad escolar a los niños y adolescentes que atraviesan situación de enfermedad, internación, hospitalización, o reposo prolongado y que por su condición no pueden asistir de manera regular a las instituciones de origen. Tiene como finalidad garantizar el derecho a la educación, mediante el acceso, permanencia, desarrollo de habilidades y un aprendizaje de calidad.

Para entender a las AH como un sistema organizado se debe partir de las características de las mismas, en donde se puede encontrar con dos modalidades de atención en el ámbito hospitalario: la consulta externa (para usuarios que necesitan revisión de rutina) y que son atendidos en las AH existentes en cada instancia de salud y de hospitalización (para los usuarios que tengan que permanecer por larga estancia mayor a 15 días que por su dificultad permanecen en la habitación), si bien la mayoría de los niños que deben permanecer internados, se encuentran en un hospital no se puede dejar de lado a aquellos que se encuentran en sus hogares y que también necesitan de continuidad en la enseñanza, para estos casos se plantea también la atención a nivel de contexto domiciliario que es el lugar donde el estudiante reside de forma temporal o definitiva esta puede ser casa, albergue, casa de acogida. Es un tipo de servicio que para su óptima aplicación toma en cuenta aspectos que tienen que ver con la ubicación, necesidades de los usuarios, disponibilidad de personal docente de las instituciones aledañas que sirvan de apoyo para consolidar el proceso de enseñanza-aprendizaje (Ministerio de educación , 2016, pág. 26).

Si bien es un programa que en el Ecuador se ha ido desarrollando de manera silenciosa, pero a grandes pasos, no se puede dejar de lado su origen, las AH nacen hace doce años bajo el nombre mencionado anteriormente por iniciativa de la Fundación Juan José Martínez. Hace dos años, el Ministerio de Educación oficializa el Programa de gestión y

atención educativa hospitalaria y domiciliaria que se encuentra bajo su dirección, en este se plantean los lineamientos que rigen para su ejecución, así como se establece el perfil del personal docente que labora en las aulas hospitalarias. Cuenta con maestras/os hospitalarios formados en educación inicial, básica y bachillerato que atienden a la población existente, sin contar con pedagogos hospitalarios de formación debido a que en el país no existían programas de estudio en pregrado y posgrado sobre pedagogía hospitalaria que brinde los conocimientos, habilidades, actitudes y prácticas pedagógicas necesarias para el trabajo en estas casas de salud, es importante destacar también que el personal asignado para esta tarea debe contar con un perfil determinado que le haga idóneo para desenvolverse en este contexto.

Es importante destacar el compromiso social de la educación y de la salud que implica la implementación de las AH, pues se brinda atención a un grupo prioritario que no puede pasar desapercibida, se observa a una población de niños que deben interrumpir la secuencia de la escolaridad por motivos distintos y que, en el sentido de responsabilidad social, la educación no deja de lado a aquellos estudiantes en condición de enfermedad.

A nivel mundial las AH surgen como respuesta a la necesidad manifiesta en la sociedad en lo que respecta a los problemas de escolaridad de los niños/as, jóvenes que presentaban dificultades en su salud, lo que determinaba estancias prolongadas en sitios de salud.

El modelo de AH se encuentra vigente en muchos países entre los que se encuentra a Ecuador que desde el año 2006 bajo un acuerdo ministerial contó con un programa de AH que surge por iniciativa de la Fundación Juan José Martínez frente a la necesidad de dar una respuesta educativa a los niños, niñas o jóvenes que a causa de la enfermedad no podían seguir con su proceso de aprendizaje debido a sus largas estancias hospitalarias. Inicialmente este organismo contaba con cinco AH distribuidas a lo largo del país, dos en Quito, una en Loja, una en Cuenca y Portoviejo, bajo esta perspectiva se identifican a las aulas hospitalarias como sitios de prácticas pedagógicas, en donde los niños no solo dan continuidad a su proceso escolar, sino que también disminuyen el estrés hospitalario, generado por la condición misma (Fundación Juan José Martínez, 2010).

La PH tiene en cuenta varios contextos que desde personal busca el bienestar del ser humano mediante el cumplimiento de objetivos como: proporcionar apoyo emocional al niño y paliar su déficit de tipo afectivo, tratar de reducir los déficit escolares y culturales que, por el internamiento, suelen producirse en el niño hospitalizado, disminuir la ansiedad y estrés hospitalario, así como mejorar la calidad de vida (Lizasoáin & Polaino, 1996).

Como todo modelo educativo se preocupa no solo por el individuo como tal, sino por el desarrollo integral de los seres humanos, tomado en cuenta realidades como el contexto familiar en donde la pedagogía hospitalaria busca la comprensión de los familiares de los pacientes ingresados para que éstos aprendan a cuidar al enfermo, generen acercamiento que estrechen lazos familiares lo que implica un cambio de actitud.

Las AH son espacios de apoyo para que los niños, niñas y jóvenes hospitalizados o en situación de enfermedad continúen su formación académica, debido a las características de las personas que asisten a estas aulas, las actividades que se realizan están enmarcadas en el currículo ordinario escolar, que flexibilizan los horarios de las clases, el contenido curricular se trabaja con adaptaciones curriculares que responden a la diversidad.

Las AH son lugares dentro de los hospitales o de los domicilios de los pacientes que permiten el desarrollo integral de los seres humanos, más allá de solo conocerlos como pacientes, es una oportunidad para que la medicina y la educación luchen juntos por un mismo fin: el bienestar en todos los aspectos de niños, niñas y adolescentes que por alguna razón ajena a su voluntad tienen que atravesar por una enfermedad, que de alguna manera elimina sus esperanzas y ganas de vivir, el proyecto de AH va más allá de un programa de continuidad a los estudios, es permitir que los pacientes se miren como seres importantes, con capacidad de realizar cosas maravillosas y que no se vean limitados por una cama de hospital, por procesos médicos dolorosos, las AH nacen como una propuesta de respeto a la vida a los derechos y a la capacidad de ser seres humanos en todas las circunstancias.

En el hecho pedagógico se evidencia en las AH pertenecientes al Modelo Nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria del Ecuador, mismas que funcionan dentro de un espacio hospitalario, que comprende tres áreas definidas: un área educativa que es propicia para llevar a cabo actividades del proceso enseñanza- aprendizaje,

y la aplicación estrategias metodológicas que son adaptadas a los requerimientos emocionales y cognitivos de la población que acude a recibir el servicio.

El área recreativa permite el desarrollo de habilidades sociales a través de la interacción con los pares, así como la aplicación de metodologías lúdicas. En las aulas hospitalarias el área tecnológica facilita la comunicación entre docentes de la institución de origen y pacientes pertenecientes al programa, además que permite un proceso de aprendizaje dinámico e interactivo (Ministerio de educación , 2016, pág. 86).

Usuarios.-La atención que se brinda en este espacio está relacionada con el tiempo de estancia de los usuarios que asisten a este servicio, es así que cuenta con dos modalidades de atención: una brindada en consulta externa (para pacientes que acuden a realizarse chequeos médicos) y otra en consulta interna (para pacientes que requieren reposo médico prolongado mayor a 14 días, hospitalización o internamiento en la casa de salud), atendiendo al derecho constitucional ecuatoriano que gozan los niños y adolescentes de continuar con su proceso de enseñanza aprendizaje dentro de una educación de calidad con calidez, dando cumplimiento a lo establecido por la LOEI, que manifiesta la culminación de estudios de las personas que presentan necesidades educativas especiales, con el fin de que estos puedan superar los retrasos académicos producto de la ausencia prolongada a las instituciones de origen a causa de la presencia de una enfermedad.

Los niños/as y adolescentes que acuden a las aulas hospitalarias se encuentran amparados en la Declaración de los derechos del Niño, Niña, o joven hospitalizado y en tratamiento que establece:

- Derecho a recibir educación mientras se encuentra hospitalizado, en tratamiento ambulatorio o en situación de enfermedad, durante toda la línea de vida desde su nacimiento;
- 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.

- Derecho a ser educados por profesionales de la educación especializados, conforme a proyectos educativos que atiendan sus necesidades especiales, con contenidos, metodología y evaluación que consideren su situación médica y de salud.
- Derecho a recibir educación en el lugar donde éste se encuentre, cuando no sea posible su traslado al Aula y/o Escuela Hospitalaria
- 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;
- Derecho a mantener el contacto y pertenencia a su establecimiento educacional de origen y la factibilidad de retorno a éste una vez recuperada la salud;
- Derecho a que los estudios cursados en el Aula y/o Escuela Hospitalaria o en su domicilio sean reconocidos por los organismos educacionales y posibiliten la promoción escolar.

En el Ecuador actualmente existen alrededor de 20 aulas hospitalarias en diferentes provincias del país. En Quito, se registran cinco aulas hospitalarias (cuatro de ellas en entidades públicas y una en entidad privada).

Currículo. - En las aulas hospitalarias como base curricular se encuentra el currículo nacional general obligatorio, establecido para educación inicial, general básica y bachillerato, reformado en el año 2016, que estipula en la LOEI en su artículo 19:

La Autoridad Educativa Nacional tendrá que “diseñar y asegurar la aplicación obligatoria de un currículo nacional, tanto en las instituciones públicas, municipales, privadas y fiscomisionales, en sus diversos niveles: inicial, básico y bachillerato, y modalidades: presencial, semipresencial y a distancia” (LOEI, 2011).

Modelo. - Las aulas hospitalarias no cuentan con un modelo pedagógico propio, se basan en el existente en el currículo general que es de tipo constructivista, cuyo enfoque está centrado en el estudiante, la visión interdisciplinar y multidisciplinar consciente las conexiones de las diferentes áreas, lo que determina mayores grados de apertura y flexibilidad curricular, enmarcado en los valores de justicia, innovación y solidaridad. (Actualización y fortalecimiento curricular de la educación general básica, 2010).

La metodología de atención educativa en este espacio es flexible, lúdica, con fin educativo y salud emocional basada en el juego, personalizada de acuerdo a las características y necesidades de la población que acude a estos espacios, global y continuada pues no se interrumpe los procesos de enseñanza aprendizaje y el currículo establecido para su grupo de referencia (Ministerio de educación , 2016).

Al no contar con modelo propio se plantea el modelo de modificabilidad estructural cognitiva de Feuerstein que está basada en la capacidad presente en el ser humano para poder modificar su estructura funcional a lo largo de su vida, para optimizar el aprendizaje, estimular la autonomía y autoequilibrio del organismo (Orrú, 2000).

Prácticas pedagógicas. - Son llevadas a cabo por docentes pertenecientes al Ministerio de Educación con nombramiento definitivo o por contrato. La formación con la que cuentan es de licenciadas en educación inicial, básica y bachillerato, no presentan características de pedagogo hospitalario debido a que el Ecuador no proporciona esa formación.

En los espacios educativos hospitalarios existen docentes permanentes e itinerantes, que se encuentran sujetas a los derechos y responsabilidades manifestados en la LOEI, su espacio de trabajo será la Casa de Salud o Acogida a la que haya sido destinada, así como el área de tratamiento. La jornada laboral estará determinada por la autoridad central de educación.

El número de docentes varía de acuerdo a la demanda de los usuarios, que asisten al programa, cada docente tendrá a su cargo en su jornada laboral 20 estudiantes diarios que puede trabajar de forma individual o grupal, esto estará sujeto al estado de salud de los alumnos presentes en ese momento. El tiempo es una variable determinada por el estado de salud que presente el estudiante. La docente destinará de 10 minutos a 2 horas o más con cada niño o joven perteneciente a las aulas hospitalarias, de acuerdo al horario establecido y la planificación realizada (Ministerio de Educación & Ministerio de Salud Pública, 2016).

El docente itinerante corresponde a una institución (de origen o cercana a la casa de salud) perteneciente al Ministerio de Educación, dentro de las funciones encargadas se encuentra el desplazamiento hacia el sitio donde permanece el estudiante que requiere su apoyo para continuar el proceso educativo, en este aspecto se tomará en cuenta la asignatura

que dicta y la formación que presenta (Inicial, Básica, Bachillerato). En el trabajo a realizar, en cuanto a la metodología, características del estudiante hospitalizado, técnicas aplicarse en una Casa de salud, estará orientado por el líder docente. A su cargo tendrá de uno a cinco estudiantes. El proceso de asignación de calificaciones se canaliza a través de la docente permanente.

1.4 Aspecto a mejorar

A través de los resultados de la presente investigación se pretende:

La mejora de las diferentes Prácticas pedagógicas hospitalarias en materia de competencias lectoras, que se desarrollan en las AH de las escuelas hospitalarias seleccionadas como unidades de análisis y objeto de estudio, que atienden a los estudiantes hospitalizados en el área oncológica.

Re-diseñar curricularmente la PH, a través de la puesta en funcionamiento de un modelo de modificabilidad estructural cognitiva de Feuerstein en AH aplicada a niños pacientes oncológicos con edades comprendidas entre 7 y 15 años.

Favorecer mejoras en la atención educativa domiciliaria de los niños objeto de estudio, una vez que hayan sido dados de alta del centro de salud donde permanecieron hospitalizados, pero que por motivos de recuperación y aplicación de tratamientos especializados no ingresan nuevamente a su escuela de origen.

Ayudar al retorno normal, a sus aulas de clase, en las escuelas de origen una vez cumplidos los lapsos de hospitalización, efectuados los tratamientos y la recuperación de su estado de salud.

CAPÍTULO II

Ámbitos, experiencias y enfoques de la Educación Hospitalaria

El presente Capítulo, tiene como objetivo fundamental la construcción de la perspectiva teórica que respalda el constructo cognitivo de la investigación. La revisión bibliográfica fue la técnica de recolección de información, lo cual conllevó a la selección de las fuentes más rigurosas y pertinentes sobre el tema objeto de estudio, en tal sentido, se plantean los fundamentos de la educación hospitalaria desde el entorno interno de un hospital y del ámbito educativo. Para contextualizar el problema objeto de estudio, se refieren antecedentes del servicio hospitalario y domiciliario educativo para niños hospitalizados de forma temporal por causas de salud y que, por ello, se ven imposibilitados de asistir normalmente a su educación formal en sus escuelas de origen.

A efectos de complementar los antecedentes de experiencias en servicios educativos con AH en el marco de la PH, se consultan otras investigaciones en el área de Educación Hospitalaria para generar la cosmovisión más completa sobre este tema y determinando los objetivos sociales y los psicológicos de este tipo de servicio educativo.

Se presentan los enfoques desde la experiencia de Ecuador. Se abordan aspectos teóricos, operativos, institucionales y legales del sistema nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria en el país. En consecuencia, se exponen como resultado de la consulta bibliográfica y del análisis de la misma, los diferentes enfoques que sustentan esta experiencia ecuatoriana, tales como los enfoques: inclusivo, ecológico – contextual, de atención integral, de bienestar. De la misma forma se presenta todo el Marco Legal del Modelo Nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, sus objetivos, propósitos, los actores, gestores y la metodología implementada. Se contempla todo lo referente a la Lectura y el Currículo Educativo ecuatoriano y los fundamentos teóricos de la comprensión lectora y los trabajos de Feuerstein y su Modelo de Modificabilidad Estructural Cognitiva.

2.1 En el ámbito hospitalario

Los estudios realizados en este ámbito por lo general están enfocados a conocer de qué forma se ve afectado en individuo por la situación de enfermedad. Destacándose como principal componente de la situación de conflicto generada por la enfermedad en la familia y donde los trabajos recientes han indagado en las condiciones específicas referidas a las experiencias vividas por los padres en la asistencia que brindan a sus hijos, dichas condiciones se consideran como ejes centrales de los ajustes familiares para poder poseer el tiempo necesario para permanecer en el ambiente hospitalario con sus hijos (Lam, W., & Chang, A. M., 2006).

En este particular, se establece una nueva rutina en la familia para lo cual se indaga acerca de la reprogramación del horario familiar, se examina la opinión del personal de salud que asiste al educando principalmente las enfermeras para conocer cuáles son sus expectativas, obteniendo de ellas la posición asumida por los padres frente a la enfermedad del niño y/o adolescente si tienen la disposición para participar en su cuidado, exponiendo las cualidades y el desarrollo de la participación de los padres. Al respecto, es necesario profundizar en acción de los profesionales de salud de manera de poder determinar si su participación obstaculiza o facilita la participación de los padres, y acerca de las expectativas tanto de los familiares como del personal de salud y como ambos contribuyen con el cuidado y recuperación del educando (Power, 2008).

Adicionalmente, se encuentran otros estudios orientados hacia la hospitalización del infante o joven en edad escolar, en el que se destacan las condiciones emocionales como el estrés y la ansiedad que padece el núcleo familiar. Algunos estudios, han descrito las estrategias con las que se pueden enfrentar este tipo de situaciones y de qué forma se puede reforzar el apoyo a los padres que participan en el cuidado de sus hijos, sin embargo, no se encuentran muchos estudios enfocados en promover la salud en el grupo familiar mientras persiste la condición de hospitalización, aunque en uno de estos estudio le logro identificar cinco dimensiones de la promoción de la salud de la familia: el reforzamiento de la paternidad, el cuidado del bienestar del infante y/o joven, el poder compartir la carga

emocional, el apoyo necesario para enfrentar la situación en su vida cotidiana, y poder contar con una interrelación de cuidado confidencial (Hopia, Tomlinson, & Paavilainen, 2005).

Estos resultados obtenidos de las diferentes investigaciones refuerzan el conglomerado de conocimientos que se orientan a lo que se denominaría como enfermería familiar⁴, evidenciando como los profesionales de la salud, específicamente el personal de enfermería tiene la posibilidad de fomentar la salud en la familia del educando durante el periodo de hospitalización. En este sentido, todos los resultados recogidos en este ámbito pueden ser aplicados en el área clínica y en otros estudios. Adicionalmente, podrían emplearse en los espacios hospitalarios que asisten a niños y/o jóvenes con enfermedades crónicas y a sus familias (Hopia, Tomlinson, & Paavilainen, 2005).

Por otra parte, existe un conjunto de estudios que se enfocan en la prevención de la hospitalización en niños y/o adolescentes, para poder evitar que se genere la situación de conflicto que tiene lugar en la familia a raíz del proceso de hospitalización. En este particular se ha obtenido como resultado que los niños y/o adolescentes más propensos a la hospitalización son los que se caracterizan por padecer de asma, o ser provenientes de familias pobres, o no poseer seguro médico, sin embargo, en estos casos pudiese evitarse la hospitalización si se cuenta con la prevención necesaria. Adicionalmente, estas estancias hospitalarias podrían minimizarse si los padres cuentan con el conocimiento necesario para prevenirlas como tener un mayor conocimiento acerca de la condición de enfermedad, tener disponibles los medicamentos necesarios, manejar los cuidados requeridos, entre otros aspectos de la enfermedad. Por consiguiente, es importante conocer las situaciones que se pueden evitar y como prevenirlas (Flores, G., Abreu, M., & Chaisson, C. E., 2003).

En estas circunstancias, vale destacar que por supuesto dependiendo de la enfermedad que padezca el educando este puede padecer un menor o mayor tiempo recluido. Sin embargo, si se trata de una hospitalización por un largo periodo de tiempo o sufre de una enfermedad crónica que también amerite una larga estancia en el hospital, de manera que existe en estos caso el establecimiento de lazos de amistad entre los padres y el personal de salud, motivado a los extensos periodos de hospitalización; al respecto, se encuentran

⁴ La enfermería familiar o comunitaria es la rama de la enfermería que desarrolla y aplica integralmente, en el contexto de la salud pública, los cuidados al individuo, la familia y la comunidad en el equilibrio inestable del proceso salud-enfermedad.

estudios que se orientan al desarrollo de esta relación entre padres y profesionales de la salud; en estos estudios también se considera lo que conlleva el cuidado de la salud del niño y/o adolescente (Swallow, 2001).

De estos estudios se resalta aquellos que buscan definir si la circunstancia del diagnóstico afecta la disposición de las madres para enfrentarse a la situación de enfermedad presentada. Busca además conocer el grado de calidad de las interrelaciones que las madres como primordiales cuidadoras suelen tener con el personal de salud para sobrellevar la situación. En este sentido, se requiere que las madres adquieran los conocimientos especializados necesarios para enfrentar los problemas de salud, al tiempo que deben lidiar con la incertidumbre generada por la enfermedad. En estos casos de enfermedades crónicas es indispensable establecer buenas relaciones con el personal de salud de forma positiva (Swallow, 2001).

2.2 En el ámbito educativo

En este ámbito, un factor importante es la inclusión de las estrategias lúdicas⁵ durante el periodo de hospitalización, ya que esto forma parte de la cotidianidad de los infantes, por consiguiente no solo se hace énfasis en la salud física sino también emocional y social de los infantes y/o jóvenes. Por consiguiente, los centros hospitalarios preocupados por estos aspectos que pueden influir en la recuperación del individuo normalmente ofrecen terapia de juegos y música que favorecen la sensación de normalidad en el niño y/o adolescente.

Por otra parte, cuando se habla de hospitalización normalmente se asocia a una enfermedad, sin embargo, pueden existir otras circunstancias que lleven al individuo a la hospitalización como accidentes por ejemplo, en estas circunstancias el infante y/o adolescente puede presentar roturas, fisuras o fracturas, o haber sufrido algún tipo quemaduras, etc. Una diversidad de circunstancias que en función de su gravedad pueden requerir de un mayor o menor periodo de hospitalización o una cantidad determinada de curas, asistencias y cuidados. Igualmente se consideran condiciones muy especiales para la hospitalización las crisis emocionales y de identidad generadas por el consumo de sustancias adictivas (drogadicción) y aquellas derivadas de los trastornos alimentarios que ponen en

⁵ Conjunto de estrategias didácticas diseñadas para generar un ambiente de armonía dónde los alumnos que están inmersos en el proceso de aprendizaje, mediante el juego y a través de actividades divertidas y amenas puedan incluir contenidos, temas o mensajes del currículo oficial para mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

riesgo la salud del niño y/o adolescente y que interrumpen la cotidianidad escolar de los mismos.

En estas circunstancias el infante no percibirá al equipo médico como una amenaza, debido a que se conforma con una cara conocida. Por consiguiente, una de las primeras acciones que se prevén es que el niño siga participando en la escuela aunque solo sea por unos pocos minutos al día o a la semana, en virtud de las circunstancias que presente y de su condición emocional. En estos casos la asistencia del docente es vital para el infante y/o adolescente, debido a que representa un vínculo fuerte entre el hospital y la escuela y permitiendo que el niño continúe sintiéndose como parte del colegio.

Por otra parte, el docente quien conoce las características particulares de infante y/o adolescente, puede aportar información valiosa para el trabajo y asistencia con él, como por ejemplo que posibles reacciones puede tener ante diferentes circunstancias nuevas para él y qué tipo de miedos se puedan manifestar. Por consiguiente se requiere que apenas ocurra la situación de hospitalización, inmediatamente se haga llegar la información a escuela para que pueda recurrir al protocolo de asistencia previamente diseñado.

En estos casos corresponde al docente de aula, visitar el centro de salud y compartir con el educando y a través de estrategias específicas y previamente planificadas realice un seguimiento del progreso emocional y psicológico del infante y/o adolescente, con la finalidad de que el niño retome su formación escolar, se minimicen los obstáculos para su adaptación.

En este ámbito se destaca; que dada la situación traumática que atraviesa el niño y/o adolescente, es preciso tener conciencia de lo que esto puede afectar su rendimiento académico. En todo caso, la prioridad se enfoca en asistir los requerimientos del niño hospitalizado y atender de manera oportuna las situaciones que se le puedan presentar, para posteriormente, asistirle en las necesidades académicas que bajo estas condiciones quedan relegas al segundo plano. En la medida que el niño vaya retornando a la normalidad, mejorando su condición física y mental, en estas circunstancias se encontrara en condiciones de compartir nuevamente con sus compañeros de clase, y cuando finalmente se encuentre totalmente recuperado podrá regularizar su vida sin angustia y estrés, más bien de forma

progresiva para dar oportunidad de adaptación tanto al paciente como a sus compañeros (Read, 1978).

Entonces, se puede mencionar entre las consecuencias negativas que se presentan en la hospitalización⁶ está el aislamiento y separación del entorno, normalmente, el individuo requiere compartir con sus familiares, amigos, y compañeros de forma continua pero bajo estas condiciones esto suele ocurrir de manera esporádica, en el momento en que nos encontramos y la cultura de comunicación que se ha desarrollado con el advenimiento de los avances de las tecnologías de información y comunicación, se ratifica la necesidad de interacción con otros individuos aunque sea de forma virtual y sin limitaciones de tiempo y espacio, es decir, en cualquier lugar donde se encuentre el individuo.

En este particular se requiere y debe considerarse el empleo con intención educativa de las nuevas tecnologías en las AH, tales como computadoras portátiles y tabletas por parte de niños y/o adolescentes en condiciones de hospitalización, de manera de poder seguir interactuando con su entorno familiar, y escolar durante su permanencia en el centro de salud. A modo introductorio, hay investigaciones que sostienen que estas tecnologías al ser empleadas en el entorno hospitalario de forma variable, y con ciertas restricciones a redes sociales y sitios académicos, pudieron evidenciar que la masificación del internet y las comunicaciones ofrecen ventajas al entorno hospitalario, proveyendo de una tecnología susceptible a ser utilizada en la educación, con opciones de aprendizaje y socialización flexibles para los individuos en condición de hospitalización. Adicionalmente, se ha comprobado de los juegos en computadora ayudan a elevar el nivel de alfabetización en los niños, la capacidad para la solución de problemas y sus destrezas cognitivas en forma global, indiferentemente si fueron construidos o no para el ámbito educativo (Gee, 2003).

En este ámbito, se ha venido favoreciendo el uso de estas tecnologías en los centros escolares y en las AH como estrategia para contribuir al aprendizaje sobre todo en el ámbito hospitalario. La investigación antes referenciada tuvo como propósitos los siguientes: conocer el nivel de uso que se le da a estos dispositivos en el ámbito hospitalario; indagar las vivencias en el uso de estas tecnologías presentadas por estos niños y/o jóvenes en conjunto

⁶ Ingreso de una persona enferma o herida en un hospital para su examen, diagnóstico, tratamiento y curación por parte del personal médico. Período de tiempo que una persona enferma o herida pasa en un hospital hasta obtener el alta médica.

con sus padres y maestros; verificar la manera en que estas tecnologías favorecen el aprendizaje en el entorno hospitalario; finalmente, exponer las prácticas referidas al uso de estas tecnologías en el hospital (Gee, 2003).

Otros estudios complementarios señalan el uso de estas tecnologías por niños y/o jóvenes en condición de hospitalización con sus correspondientes resultados obtenidos que hacen referencia al uso principalmente de redes sociales, la utilización de videojuegos, la ejecución de tareas escolares y por supuesto el acceso al correo electrónico. Por lo tanto, el empleo de computadoras portátiles y tabletas en el entorno hospitalario representa una herramienta útil para la continuidad del progreso escolar y vida social de los niños y/o adolescentes en condición de hospitalización (Nisselle, Hanns, Green, & Jones, 2012).

2.2.1 Algunas Experiencias Actuales en Educación Hospitalaria

A efectos de construir la perspectiva teórica que sustente el constructo cognitivo de la presente investigación, es importante considerar experiencias en diferentes latitudes y estudios asociados con la temática al respecto, de tal manera, primeramente serán abordadas algunas experiencias y posteriormente investigaciones.

1. The Home and Hospital Teaching Program (en español, Programa de enseñanza en el hogar y en el hospital), adelantado por la organización HCPSC - (en español, Sistema de escuelas públicas del condado de Howard), ubicado en Ellicott City, en el condado de Howard del estado de Maryland en los Estados Unidos de Norteamérica (Howard County Public School System, 2019), es un Sistema diseñado para proveer continuidad y prosecución educativa a aquellos estudiantes que, por diversas razones, están imposibilitados para asistir regular y temporalmente a la escuela donde están inscritos para cursar sus estudios debido a: i) enfermedad o discapacidad física; ii) emocionales donde están incluidas las derivadas de abuso de sustancias; iii) embarazo y complicaciones asociadas al mismo y iv) recaídas recurrentes por enfermedades crónicas.

Este programa está dotado de maestros no contractuales con una dedicación a tiempo parcial que brindan acompañamiento académico a los estudiantes de modo

individualizado en un contexto de escuela, domicilio, centro hospitalario o comunidad. Los maestros hacen todo el esfuerzo posible para satisfacer los requerimientos familiares y del estudiante.

En tal sentido, los estudiantes beneficiarios del Sistema, reciben seis horas académicas de instrucción semanal en la enseñanza a tiempo completo bien sea en el hogar y/o el hospital, a menos que el maestro del hogar y el hospital, el equipo de apoyo del condado o el equipo de resolución de problemas recomienden del HCPSC indiquen lo contrario. Por tanto y a fin de dar formalidad al proceso, se espera que los maestros del hogar y del hospital:

- Sean presentados a los padres del estudiante y al personal de la escuela de origen.
- Asistan a las confirmaciones/evaluaciones en los periodos acordados por el programa en las oportunidades cuando corresponda y/o de acuerdo con las circunstancias.
- Las clases a estos estudiantes solo deben hacerse en presencia de un adulto y los maestros nunca transportarán a un estudiante a ningún lugar para el acompañamiento académico respectivo.

Los procedimientos para el exitoso cumplimiento del programa involucran a los siguientes actores: i) padres; ii) equipo para la transición; iii) equipo escolar; iv) administradores escolares; v) Orientador y / o administrador de casos; vi) trabajador del personal de la escuela donde estudia el alumno; vii) profesores de hogar y hospital; viii) maestro de la clase de la escuela de origen; ix) psicólogo de la escuela; x) administrador de casos de educación especial y xi) la enfermera del grupo.

En este orden de ideas, se presentarán las responsabilidades de cada uno de estos actores y/o gestores del programa:

Padres: Estos inician el proceso con los médicos y seguidamente con el equipo escolar para cooperar con la administración escolar, los maestros y el personal médico de su hijo, serán los responsables de la planificación de las reuniones con el maestro del hogar y del hospital, así como de facilitar e implementar el proceso de transición para el estudiante. Proporcionarán un espacio sereno y seguro para la

enseñanza, así mismo garantizarán la presencia en el hogar de un adulto responsable mayor de 21 años para supervisar todo el tiempo que el maestro esté en el lugar de residencia, o en su defecto ubicar un centro comunitario, una biblioteca u otro espacio apropiado donde el alumno pueda ser atendido por el maestro.

En tal sentido, los padres deben mantener continuamente informados tanto a la escuela como al maestro del hogar y del hospital sobre cualquier variación, modificación o cancelación de las lecciones programadas, así como colaborar y apoyar a ambas partes. De la misma forma, deberá solicitar nuevamente la atención por parte del Programa si el alumno requiere la enseñanza en el hogar y/o en el hospital por un periodo que supere los 60 días.

Transición: De acuerdo al espíritu, propósito y razón del Programa, este es una asistencia de apoyo temporal y no un servicio alternativo. Al momento del inicio del proceso, se enfatiza en el retorno del estudiante a su escuela de inscripción. En muchas oportunidades, esto representa que cerca de 30 días después de la implementación de la enseñanza en el hospital u hogar, la escuela debe evaluar si el alumno está en condiciones para retornar a la escuela en otros 30 días. Cuando el equipo escolar y / o el terapeuta privado o el médico aprecien que el estudiante está en condiciones para retornar nuevamente a su escuela, el equipo debe formular las estrategias para optimizar la transición de regreso a la escuela. Algunas estrategias sugeridas por las escuelas para favorecer este periodo de transición y que han sido exitosas son:

- Asistencia parcial del estudiante, frecuentemente por tan solo un período de tiempo
- El estudiante retorna a clase por periodo corto de tiempo para asistir a reuniones con el psicólogo o consejero escolar e involucrarse en dinámicas extraacadémicas o planear proactivamente su vuelta a la escuela.
- El horario cotidiano del alumno es modificado para satisfacer apropiadamente los requerimientos actuales.

- Posteriormente a los 60 días calendario, la necesidad de servicios por parte del estudiante debe ser comprobada de nuevo y notificar el requerimiento de una nueva solicitud.

Equipo escolar: Los integrantes de los equipos escolares tendrán el compromiso de estudiar y revisar cada solicitud de servicios de enseñanza en el hogar y/u hospital, igualmente notificarán a los padres sobre el estatus de la solicitud del servicio, el maestro del hogar y hospital asignado al alumno y lo procedimientos de transición.

Administradores escolares: Estos actores del proceso cooperan en el desarrollo de procedimientos en la escuela para constituir nexos con el Programa, bien mediante la Oficina del administrador o de la Oficina de orientación. Sus compromisos más significativos son:

- Participar a las facultades académicas de universidades locales y al personal de las mismas sobre la disponibilidad de programas de enseñanza en el hogar y en el hospital para estudiantes internados en hospitales o confinados al hogar por situaciones especiales.
- Garantizar el cumplimiento de la totalidad de protocolos y procedimientos al momento de analizar las solicitudes y acordar el régimen para los estudiantes de enseñanza en el hogar y en el hospital.
- Acudir a todas las reuniones escolares cuando se revisan los cumplimientos de los planes para estudiantes que reciben enseñanza en el hogar y en el hospital.

Orientador y / o administrador de casos: El personal que trabaja en orientación conjuntamente con los administradores de casos conversarán y acordarán con los padres sobre la disponibilidad de la enseñanza en el hogar y en el hospital cuando el estudiante por cuestiones de fuerza mayor tenga que ausentarse de la escuela por un lapso estimado de al menos de al menos tres (3) semanas. Igualmente son los responsables de inscribir al estudiante y participar al grupo familiar sobre el

proceso de la enseñanza en el hogar y en el hospital, así como en correspondiente la transición de los alumnos a su medio escolar regular. Otras responsabilidades de estos actores serán:

- Apoyar al personal escogido a completar y reenviar todos los formularios al Trabajador del personal asignado al alumno para el Programa de enseñanza en el hogar y en el hospital una vez que el equipo escolar considere conveniente iniciar el programa.
- Revisar el cumplimiento del programa cada 30 días calendario cuando lo considere necesario, tanto en el hogar como en el hospital, después iniciado el programa. Esta revisión se realizará a través del Equipo de resolución de problemas de la escuela.
- Garantizar el resguardo de las actas por cada reunión se considera y examina la enseñanza en el hogar y el hospital
- Ampliar o aumentar un Plan de transición con el respaldo del equipo escolar de acuerdo con las circunstancias en caso de afecciones médicas.

Trabajador del personal en la escuela del alumno: A cada escuela de donde provenga un estudiante imposibilitado para asistir regularmente y que haya sido beneficiado por el Programa, se le asignará un trabajador para colaborar tanto en el hogar como en el hospital, igualmente para que participe e integre un equipo para resolver problemas en la escuela; asesorar y/o respaldar intervenciones para estudiantes que lo requieran; servir de enlace con la comunidad; participe en reuniones periódicas sobre aspectos de la enseñanza en el hogar y en el hospital; revisar y firmar los diferentes formularios para modificación del plan de transición; coordinar las ofertas de los cursos de las asignaturas más importantes para los estudiantes inclusive la posibilidad de recibir clases en un formato de aula virtual.

Profesores de hogar y hospital: Al momento de calificar en el Programa, al estudiante se le asigna un profesor temporalmente para que lo asista en el hogar y en el hospital, el cual actuará como el enlace entre el estudiante, sus padres y la escuela de origen de modo que el estudiante se mantenga actualizado académicamente al igual que sus compañeros de clase. El compromiso institucional del profesor instruir bien

en el hogar, el hospital o cualquier espacio de la comunidad acordado para ello de forma individual durante el lapso que estará fuera de su escuela brindándole el acompañamiento académico en las asignaturas correspondientes. Entre sus múltiples compromisos se encuentran:

- Colaborar con los profesores de la escuela de origen para adelantar un régimen académico para el período de tiempo estimado en que el alumno estará impedido de asistir regularmente a su escuela.
- Implementar un horario de enseñanza con el alumno acorde a las necesidades y proporcionarle una copia a los padres con las pautas que considere necesarias.
- Facilitar experiencias de aprendizaje diversas y significativas para los objetivos que debe cursar.
- Proveer actividades de evaluación compatibles con la realidad del estudiante, enfocadas en resultados observables.
- Cumplir cabalmente los procedimientos de calificación y mantener los registros suficientes para cada estudiante.
- Guardar la confidencialidad requerida ante las situaciones familiares en las que se involucran.
- Trabajar proactivamente manteniendo una fluida comunicación con el personal del hogar y la escuela.

Maestro de la clase: Estos educadores deben mantenerse en permanente contacto con el profesor del hogar y del hospital. Con la finalidad de ayudar en los cambios en el programa de estudios requeridos por la condición del estudiante. En tal sentido debe: i) Proporcionar los textos necesarios a menos que ya el alumno disponga de los suyos; ii) suministrar el programa contentivo con unidades, capítulos y evaluaciones; iii) garantizar que las calificaciones suministradas por el profesor del hogar y del hospital sean promediadas adecuadamente con las calificaciones del resto de la clase y se coloquen en la boleta de calificaciones, estas calificaciones se consideran definitivas.

Psicólogo de la escuela: Para aquellos alumnos que requieran enseñanza en el hogar y en el hospital por alguna afección emocional y/o de conducta previamente diagnosticada, el psicólogo de la escuela debe: i) firmar las formas que sean requeridas por el Programa; ii) ajuste en la medida que sea necesario el plan de transición con el apoyo del equipo escolar; iii) Coadyuvar con la planificación y programación de los horarios para la transición; iv) participar en las reuniones continuas para el seguimiento de la enseñanza en el hogar o el hospital.

Administrador de casos de educación especial: Para aquellos alumnos que tienen un plan de educación individualizado actual, este administrador deberá programar reuniones con el equipo escolar y aprobar el entorno alternativo interino escolar y revisar ambos (plan de educación individualizado y el entorno alterno interino escolar) con el profesor de hogar de del hospital, así como planear las reuniones con el equipo escolar para hacer seguimiento al programa.

Enfermera del grupo: Participa en un equipo de resolución de problemas basado en asuntos escolares; respalda intervenciones adecuadas para estudiantes con estas necesidades especiales; favorece las relaciones con la comunidad y participa activamente en las revisiones continuas de la enseñanza en el hogar y en el hospital.

2. **Home & Hospital Instruction** (Instrucción en el hogar y hospital), iniciativa adelantada por el Departamento de Educación del Estado de California en Estados Unidos. Todos los distritos escolares del Estado ofrecen instrucción académica en el hogar y en el hospital para salvaguardar la continuidad y prosecución escolar de la instrucción de manera temporal durante la discapacidad de un alumno (California Department of Education, 2018)

La legislación vigente en este Estado demanda que cada individuo sujeto a educación obligatoria frecuente cotidianamente a una escuela de tiempo completo o una escuela de continuación. El Programa de Instrucción en el Hogar y el Hospital, se encuentra fundamentado en la Sección 48206.3 del Código de Educación del Estado de California y su finalidad es servir a aquellos estudiantes que son afectados

por una discapacidad temporal, lo que interrumpe o imposibilita o hace no aconsejable la asistencia a las clases regulares o programa de educación alternativa.

El distrito en el que se ubica la residencia o el centro de salud es responsable de instruir y educar a los estudiantes que deben ser hospitalizados o permanecer en el hogar debido a una enfermedad o discapacidad temporal pero prolongada, el objetivo de la educación en el hogar o en el hospital debe ser la continuidad del nivel anterior de desempeño del alumno mientras se recupera.

Este programa contempla como discapacidad temporal aquella discapacidad física, mental o emocional que afecta aun un estudiante que se encuentre inscrito en clases de día de forma regular o en un programa educativo alternativo y después de la cual se estima razonablemente que el alumno retorne a clases de día regular o un programa educativo alternativo sin intervenciones especiales. De la misma manera, para este Sistema de apoyo educativo, se entiende por Instrucción individual, aquella suministrada a un estudiante en un hospital u otro centro de salud residencial (exceptuando la educación en hospitales estatales), en el hogar del estudiante o bajo otras condiciones determinadas por la Junta de Educación del Estado.

3. **Hospital and Home Education Learning Centre (HHELC)** (en español, Centro de aprendizaje hospitalario y educativo en el hogar): Programa adelantado por el Departamento de Apoyo a escuelas y academias de la ciudad de Nottingham en el Reino Unido (Nottingham City Council, 2019).

El HHELC trabaja conjuntamente con un amplio tejido social e institucional conformado por agencias, escuelas, oficiales de educación y bienestar, médicos y expertos para facilitar brindar educación a aquellos estudiantes que no pueden asistir regular y temporalmente a escuelas o universidades como resultado de problemas de salud. Estos problemas de salud son identificados por este sistema como enfermedades que afectan a niños y jóvenes dentro de las cuales se tipifican las siguientes: i) enfermedades recurrentes potencialmente mortales que demandan hospitalización del estudiante en forma regular; ii) enfermedades importantes que

requieren hospitalización temporal o recuperación prolongada en el hogar; iii) recuperación de salud en el hospital temporal después de una enfermedad o intervención quirúrgica; iv) enfermedad mental que requiere hospitalización; v) síntomas de enfermedad mental que no requiere hospitalización pero previenen a un niño o joven a través de una persona de asistencia a tiempo completo en su propio entorno; vi) negativa a la asistencia escolar por crisis de ansiedad agravada (Nottingham City Council, 2019).

Los objetivos primordiales de este servicio del HHELC son los siguientes:

- Garantizar, en la medida que sea posible, que el niño o joven reciba una educación continua acorde a su edad, capacidad, condición especial y diagnóstico médico.
- Cerciorarse de que los profesores de atención especial trabajen en estrecha cooperación con las escuelas, universidades, niños, jóvenes y sus familias para optimizar el rendimiento de los estudiantes.
- Asegurar el contacto regular con las escuelas y colegios de estudiantes de mediana, larga estancia y recurrentes.
- Favorecer el apoyo a niños y jóvenes como parte del proceso para su reintegro y retorno a la vida escolar.
- Garantizar la oferta de programas de estudio personalizados.

Este servicio proporciona a las familias y a los estudiantes personal con amplia experiencia y capacitación para para trabajar con niños y jóvenes en una multiplicidad de entornos, igualmente brindan asesoría sobre la incidencia de una enfermedad a futuro en los requerimientos educativos y emocionales de los niños y jóvenes estudiantes, brindando la retroalimentación frecuente sobre los problemas y progreso del estudiante atendido bajo esta modalidad.

El programa trabaja con las indicaciones y referencias de los expertos profesionales en el área de la salud en casos muy puntuales como la recuperación

posterior al alta hospitalaria. En oportunidades, los niños y los jóvenes estudiantes requieren un período de recuperación al ser dados de alta en el hospital, entonces si el personal médico considera necesario que el niño / joven no estará en condiciones de retornar a la escuela por un período de al menos 3 semanas, el hospital puede extender una referencia directa para recibir apoyo de Educación en el hogar. En estos casos, el coordinador del programa de educación en el hogar se comunicará con la escuela antes de iniciar el acompañamiento académico en el hogar, en virtud de las implicaciones de costos para la escuela.

El servicio educativo en el hogar usualmente consiste en un total de 5 horas académicas por semana de enseñanza individualizada por un tutor o tutores en la residencia del estudiante, lo cual se hará generalmente en 3 sesiones semanales en horarios regulares según lo convenido con la familia. En la medida de lo posible, estas sesiones serán en un espacio apropiado fuera de la casa del alumno, especialmente en lugares aprobados, como Bibliotecas, centros de aprendizaje electrónico o en la sede de del Programa. Los costos de movilización asociados (cuando corresponda) son cubiertos por el HHELC. El objetivo primordial es ayudar al estudiante a retornar a la escuela tan pronto como su salud lo permita. Los pasos de transición hacia el reintegro escolar se conciben cuidadosamente junto con la escuela.

Las reuniones de seguimiento para garantizar el éxito del Programa se efectúan en la escuela de origen aproximadamente a mitad del trimestre. Los requerimientos de un mayor apoyo a la educación en el hogar se vuelven a evaluar y se aprueban en estas reuniones. ES importante señalar que el servicio de educación adecuada para niños y jóvenes que están imposibilitados para asistir con regularidad a la escuela como resultado de problemas de salud es un requisito legal.

4. **Hospital Tygerberg - South Africa:** Actualmente, en Sudáfrica la educación en el Hospital para estudiantes con alguna enfermedad o discapacidad temporal pertenece a un área específica de cada centro asistencial, sin embargo, suelen trabajar siguiendo el plan de estudios de la escuela. Las escuelas hospitalarias se denominan escuelas cerradas" y reciben oficialmente la clasificación de S9. Debido a la calificación de los criterios de las escuelas, el Hospital Tygerberg

presta servicios educativos a niños hospitalizados con apraxia, lo que representa un problema de problemas de comunicación de los niños atendidos (García A. , 2017).

Existe una controversia sobre si esta escuela hospitalaria debe seguir el plan de estudios general porque los niños no se adecuan a las necesidades especiales pues simplemente están enfermos e imposibilitados de comunicarse por la enfermedad (apraxia). Simultáneamente, supervisores para las escuelas hospitalarias provienen de escuelas especiales y de educación general, por lo que no hay perspectivas claras entre ellos en las oficinas del distrito. Las leyes y reglamentos educativos sobre las escuelas hospitalarias en Sudáfrica provienen de las declaraciones del plan de estudios y la política de evaluación (CAPS), que contiene el plan de estudios nacional para los grados desde el 1 al 12 en las escuelas públicas. En consecuencia, las escuelas del hospital utilizan el plan de estudios ordinario creado para la educación en las escuelas convencionales, por lo que en el hospital los maestros deben adaptar ese plan de estudios todo el tiempo.

Los centros hospitalarios están incluidos como parte de los servicios de educación especial, a pesar de que manejan los planes de estudio ordinarios de educación primaria y secundaria para su enseñanza. Los equipos multidisciplinarios del departamento de educación de Ciudad del Cabo pueden solicitar educación en el hospital y el hogar para ciertos casos de niños con discapacidades.

Las condiciones sociales de los niños atendidos son múltiples e incluyen problemas básicos como la pobreza extrema, enfermedades muy graves y situaciones de violencia con presencia de delitos o drogas, la disfuncionalidad familiar es el modelo más frecuente y los padres a veces conciben a la educación hospitalaria como una ayuda de gran utilidad. Así mismo, la significativa presencia de inmigrantes, la diversidad de funcionarios, los diversos idiomas en el país, así como las desigualdades entre los niños refuerza la complejidad de la situación.

A este respecto, la falta de escolaridad de algunos de ellos y la brecha curricular con respecto a la edad también son muy frecuentes. En la provincia del

Cabo Occidental hay siete hospitales, seis de los cuales se ubican en Ciudad del Cabo. La educación es considerada secundaria con respecto a los servicios de salud en un hospital. Es importante señalar que no hay servicios de educación en hospitales privados.

El hospital Tygerberg es un hospital pediátrico y tiene su propia escuela, su creación data desde 1959, aunque hay otro centro hospitalario pediátrico de la Cruz Roja, el número de camas pediátricas en Tygerberg supera a las de la Cruz Roja, por tanto se considera como una experiencia y modelo para la presente investigación.

Las escuelas hospitalarias informan sus labores académicas a los oficiales de distrito y el Departamento de Educación. No hay creación de escuelas sin la planificación y el consentimiento del hospital con la excepción del Hospital Tygerberg donde hay salones específicos para la escuela, los maestros trabajan cerca de la cama de los niños, que son distribuidos por especialidades médicas. Los horarios del servicio educativo y médico coinciden.

El cuerpo directivo de la escuela hospitalaria no contempla en su estructura a los padres de los niños como es usual en los otros centros educativos y solamente se reúne para asuntos administrativos. Existen planes de mejora y documentos a este respecto que deben ser entregados ante el Ministerio de Educación, el material educativo y los salarios de los profesores corren por cuenta del gobierno, mientras que el hospital se limita, como en este caso, a facilitar los espacios, igualmente se reciben donaciones para la escuela.

En el Hospital Tygerberg se encuentran empleados diez profesores provenientes de escuelas primarias y secundarias a tiempo completos sin experiencia en educación especial o asignaturas principales. No hay rotación de docentes y se brinda asistencia psicológica para los estudiantes hospitalizados que así lo requieran. Los profesores trabajan a través de solicitudes individuales efectuadas ante el Departamento de Educación. En el servicio psiquiátrico del Hospital se brinda apoyo académico para estudiantes de Educación Secundaria y los niños más pequeños tienen la posibilidad de un adulto cuidador. Generalmente los grados son adecuados y ajustados por la escuela de origen de los niños en colaboración con la escuela del

Hospital. Niños con cuidados paliativos también pueden recibir asistencia educativa en el Hospital. La atención del servicio educativo hospitalario puede ser a corto y largo plazo, incluye a inmigrantes.

Los niños pueden recibir instrucciones de sus profesores usualmente todas las mañanas y organizarse acorde a los diferentes requerimientos de aprendizaje y completar sus deberes escolares con diferentes códigos de comunicación ante su apraxia. Con la ayuda de los profesores pueden usar dispositivos tecnológicos. En ocasiones de celebraciones festivas los niños participan proactivamente. Tienen a su disposición una biblioteca en Tygerberg con materiales que no son específicos para este tipo de cuidados. El enfoque de la escuela del Hospital responde a una perspectiva constructivista con un enfoque común entre todo el personal de salud y de educación.

El incremento del personal académico responde tanto a los estudiantes atendidos con discapacidades y el número de camas pediátricas disponibles y proyectos desarrollados por la escuela del Hospital, de la misma manera se mantiene el vínculo con los centros educativos de origen de los niños.

Actualmente, en Sudáfrica no hay formación ni capacitación elemental en educación hospitalaria, por tanto los profesores que deseen incorporarse a este sistema educativo se capacitan e instruyen en los planes de educación general. Las prácticas pueden ser realizadas en el Hospital cuando haya sujetos interesados en el servicio. Tampoco hay capacitación específica en el servicio o investigación sobre el tema, pues los docentes asisten a cursos generales; lo más corriente es que la formación académica y práctica proviene del mismo centro de salud.

La selección de docentes es efectuada acorde a criterios establecidos por el Ministerio de Educación, permitiendo que las escuelas y los sindicatos de maestros participen activamente mientras realizan entrevistas para seleccionar a los candidatos; las remuneraciones salariales de los maestros de hospital son equivalentes a los de los centros ordinarios. Algunas habilidades consideradas para su elección son: versatilidad, adaptabilidad y flexibilidad, calidez, madurez emocional y compasión (García A. , 2017).

2.2.2 Investigaciones en Educación Hospitalaria

A. ESPAÑA

Autoras como Asensio-Ramón (2017), en su investigación doctoral presentada ante la Universidad de Valencia-España para optar al grado académico de Doctora en Educación; Estudios Históricos, Políticos y Comparados de la Educación, titulada Las Aulas Hospitalarias en España: Un estudio comparado de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Extremadura, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana, tuvo como objetivo fundamental investigar las experiencias en diversas regiones españolas para presentar los hallazgos significativos en un marco de comparabilidad.

A efectos de presentar los hallazgos más significativos, el estudio citado procedió a comparar las 5 regiones a través de diversos indicadores, entre los cuales se presentan los siguientes:

- Comparación mediante la Tipología de los servicios prestados: Comenzando con la Tipología, y tras la relación y consecutiva comparación, se evidenció dos tipos de Comunidades. Por un lado, la Comunidad de Madrid y el País Vasco, que acorde a sus normativas prestan tres servicios: Aulas Hospitalarias, Atención Educativa Domiciliaria y Terapéutico-Educativa. En otro sentido, están Andalucía, la Comunidad Valenciana y Extremadura, que solo incluyen normativamente dos servicios, el Hospitalario y el Domiciliario. De todas las cinco Comunidades objeto de estudio, Extremadura es la más rezagada pues el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria es ofertado y prestado con profesores provenientes de Badajoz capital, por las mismas docentes en las AH, lo cual comprueba que ambos Servicios son prestados por las mismas profesionales, careciendo del talento humano necesario propio para impartir instrucción domiciliaria. A modo conclusivo, el País Vasco presenta sobre el resto de las Comunidades Autonómicas una amplia ventaja pues brinda los tres Servicios coordinados en un mismo Centro.
- Comparación referente a Destinatarios en AH: se comprobó con claridad que las cinco Comunidades estudiadas concuerdan en la atención de los mismos niveles educativos en sus Aulas Hospitalarias a estudiantes comprendidos entre 3 a 16 años de edad, pero con particularidades propias en cada Comunidad.

Igualmente, todas coinciden en la atención del Bachillerato, si bien cada una lo atiende con sus características pertinentes. Además, destaca Andalucía pues proporciona acompañamiento académico en los Ciclos Formativos, condición no evidenciada en las otras Comunidades. También destaca un ejemplo como el del AH de “La Fe” en Valencia por el extenso portafolio de niveles educativos que atiende, entre ellos Infantil, Primaria, Secundaria, Bachillerato, Universidad, etcétera. Además, en la Atención Educativa Domiciliaria todas las Comunidades presentan diferencias revelando cada una de ellas sus pertinentes singularidades.

- Comparando a las Comunidades a nivel de Objetivos y Finalidad, todas evidencian semejanza en la coordinación con su Centro de referencia. En tal sentido, previenen el retraimiento y/o aislamiento imprimiendo conceptos tan significativos para el niño como, Integración y Normalización, Asesorías familiares, al alumnado, a escuela y profesorado. En casi todas las Autonomías investigadas predomina el uso de las TIC, como un objetivo a alcanzar dentro de la Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria. Respecto a las particularidades manifestadas destaca Extremadura, que tiene como objetivo estratégico la formación en PH, así como la celebración de eventos regionales sobre esta área de conocimiento. En otro sentido, el País Vasco cuenta con un Centro Territorial, cuyo propósito es gestionar y sistematizar, desde una misma Instancia de Dirección los dos Servicios, imprimiendo una considerable centralización diferenciándose de otras Comunidades como Andalucía y Extremadura.

- Comparando a las Comunidades objeto de estudio en cuanto a Organización, Funcionamiento y Dependencia se pueden concentrar las cinco Autonomías en tres grupos. El primero integrado por Andalucía y Extremadura, evidenciando a la Atención Educativa Hospitalaria como un Servicio significativamente descentralizado pues sus Aulas están supeditadas en mayor o menor grado a la unidad educativa de la zona. El segundo grupo estaría conformado por las Comunidades de Madrid y Valencia, que tienen unos Programas con una coordinación descentralizada pero no tan evidente como las anteriormente señaladas. Se constituyen y actúan dentro de centros educativos oficiales de las Consejerías de Educación pertinentes. El tercer grupo lo integra el País Vasco con su Centro

Territorial que bajo una misma Instancia de Dirección dispone de una coordinación más centralizada.

Es importante señalar que la totalidad de las Comunidades concuerdan a partir de qué lapso de tiempo de convalecencia se solicita oficialmente el Servicio, generalmente suele ser 1 mes. Con respecto a las horas de acompañamiento docente para el alumno en recuperación en su hogar se pueden observar dos grupos: el primer grupo conformado por las Comunidades de Andalucía, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana quienes evidencian semejanza en las horas destinadas al estudiantado convaleciente ubicándose entre 6 y 10 horas semanales acorde al nivel educativo. El otro grupo está integrado por Extremadura donde solo se dedican 4 horas semanales a la Atención Educativa Domiciliaria. En consecuencia, esta Comunidad observa un déficit en el Horario escolar en dicho Servicio.

- El siguiente nivel comparativo entre las Comunidades es el de Espacio y el Equipamiento que, globalmente todas las Autonomías objeto del estudio tienen casi el mismo nivel de equivalencia en este sentido, sin embargo, destaca particularmente Extremadura, con la Atención Educativa Domiciliaria, por contar con un Proyecto Telemático disponible para el estudiantado convaleciente que habita residencialmente fuera de la ciudad de Badajoz, inclusive proporciona portátiles al estudiante que no tenga dicho equipamiento. Esta realidad pareciera un avance, si se contara paralelamente con personal académico que preste el Servicio, pero como esta carencia es muy evidente, se marca un retroceso con relación al resto de las Comunidades.

- Con respecto al Equipo Docente sobresalen dos tipos de Comunidades. La primera se encuentra conformada por el País Vasco y Extremadura que tienen como figura protagónica al profesorado de Pedagogía Terapéutica (PT) en su Equipo Docente. A la par, en Extremadura se alude al profesorado de Secundaria, pero como personal voluntario de una Institución de Educación Superior adyacente al Hospital. Pero, en el País Vasco, aun cuando en su normativa no contempla información referente al Equipo Docente que trabaja en las AH, sí cuenta con el equipo docente del Centro Territorial, demostrando a la vez, que cuenta con docentes a nivel de Secundaria. El segundo grupo lo integran Andalucía, Comunidad de Madrid y

Comunidad Valenciana, en las cuales, el Equipo Docente de las AH está conformado por profesores de los niveles Infantil y Primaria, y el cuerpo académico de Secundaria para el ámbito Lingüístico y Científico-Técnico.

- A efectos de comparación referente al Perfil Profesional básico requerido a todos los profesores que se desempeñan en estos cargos, queda evidenciado en la normativa de la Comunidad Valenciana que es la única que demanda que los recursos personales para este servicio deben ser Funcionarios con Titulación de maestros y profesores de la Educación Obligatoria.

- A efectos comparativos relacionados con el Horario Escolar, a nivel general se observan las siguientes clasificaciones: i) La primera clasificación se establece por el tipo de jornada escolar. Un grupo de Comunidades como la Valenciana y el País Vasco tienen un horario de doble jornada en sus AH, es decir, mañana y tarde. El otro grupo integrado por Andalucía, Extremadura y Madrid tienen un Horario de jornada intensiva; ii) Otra clasificación está establecida por las horas reservadas al acompañamiento docente. Por una parte, estarían las Comunidades de Madrid y Valencia cuya normativa detalla el Horario establecido, tanto las horas asignadas a trabajar en Educación Primaria y Secundaria. La otra parte, conformada por Extremadura, Andalucía y País Vasco donde no se detallan ni contemplan las horas consignadas a cada nivel educativo; iii) la clasificación por el Horario de apertura de las Aulas Hospitalarias, por una parte sitúa a Andalucía, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana, con un Horario de apertura afín en sus Aulas Hospitalarias dejando separadamente la Atención Educativa Domiciliaria. En otro sentido, se sitúa Extremadura con un Horario de apertura reducido, restringido igualmente por el Horario destinado a la docencia en la Atención Educativa Domiciliaria de modo rotatorio por las propias maestras de las AH.

- Al comparar a las Comunidades en materia del Calendario Escolar, todas concuerdan en que éste es equivalente al del resto de las escuelas.

- Otro aspecto a comparar en el estudio citado es el de la Evaluación de los escolares en los dos Servicios objeto de estudio: AH y la Atención Educativa Domiciliaria. Todas las Comunidades investigadas comparten que el estudiantado enfermo hospitalizado o convaleciente es evaluado por su Centro de referencia. Si

está hospitalizado, el tutor de la escuela de origen envía los exámenes al profesor del Hospital, luego de su aplicación se devuelven y el profesor de la escuela de referencia u origen los corrige.

- Sí que consta que con alumnado de larga estancia o con convalecencia de larga permanencia en el domicilio, el docente Hospitalario o Domiciliario realiza un informe de seguimiento para la evaluación final del alumnado en cuestión.

Autores como Palomares-Ruiz, Sánchez-Navalón, & Garrote-Rojas (2016), investigaron sobre la utilidad de la pedagogía hospitalaria en las Unidades de Salud Mental que asisten a estudiantes cuya permanencia hospitalaria es caracterizada por periodos largos, lo cual los aparta de su escolaridad cotidiana. El estudio fue desarrollado durante diez años consecutivos bajo un enfoque mixto, estudiaron sobre la evolución cronológica de esta área de conocimiento y los diversos factores que intervienen. En la investigación se destaca que los estudiantes aprecian favorablemente aprobar su año académico, la instrucción individualizada por parte de los profesores del AH, pero a su vez consideran la posibilidad de evadirse del entorno hospitalario.

Los investigadores citados sostienen que el profesorado dedicado a la pedagogía hospitalaria debe tener una mejor formación e implicación para coordinar su trabajo académico y a utilizar las TIC con los centros educativos de origen para favorecer una educación verdaderamente inclusiva.

En tal sentido, manifiestan que la PH es un área de conocimiento relativamente nueva, estiman que sus comienzos datan desde principios del siglo XX pero su implementación no ha sido igual para la mayoría de los países, lo cual ha dependido de la voluntad gubernamental de los mismos. Esto se debe a los diversos grados de desigualdad, participación e importancia que los gobiernos conceden a sus ciudadanos en sus respectivas políticas educativas y en el área de la salud. Esta perspectiva es importante para argumentar sobre la incidencia generada por un ingreso y estadía hospitalaria prologada en el tiempo para los pacientes, sus grupos familiares y los centros hospitalarios y educativos. Valoran como investigadores el aporte del AH como un instrumento que acerca al centro escolar de origen con el Hospital donde se atienden a los estudiantes.

En este mismo orden de ideas, la atención hospitalaria y domiciliaria está contemplada como parte de las estrategias de la escuela inclusiva en el marco de la diversidad. Los autores consideran que son escasos los estudios acerca de la pedagogía hospitalaria, sobre sus beneficios en las Unidades de Salud Mental y, sobre todo en la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario (UTCA) del Hospital Universitario Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, de Albacete, España.

Palomares-Ruiz, Sánchez-Navalón, & Garrote-Rojas (2016), en su estudio consideran los siguientes factores que inciden sobre la PH:

a. Socio-culturales. Conviene conocer con exactitud el entorno social y familiar del alumnado que acude al AH y lo que espera de este servicio.

b. Políticos. Los avances en sanidad y educación son el progreso de la sociedad hacia un mundo desarrollado. Por ello, para mejorar la atención del alumnado que precisa atención hospitalaria, se debe reflexionar sobre las intenciones de las políticas sanitarias y educativas y sobre su interrelación a favor del alumnado ingresado.

c. Educativo. Las políticas educativas deben favorecer la atención a la diversidad en el contexto hospitalario, que es igual equivalente a la que se produce en los centros ordinarios. Por tanto, no se deben limitar los medios (pág. 1509).

Uno de los aspectos de importancia en la PH es que el personal académico que labora directamente en las aulas hospitalarias así como en los equipos de apoyo y de atención en el hogar no recibe un estudiantado con características homogéneas, ni por la edad, nivel educativo, ni siquiera por aspectos disfuncionales y/o médicos, por tanto el abordaje educativo en el hospital y en el hogar debe ser totalmente individualizado y apropiado a sus necesidades, pues cada estudiante, como ser humano, no afronta una misma entidad clínica de la misma manera.

Los maestros deben distinguir convenientemente los contextos que rodean al niño(a) hospitalizados, siendo muy significativo utilizar una serie de técnicas encauzadas a impulsar su creatividad, desarrollo de sus destrezas y capacidades, así como el uso de TIC. Las AH son propicias para generar un clima que facilite y favorezca el intercambio de aprendizajes en el aula entre el estudiantado internado durante el periodo de tiempo que transcurren y comparten en las dependencias del hospital como por ejemplo: pasillos, habitaciones, salas

de estar y de juegos. Este espacio académico hospitalario procura que los estudiantes sientan lo menos posible la distancia o separación su entorno, socio familiar y educativo. Por lo tanto, el aula representa un espacio abierto y flexible, solícito a los requerimientos de los niños hospitalizados al cual deben acudir de manera libre y voluntaria, con la posibilidad de ausentarse y volverá reintegrarse a su ambiente escolar siempre y cuando no sean requeridos para tratamientos y terapias u otros asuntos de orden médico.

La metodología del estudio de Palomares-Ruiz, Sánchez-Navalón, & Garrote-Rojas (2016) consistió en un estudio empírico efectuado con todo el estudiantado que asistió al AH, desde el curso 2003/04 hasta el 2013/14, totalizando 208 pacientes con problemas de índole de comportamiento y desórdenes alimentarios. La prevalencia mayoritaria de los pacientes atendidos corresponde al sexo femenino en un 93,75% (195 pacientes) y de un 6,25% 13 del sexo (13 pacientes); lo cual evidencia que la patología de Trastornos del Comportamiento Alimentario la padecen, en este caso, mayoritariamente las mujeres; el 91,82% de los estudiantes provienen de escuelas públicas y el 8,08% de escuelas privadas; el nivel educativo de mayor predominio en patologías alimentarias es 3º de la Educación Secundaria Obligatoria ESO con 63 estudiantes, seguido de 2º año de la ESO con 38, y 4º de la ESO con 34. Lo cual evidencia que la edad de mayor afectación de trastornos alimentarios en estudiantes hospitalizados es la correspondiente a los 14 a 17 con 63 estudiantes; la mayoría de los estudiantes hospitalizados proviene de Albacete Capital (Palomares-Ruiz, Sánchez-Navalón, & Garrote-Rojas, 2016).

B. VENEZUELA

El estudio adelantado por Serradas-Fonseca (2017), sobre el abordaje de la Pedagogía Hospitalaria (PH) en el contexto venezolano, tuvo como objetivo fundamental procurar una perspectiva histórica de los eventos más notables que facilitaron la aparición, avance y consolidación de la PH en Venezuela, así como la puesta en marcha de las primeras aulas hospitalarias. Posteriormente, desarrolla la temática de la formación docente en Pedagogía Hospitalaria, así como la formulación y diseño de programas y planes efectuados en el país en provecho de la población estudiantil hospitalizada.

Este importante antecedente y referente teórico para la presente investigación, considera a la PH en Venezuela, como una particularidad de la Educación Especial, que nace para responder o satisfacer a los requerimientos de atención y prosecución escolar dentro del marco del proceso de enseñanza y aprendizaje, del niño y adolescente que, por motivo de una enfermedad y discapacidad temporal, experimentan un cambio súbito e imprevisto en su cotidianidad que incidirá sobre su escolaridad.

En tal sentido, Serradas-Fonseca (2017) define a la PH como el ejercicio pedagógico desarrollado “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 con relación a la función educativa” (pág. 122).

Cabe señalar que a partir del año 2007, Venezuela es un país integrante de la RED-LACEH, y ocupó en su oportunidad (2016 y 2017) la Vicepresidencia de dicha organización, circunstancia que visibilizó el trabajo cumplido por docentes venezolanos tanto en Latinoamérica como en Europa, de la misma forma favoreció el intercambio informativo y de experiencias relacionadas con las buenas prácticas adelantadas globalmente sobre la PH. REDLACEH es una institución internacional sin ánimo de lucro, que como parte de su filosofía de gestión promueve y defiende el Derecho a la Educación, especialmente vigilar por el derecho a la educación de los niños y jóvenes hospitalizados o en tratamiento en la región de Latinoamérica y el Caribe.

A este respecto, la experiencia venezolana en PH se vio favorecida por la constitución de organizaciones como el Círculo de Investigaciones y Estudios con el Psicoanálisis (CIEP) de Venezuela que se encargó de elaborar una propuesta sobre los Derechos de los niños y adolescentes hospitalizados, la cual acopia y plantea las necesidades de los pequeños pacientes a ser atendidas en los hospitales, necesidades que son propias y derivadas de la enfermedad, así como de las asociadas con los protocolos de atención médica que han de ser practicadas y vinculadas con la estructura y organización del hospital y las relacionadas a las relaciones personales. La propuesta formulada por la CIEP abarca y comprende veintidós (22) derechos de los niños hospitalizados en su calidad de pacientes y entre los más importantes se destacan:

- Tengo derecho a ser llamado por mi nombre.
- Tengo derecho a ser tratado con educación y respeto.
- Tengo derecho a que se me alivie el dolor.
- Tengo derecho a recibir información adaptada a mi edad y desarrollo mental sobre los tratamientos que se me van a aplicar.
- Tengo derecho a ser hospitalizado junto a otros niños.
- Tengo derecho a que la hospitalización sea lo más breve posible.
- Tengo derecho a continuar mi educación y recreación dentro del hospital.
- Tengo derecho a permanecer en un espacio limpio y cuidado durante la hospitalización.
- Tengo derecho a estar acompañado de alguno de mis padres durante la enfermedad.
- Tengo derecho a la vida sin discriminación alguna fundada en motivos de color, sexo, edad, idioma, pensamiento, religión, procedencia, discapacidad o enfermedad.
- Tengo derecho a ser feliz (Serradas-Fonseca, 2017, pág. 123).

Esta investigación citada como antecedente sostiene que de acuerdo a un documento procedente del Ministerio de Educación y Deportes de Venezuela, titulado La PH en el Marco del Sistema Educativo Bolivariano, la gestión de las AH garantizará la atención educativa integral a niños y jóvenes hospitalizados asegurando el inicio, continuidad y culminación escolar en el sistema educativo, para lo cual se favorecerá la fluida y continua comunicación con todas los actores vinculados al proceso: padres, integrantes del grupo familiar, equipos en el área de la salud; conjuntamente establecerá y sostendrá contacto con las escuelas de origen, para realizar el seguimiento del desenvolvimiento del paciente e integrarlo a ella a la brevedad posible acorde con las circunstancias.

Entre los Objetivos Generales de las AH en Venezuela, se pueden señalar los siguientes: i) proveer la atención educativa integral a todos los niños y adolescentes hospitalizados, a fin de garantizar la continuación del proceso de aprendizaje; ii) colaborar, a través de la generación de un clima participativo, la integración, impidiendo momentos de

angustia y aislamiento, y iii) promover el uso formativo del tiempo libre en el hospital, planificando actividades lúdicas en el marco educativo.

Los Objetivos Específicos de las AH están clasificados en Pedagógicos, Psicológicos y Sociales.

Los Objetivos Pedagógicos permiten entre otras cosas: i) Colaborar y facilitar la continuación del proceso educativo y asegurar la transición y retorno regular a la escolaridad; ii) Favorecer en el estudiante hospitalizado el deseo e interés por aprender y educar el hábito de trabajar, iii) Incluir la ocupación provechosa y constructiva en el educando.

Los Objetivos Psicológicos están dirigidos a: i) Coadyuvar a la adaptación adecuada de los niños y adolescentes al nuevo ambiente educativo hospitalario; ii) Orientarlos a la comprensión de lo que está aconteciendo, atravesando y por qué; iii) Reducir las experiencias desfavorables como: ansiedad, miedo, angustia; iv) Facilitar información apropiada, dar respuesta de una manera sencilla y sin complicaciones a sus preocupaciones e inquietudes.

En cuanto a los Objetivos Sociales se persigue: i) Generar un escenario y entorno lo más cercano a su cotidianidad; ii) favorecer un contexto que asegure relaciones basadas en la familiaridad y seguridad; iii) Establecer todos los aspectos y circunstancias que beneficien las interacciones entre los niños y los adultos; iv) Responder a sus requerimientos sociales partiendo del reconocimiento de su instancia local.

La población asistida en aulas hospitalarias es fluctuante, comprendiendo desde educación inicial hasta jóvenes de 18 años, hospitalizados por diversas circunstancias de salud. La atención educativa se desarrolla acorde a una jornada diaria en el horario comprendido entre las 7 a 12 am, donde el docente cumple labores administrativas como la planificación del trabajo diario, selección de los recursos a usar, recorrer las habitaciones, entrega de material y actividades a los niños impedidos para asistir al aula hospitalaria, trabajo directo con los niños en el aula donde participan los representantes. También, en la planificación se considera la composición e implementación de conversatorios con los padres y representantes, para tratar temas puntuales y de su interés.

La planificación de la instrucción se organiza mediante la metodología por Proyectos contemplada en el Currículo Básico de Educación Inicial o Básica formulado por el

Ministerio de Educación, incluyendo el Proyecto Integral Comunitario y el Proyecto de Aula, para captar el interés de la población estudiantil asistente.

El contacto con los docentes de la escuela de origen, se realiza mediante la madre o representante del niño o adolescente, cuando éste pasa un periodo de hospitalización superior a los quince días. Solo mediante comunicación escrita se establece la coordinación de este proceso. Al concluir el periodo de hospitalización se elabora y entrega un informe que permite conocer la realidad del niño o adolescente y se sugieren las recomendaciones de rigor.

El personal está compuesto por docentes formados en Educación Especial, Educación Preescolar o Inicial, Integral y en ciertos equipos de trabajo se cuenta con un trabajador social. El resto del equipo interdisciplinario está integrado por diferentes especialistas que trabajan en el Hospital, como psicólogos, psiquiatras, terapeutas de lenguaje, fisioterapeutas y diferentes voluntarios, quienes asisten y completan la labor educativa en el contexto hospitalario. Los docentes cumplen su trabajo académico en el aula hospitalaria, en la propia habitación o sala de hospitalización.

Es conveniente señalar que muchas AH comenzaron a funcionar en Venezuela por la decisión de ciertas asociaciones, grupos de voluntarios, por la gestión de algunos profesionales, entidades estatales y municipales, inquietadas por la ausencia y carencia de escolaridad de los pacientes pediátricos. Pero, las mismas no cubren los objetivos generales que internacionalmente se plantean con respecto a su funcionalidad y compromiso, ya que mayoritariamente las aulas hospitalarias se han enfocado en el apoyo pedagógico mediante lo lúdico y lo recreativo y solo en pocas oportunidades se logra articular e integrar efectivamente al alumno hospitalizado con el sistema de educación formal.

C. ARGENTINA

Otra investigación considerada como un referente teórico de importancia es la publicada por García-Álvarez (2014), donde diserta sobre la educación hospitalaria en Argentina. El estudio in comento, sostiene que esta modalidad educativa es en algunos aspectos desconocida pero que las aulas y escuelas hospitalarias son de significativa importancia en la actualidad. En Argentina este tipo de servicios está contextualizado específicamente al entorno de los hospitales pediátricos.

El surgimiento de las AH argentinas, actualmente conocidas como como Escuelas Hospitalarias, se produjo casi a finales del año 1946 siendo una modalidad innovadora en Latinoamérica. En este sentido, Argentina fue pionera en la atención y reconocimiento público de este sistema de enseñanza. No obstante, el país ya había avanzado en otras dinámicas pioneras a nivel mundial en la educación especial, como la instauración de las primeras Escuelas para personas sordas en América Latina y algunas de las primeras en el continente americano, en la década de 1870. Las Escuelas Hospitalarias se enmarcaron con la incursión en el escenario político nacional del peronismo, que generó una connotación sociopolítica y además pedagógica en el siglo XX y que incide en la historia política actual de Argentina.

García-Álvarez (2014) considera que conceptual y pedagógicamente, puede señalarse que el servicio educativo en hospitales asiste a niños con necesidades educativas especiales de carácter temporal como resultado de alguna enfermedad. Si se asume a la Educación Especial como una exclusividad educativa especial de carácter permanente, la Educación Hospitalaria no debería considerarse dentro de este sector. Con todo, el entorno se asocia con Educación Especial por cuanto el niño transita por una circunstancia especial, aparte de que el docente sea común, profesor de educación inicial o primaria. Aun cuando los contenidos básicos correspondan a Educación Primaria, el estudiante atraviesa una situación especial, diferente a su situación escolar habitual.

Es considerable que además de las patologías se agrega o adiciona la condición de población de riesgo social grave. La situación se considera especial porque en ese momento el niño pasa por una problemática pero, realmente, tanto la Educación Domiciliaria como la Hospitalaria tienen mucho en común con la Escuela de origen del estudiante y se trabaja como ella lo haría pero considerando las necesidades especiales y eventuales de las enfermedades concibiendo ajustes curriculares pero sin desatender la enseñanza de los contenidos curriculares mínimos para cada grado.

En Argentina esta modalidad educativa se sitúa en el área de Escuelas Hospitalarias y Domiciliarias, contemplada en la ley 26.206, de Educación Nacional promulgada en 2006 y que la diferencia de la Educación Especial. Se concibe como Educación Hospitalaria y Domiciliaria, en virtud de que el niño es atendido primariamente en el hospital y

posteriormente en su lugar de residencia. Un aspecto a considerar en este sentido, es la escasa e insuficiente formación recibida por el personal que labora en el área, esta situación tiene una doble lectura: la falta de formación inicial y la necesidad de actualización. En este aspecto, el Instituto Nacional de Formación Docente inició una línea de trabajo actualmente en curso.

La atención educativa hospitalaria en Argentina es totalmente gratuita e igualitaria y generalizada, pues debe satisfacer y asistir a todos los pacientes-estudiantes hospitalizados sin distinción de sus condiciones de origen, estatus socioeconómico, nacionalidad, sexo y lugar de residencia, lo cual facilita el pleno disfrute de los derechos humanos fundamentales, como la educación.

En Argentina este servicio se presta especialmente en hospitales pediátricos públicos y no se brinda en hospitales privados, el horario de clases en las aulas hospitalarias es usualmente comprendido entre las 9:00 horas hasta las 13:00 horas. Los docentes cumplen el mismo horario de las escuelas comunes. El estudiante-paciente puede necesitar un tiempo mayor o menor de acompañamiento académico, no hay horas cátedra; esta idea es compartida por la totalidad de las Escuelas Hospitalarias. Se dan clases de Educación para la Salud (establecida en el diseño curricular) con docentes formados en el área.

En las Escuelas Hospitalarias de la Ciudad de Buenos Aires existe un equipo directivo formado por un Director, Vicedirector y Secretario. La rotación de los docentes es opcional, pero sugerida y provista por la Dirección de cada Escuela. Los docentes cambian de servicio anualmente, dentro del mismo hospital, y asumen como provechosa esta experiencia pues beneficia a la comprensión de la globalidad de la Escuela evitando así padecimientos emocionales a los estudiantes.

2.3 Modelo Nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria En Ecuador

La Constitución Nacional de la República describe al Ecuador como un Estado Constitucional de Derechos, que concibe a todos los ciudadanos ecuatorianos o extranjeros, personas natural o jurídica, incluso los reconoce en su naturaleza humana como sujetos distintos y diversos, particulares y con necesidades específicas. En tal sentido, el Estado admite la igualdad de todos los derechos contemplados en la Constitución, en términos

exigibles ante la justicia constitucional (Ministerio de Educación & Ministerio de Salud Pública, 2016).

El Ministerio de Educación procura en su misión asegurar el desarrollo integral de los estudiantes con necesidades educativas especiales, mediante la implementación de estrategias que faciliten velar por el impulso e incremento de sus potencialidades, destrezas y su inclusión social.

La Instancia dentro del Ministerio de Educación en esta materia es La Subsecretaría de Educación Especializada e Inclusiva, que mediante la Dirección Nacional de Educación Especializada e Inclusiva, es la dependencia oficial responsable de la atención a las personas alguna necesidad educativa especial, estén asociadas a una discapacidad o no, mediante la observancia del trabajo específico del talento humano, recursos pedagógicos e infraestructura adecuada. Los programas y proyectos en ejecución actual por esta instancia, evidencian la responsabilidad y el encargo de respaldar la atención educativa proporcionada a estudiantes que afrontan circunstancias de vulnerabilidad y necesitan de un proceso especial de Inclusión Educativa. Por tanto, es un compromiso del Ministerio de Educación supervisar el cumplimiento de las normativas emanadas de la Constitución, la LOEI y su Reglamento con el objetivo de asegurar “el acceso, la participación, el aprendizaje, la permanencia y la culminación de estudios de niños y adolescentes con necesidades educativas especiales, a través del abordaje e implementación del Buen Vivir en el Sistema Educativo Nacional” (Ministerio de Educación & Ministerio de Salud Pública, 2016, pág. 9).

En este mismo orden de ideas, el Ministerio de Salud Pública ecuatoriano mediante la Ley Orgánica de Salud, sostiene que la salud es el total estado de bienestar biopsicosocial, y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades. Es un derecho humano individual, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuyo patrocinio y garantía es responsabilidad fundamental del Estado. A manera complementaria, la Autoridad Sanitaria Nacional es la instancia autorizada de función rectora en materia de salud, así como la responsable de la implementación, control y supervisión de la observancia de esta Ley; y las pautas que dictaminen para su plena vigencia, son de carácter obligatorio.

Es importante enfatizar que los integrantes del Sistema Nacional de Salud, implementarán proyectos y programas basados en la atención integral, dando prioridad a los

grupos vulnerables, con orientación familiar y comunitaria, impulsando el reintegro social de las personas.

A. Antecedentes en Ecuador del sistema nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria

Este programa tiene su origen en El Programa de AH iniciado en Ecuador en el año 2006, con el respaldo de la Fundación Juan José Martínez y en el marco del Acuerdo Ministerial N° 456 del 21 de septiembre del 2006, publicado con posterioridad en el Registro Oficial No. 380 del 19 de octubre de 2006, en el cual fue aprobado el Proyecto designado Aulas hospitalarias. El objetivo fundamental de este Proyecto fue:

Brindar atención educativa para que los niños y adolescentes puedan superar los retrasos académicos que sufren en el proceso de aprendizaje debido a las largas estancias hospitalarias, para lo cual la Fundación ejecutará el Programa de AH, presentado y aprobado por el Ministerio de Educación y Cultura (Ministerio de Educación & Ministerio de Salud Pública, 2016, pág. 13).

B. Enfoque del Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria en Ecuador

El Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria en Ecuador se basa en los siguientes enfoques:

B.1. Enfoque de Derechos

Propende generar acciones que coloquen en el centro al sujeto de derechos visto como actor social y ciudadano. En el caso del Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, se habla de los niños y adolescentes a través del reconocimiento de los derechos de las personas y los grupos de atención prioritaria, a quienes la Constitución de la República, garantiza la protección de su salud física y psicológica; el acceso a una vida libre de violencia y a un desarrollo integral. Complementariamente, mantener un enfoque de derechos, involucra reconocer aquellos cuerpos legales, en tanto norma positiva de carácter nacional e internacional a las que Ecuador esté adscrito.

De igual manera, aborda los deberes que acompañan el goce de dichos derechos, como parte del ejercicio de la ciudadanía. De esta forma, la educación constituye un derecho de todas las personas, entendido como un proceso continuo y permanente que puede llevarse a cabo en diferentes contextos y espacios físicos, y que se fundamenta en pilares de disponibilidad y no discriminación, gratuidad, accesibilidad e inclusión social.

B.2. Enfoque inclusivo

A este respecto, la UNESCO (2008, pág. 4) sostiene lo siguiente:

“Un proceso de abordaje y respuesta a la diversidad en las necesidades de todos los alumnos a través de la creciente participación en el aprendizaje, las culturas y las comunidades, y de la reducción de la exclusión dentro y desde la educación”.

Una sociedad que busca la inclusión acepta a todos sus miembros como diversos, entonces crea las mismas oportunidades para todos, ajustándose a las necesidades individuales, para que ninguno de ellos quede fuera de las posibilidades de crecimiento y desarrollo, es decir la participación dentro de su entorno.

Por tanto, la educación inclusiva plantea de manera general:

- Acceso de niños y/o adolescentes con necesidades educativas especiales, a una educación formal de calidad.
- Apoyo al trabajo en equipo para lograr la inclusión. • Atender la diversidad mediante prácticas innovadoras.
- Preparación de ambientes y generación de recursos para atender a la diversidad.
- Identificación de las dificultades para convertirlas en una oportunidad de mejora y avance dentro del Sistema Educativo.
- Transformaciones profundas en el Proyecto Educativo Institucional que responda a la diversidad.
- Trabajar con la comunidad en general permitiendo una participación activa de todos sus miembros.

- Generar una concepción natural acerca de las personas con necesidades educativas especiales.

- Desarrollar una comunidad basada en valores inclusivos como: la solidaridad, el respeto y la tolerancia.

El objetivo de la inclusión es brindar respuestas apropiadas al amplio espectro de necesidades de aprendizaje, tanto en entornos formales como no formales de la educación. La educación inclusiva, más que un tema marginal que trata sobre cómo integrar a ciertos estudiantes a la enseñanza convencional, representa una perspectiva que debe servir para analizar cómo transformar los sistemas educativos y otros entornos de aprendizaje, con el fin de responder a la diversidad de los estudiantes.

“El propósito de la educación inclusiva es permitir que los maestros y estudiantes se sientan cómodos ante la diversidad y la perciban no como un problema, sino como un desafío y una oportunidad para enriquecer el entorno de aprendizaje” (UNESCO , 2005, pág. 14).

La PH siguiendo la línea de la educación inclusiva ha de procurar la mejora de la calidad de vida del niño y adolescente en condición de enfermedad, hospitalización / internación, tratamiento y/o reposo médico prolongado, a partir de la regularización de vida que se le pueda ofrecer, desde el contexto hospitalario, domiciliario o escolar. Conseguir una acción educativa que parta desde un enfoque inclusivo e integral, es uno de los objetivos fundamentales de la PH.

B.3. Enfoque Ecológico – contextual

Una de las principales corrientes pedagógicas y que se ajusta con el Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria es el paradigma ecológico - contextual, el cual tiene un modelo integrador que además de considerar al estudiante de forma activa, toma en cuenta el escenario que le rodea, la realidad socio – cultural - familiar, las demandas y necesidades del entorno, para poder entender o dar significado a sus conductas, cuáles son sus expectativas y motivaciones para viabilizar el proceso de enseñanza aprendizaje.

No es posible dejar de lado todas las problemáticas que afectan y que son parte de la vida de los estudiantes, es importante partir de ahí, para poder lograr aprendizajes duraderos y significativos que sean coherentes con la realidad y con su condición. La visión que tiene

este paradigma sobre la atención educativa, es interactiva y socializante, se centra en la forma en que se dan las situaciones dentro de un contexto y las características del grupo o del estudiante. Esta situación requiere de un currículo flexible, abierto, con múltiples y específicas estrategias pedagógicas; demanda una intervención creativa, dinámica, proactiva y profesionalismo para constituir contextos en continuo desarrollo, capaces de atender a la diversidad y preocupados por proporcionar oportunidades de aprendizaje de calidad para todos los estudiantes. Este paradigma se destaca por la interacción y colaboración entre los pares, potencia la capacidad de aprendizaje colaborativo, refuerza valores, y promueve el desarrollo de competencias como la reflexión, la crítica, la toma de decisiones grupales entre estudiantes y docentes.

B.4. Enfoque de atención integral

La atención integral como enfoque educativo se contempla en La LOEI (2011), la cual establece:

- Art.3, literal g: “La contribución al desarrollo integral, autónomo, sostenible e independiente de las personas para garantizar la plena realización individual, y la realización colectiva que permita en el marco del Buen Vivir o Sumak Kawsay” (pág. 13)

- Art.6, literal w y x: “Garantizar una educación integral que incluya la educación en sexualidad, humanística, científica como legítimo derecho al buen vivir”; y “Garantizar que los planes y programas de educación inicial, básica y el bachillerato, expresados en el currículo, fomenten el desarrollo de competencias y capacidades para crear conocimientos y fomentar la incorporación de los ciudadanos al mundo del trabajo” (pág. 17)

- Art.7, literal b: “Recibir una formación integral y científica, que contribuya al pleno desarrollo de su personalidad, capacidades y potencialidades, respetando sus derechos y libertades fundamentales y promoviendo la igualdad de género, la no discriminación, la valoración de las diversidades, la participación, autonomía y cooperación” (pág. 17)

De esta manera, los niños y adolescentes son el centro del Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, son reconocidos en su carácter multidimensional, es decir, como seres biopsicosociales, inmersos en un sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y biológicas. La atención debe estar dirigida a satisfacer las diferentes necesidades de salud, nutrición, protección y educación en diversos contextos (familiar, comunitario,

institucional), de tal manera que se les brinde apoyo para su supervivencia, crecimiento, desarrollo y aprendizaje.

B.5. Enfoque de bienestar

El enfoque de bienestar permite reconocer estrategias enmarcadas en la comprensión de los diferentes procesos psicológicos (afectivos, emocionales y subjetivos) que acompañan el desarrollo de niños y adolescentes, la inclinación y escucha activa de la situación personal del estudiante, su contención psicológica - emocional en casos de vulneración de derechos (evitando procesos de re-victimización), el establecimiento de una relación de acompañamiento entre el profesional y el estudiante basado en el respeto y la comprensión mutua y la promoción de la corresponsabilidad de todos los actores de la comunidad educativa para el bienestar del estudiante.

El Modelo Nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria promueve la responsabilidad de toda la comunidad de asegurar el bienestar integral de los niños y adolescentes, como condición indispensable para su óptimo desarrollo.

2.4 Fundamentación legal del Modelo Nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria

A nivel mundial y nacional, se cuenta con un conjunto de convenios y normativas orientadas a garantizar el bienestar y la educación de niños y adolescentes en situación de enfermedad y hospitalización. Partiendo del Estado ecuatoriano, se destaca su deber en respaldar los derechos establecidos en la Constitución del Ecuador y la normativa internacional que rigen esta materia, específicamente, la educación y la salud, entre otros aspectos.

En este particular, las políticas públicas implementadas en el Ecuador en materia educativa como un componente de primordial atención, están destinadas a promover un modelo educativo en el que su objetivo central es el estudiante, su entorno cultural y social, en el que prevalecen sus derechos fundamentales, de manera tal de dar cumplimiento a lo establecido en los diferentes tratados nacionales e internacionales acerca de las políticas educativas.

A continuación se presenta la Tabla 2 contentiva con el Marco Legal del Modelo Nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria.

Tabla 2. Marco Legal- Modelo Nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria

Normativa Legal	Disposiciones
Constitución de la República del Ecuador	<p>Contempla la garantía por parte del Estado y sin discriminación alguna el efectivo disfrute de los derechos fundamentales establecidos en el texto constitucional y en los instrumentos legales y vinculantes a nivel internacional particularmente la educación, la salud y la alimentación, entre otros, acorde a lo dispuesto en su Artículo 3, Numeral 1 (Asamblea Nacional, 2008).</p> <p>Los niños y adolescentes, que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, Artículo 35 (Asamblea Nacional, 2008)</p> <p>El Estado, debe implementar medidas que garanticen a niños y adolescentes la “Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas”, Artículo 46, numeral 9 (Asamblea Nacional, 2008).</p>
Declaración Universal de los Derechos Humanos; Declaración de los Derechos del Niño,	<p>Los Artículos 24 y 28 de la Declaración de los Derechos del Niño contemplan el derecho inalienable a la salud, el acceso a servicios médicos y de rehabilitación, así como el derecho a la educación y a la educación primaria gratuita y obligatoria es responsabilidad ineludible de los Estados asegurar ambos derechos (UNICEF, Convención sobre los Derechos del Niño, 1989)</p>
Declaración de los Derechos del Niño, Niña o Joven Hospitalizado y en Tratamiento de Latinoamérica y El Caribe	<p>Todo Niño tiene “Derecho a recibir educación mientras se encuentra hospitalizado, en tratamiento ambulatorio o en situación de enfermedad, durante toda la línea de vida desde su nacimiento” Fuente especificada no válida.</p>
Ley Marco de Pedagogía Hospitalaria para América Latina y el Caribe	<p>El Artículo 1 de Esta Ley Marco contempla lo siguiente: ARTICULO 1°.- “A los alumnos del sistema educacional de enseñanza preescolar, básica o primaria, secundaria o media y de la educación especial o diferencial, que presenten patologías o condiciones médico-funcionales que requieran permanecer internados en centros especializados de salud o en lugar que el médico tratante determine o que están en tratamiento médico ambulatorio, los Estados respectivos les proporcionarán la correspondiente atención escolar en el lugar que por prescripción médica deban permanecer, la que será reconocida para efectos de continuación de estudios y certificación de acuerdo con las normas que establezca cada Ministerio de Educación o Secretaria de Educación, según sea el caso” (REDLACEH, 2015).</p>
Ley Orgánica de Educación Intercultural y su Reglamento	<p>Esta ley contempla en su Artículo 51 la Educación en contextos excepcionales, el Estado garantizará el acceso y permanencia a la educación básica y bachillerato a todas las personas que por, cualquier motivo, entre estos “enfermedades prolongadas, necesidad de protección y otras que no les permitan acudir a instituciones educativas” (LOEI, 2011).</p>

Ley Orgánica de Salud

El Reglamento de esta Ley contempla todo lo referente a las necesidades de educación especiales y aquellas circunstancias que lo ameritan

Esta ley contempla en su Artículo 3 que La salud es el “completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables” (LEY ORGANICA DE SALUD, 2012)

Normativa referente a la atención a los estudiantes con necesidades educativas especiales en establecimientos de educación ordinaria o en instituciones educativas especializadas

Mediante esta normativa se reglamentan los mecanismos del Sistema Nacional de Educación para la asistencia de ciudadanos con necesidades educativas especiales, asociadas o no a una discapacidad, en Instituciones Educativas Especializadas (IEE), establecimientos de educación escolaridad ordinaria y las Unidades de Apoyo a la Inclusión (UDAI) (SIPI, Sistema de Información sobre la primera infancia en América Latina , 2013).

Fuente: Citadas en el Texto

Elaborado por el autor de la investigación

Por su parte, en cuanto 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, Río de Janeiro, Brasil, 9 de septiembre de 2009 en la Asamblea General de REDLACEH (Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de Niños y Jóvenes Hospitalizados o en Tratamiento) donde se estipulan los siguientes derechos (Asamblea General REDLACEH, 2019).

- Derecho a percibir su educación mientras se encuentran hospitalizados, en tratamiento ambulatorio o en situación de enfermedad, durante toda su vida desde su nacimiento;
- Derecho a que los países estipulen, desarrollen y promuevan la normativa requerida para hacer efectiva la asistencia educativa, ejecutando las políticas pertinentes para tal efecto;
- Derecho a ser educados por profesionales de la educación especializados, de acuerdo a proyectos educativos que asistan sus requerimientos especiales, bajo parámetros que consideren su situación médica y de salud como los contenidos, la metodología y la evaluación;

- Derecho a recibir un servicio educativo integral, que considere la persona, su situación física, psicosocial, espiritual, familiar, afectiva, cognitiva, las condiciones artísticas, expresivas, y culturales, haciendo especial hincapié en los aspectos sanos sobre el déficit;

- Derecho a recibir educación en los establecimientos de salud, en espacios propios definidos para desarrollar actividades pedagógicas, en lugares apropiados, accesibles, correctamente implementados, que respondan a las tendencias educativas actuales;

- Derecho a recibir educación en el lugar donde se encuentre, o cuando no sea posible su traslado al Aula y/o Escuela Hospitalaria;

- Derecho a ser educados en sus domicilios por educadores capacitados cuando su mala condición de salud lo justifique;

- Derecho a que su familia le sea informada de la existencia de las Aulas y/o Escuelas Hospitalarias y Domiciliarias y de la posible continuidad de su proceso de aprendizaje;

- Derecho a mantener el contacto y pertenencia a su establecimiento educacional de origen y la factibilidad de retorno a éste una vez terminada la condición de salud presentada;

- Derecho a recibir la visita de sus compañeros de curso y del establecimiento en general, para contribuir a su pertenencia y vinculación con su espacio educativo de origen;

- Derecho a que los estudios cursados en el Aula y/o Escuela Hospitalaria o en su domicilio gocen de reconocimiento por todas las instituciones educativas y faciliten su promoción escolar;

- Derecho a que los adultos no interpongan ningún tipo de interés o conveniencia personal, bien sea de tipo político, social, religioso, económico, o de cualquier índole, que representen un obstáculo o impidan, perturben, menoscaben el legítimo acceso a la Educación durante su periodo de hospitalización o tratamiento médico.

Se evidencia que la normativa tanto nacional como internacional, tiene como finalidad brindar al niño y adolescente una educación y salud integral, a través de los distintos entes gubernamentales e internacionales vinculados, para lo cual se ha generado un conjunto de disposiciones reglamentarias que permitan regular la materia educativa y de salud, garantizando los derechos humanos y universales de estos niños en condición de enfermedad y hospitalización bien sea temporal o permanente.

2.4.1 Propósitos, objetivos y principios del Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria

El propósito del Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, es responder con amplitud y solicitud a la variedad de problemáticas de sus estudiantes, en virtud de que:

- Atiende a todos los niños y adolescentes en situación de enfermedad, hospitalización / internación, tratamiento, reposo médico prolongado y consumos problemáticos de alcohol y otras drogas.
- Aplica el Currículo Nacional, con las respectivas adecuaciones o adaptaciones curriculares.
- Evita el desfase y deserción escolar.
- Considera la reincorporación a la institución educativa de origen del estudiante y coordina el proceso de enseñanza aprendizaje.
- Evalúa aprendizajes para su certificación.
- Asegura la participación del estudiante, en el proceso de enseñanza aprendizaje, desde una mirada educativa, social y cultural.
- Favorece el desarrollo afectivo, social y comunicativo de los estudiantes.
- Disminuye la ansiedad y los miedos.
- Estimula la participación activa de las familias y redes de apoyo.
- Promueve la participación de profesionales de la salud y de la educación.

- Apoya en el desarrollo integral del estudiante.
- Mejora la calidad de vida del estudiante y su familia (Ministerio de Educación & Ministerio de Salud Pública, 2016, pág. 25).

El objetivo fundamental del Programa es asegurar el ingreso, continuidad y aprendizaje en el marco del Sistema Educativo ecuatoriano de aquellos los niños y adolescentes en condiciones de no poder asistir a sus actividades escolares de forma regular por motivos de enfermedad, hospitalización / internación, procedimientos y/o reposo médico extendido en el tiempo, recibiendo un acompañamiento académico / educativo bien colectivo o individualmente, integral y de calidad, a través de la prosecución o continuación de su proceso de enseñanza aprendizaje en un contexto de instrucción hospitalario y/o domiciliario.

Los principios que sustentan el Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria son los mismos que subyacen en la LOEI, en el Artículo 2 de la Ley in comento que son: Universalidad, Educación para el cambio, Interés superior en las niñas, niños y adolescentes, Atención prioritaria, Interaprendizaje y multiaprendizaje, Educación en valores, Enfoque de derechos, Educación para la democracia, Corresponsabilidad, Motivación, Evaluación, Flexibilidad, Equidad e inclusión, Calidad y calidez Interculturalidad y plurinacionalidad, Obligatoriedad, Gratuidad, Acceso y permanencia, Pertinencia (LOEI, 2011).

2.4.2 Actores del Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria

El Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, demanda de una coordinación a lo interno y externo entre los siguientes actores implicados en los diferentes procesos. En la Figura 1, se presenta el flujograma operativo y de coordinación del programa y posteriormente se explicarán algunas funciones y/o característica de ciertos actores de importancia.

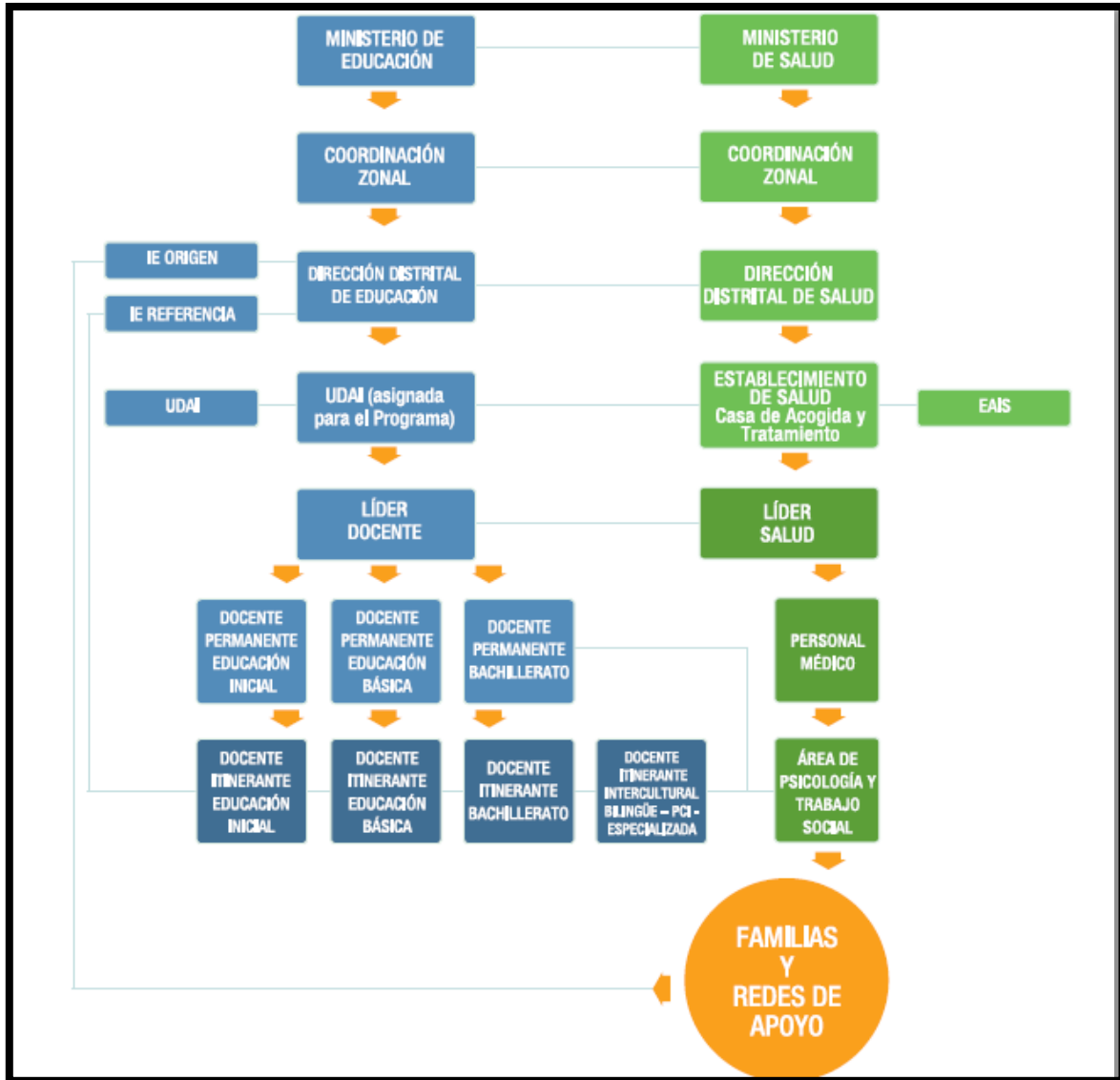


Figura 1. Actores del Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria
Fuente: (Ministerio de Educación & Ministerio de Salud Pública, 2016, pág. 42)

La rectoría, planificación, ejecución y seguimiento de las estrategias públicas nacionales y sus planes conciernen al nivel central, conjuntamente entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud Pública; las Coordinaciones Zonales precisan la planificación, ordenan las acciones de las Direcciones Distritales y ejecutan el control de los servicios; éstas a su vez, garantizan el cumplimiento y la calidad requeridas en las unidades educativas, atienden las características culturales y lingüísticas, ejecutan los trámites y suministran atención a los ciudadanos; y a nivel del circuito se encuentran las unidades educativas que cumplen con los servicios para todos en un espacio territorial definido.

Profesional de la Unidad Distrital de Apoyo a la Inclusión – UDAI: es un recurso humano conferido para el Programa a fin de coordinar las acciones necesarias para el funcionamiento apropiado del mismo, para ello se elige a un profesional de las UDAI, adyacente al centro de hospitalario de la red de salud pública o Casa de Acogida y Tratamiento.

Líder del Programa desde el ámbito educativo: A efectos de regularizar todas las actividades requeridas en el Programa, es indispensable asignar a un líder desde el ámbito educativo, este será escogido a través de un procedimiento interno, libre y democrático entre el equipo integrado por los docentes que trabajan en el centro de salud o Casa de Acogida y Tratamiento y la UDAI, el cargo será anula y de carácter rotativo.

Líder del Programa desde el ámbito de salud: Con el fin de hacer factibles todas las actividades que demanda el Programa, se designa a un líder desde el ámbito del centro de salud o Casa de Acogida y Tratamiento. Será un profesional, escogido por su máxima autoridad, y deberá corresponder al servicio de Psicología o Trabajo Social, con todo, se involucrará al personal de salud mental de cada centro de salud o Casa de Acogida y Tratamiento, para mejorar aspectos psico-pedagógicos y emocionales de los estudiantes hospitalizados.

Docentes permanentes para el Programa: El cuerpo docente permanente del Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, tiene los mismos derechos y desempeñará todos los compromisos contemplados en la LOEI y su reglamento. Su trabajo se determinará acorde a la oferta académica. El espacio para su ejercicio profesional será el centro hospitalario, o Casa de Acogida y Tratamiento al que fue asignado y cumplirá su horario de trabajo, según lo acuerde la autoridad central de educación. El equipo recomendable de docentes permanentes para la atención educativa hospitalaria, estará integrado por: i) un educador permanente especializado en Educación Inicial, lo cual no aplica para las Casas de Acogida y Tratamiento; ii) un profesor permanente formado en Educación General Básica y iii) un educador permanente para el Bachillerato General Unificado (Ministerio de Educación & Ministerio de Salud Pública, 2016).

Docentes itinerantes para el Programa: Este recurso es aquel que, aun cuando pertenece a una unidad educativa de referencia o de origen del Sistema Educativo Nacional,

se traslada en ocasiones a los centros de salud o Casa de Acogida y Tratamiento ubicados dentro del Distrito Educativo, así como a los hogares de los estudiantes con reposo médico prolongado para brindarles acompañamiento académico hospitalario y/o domiciliario a los niños y adolescentes registrados en el Programa.

2.4.3 Metodología del Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria

Es conveniente diferenciar la metodología de atención educativa utilizada en el Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, y la del contexto educativo ordinario, a estos efectos se presenta la Tabla 3 que contiene una comparación al respecto.

Tabla 3. Diferencias entre el aula ordinaria y la hospitalaria

Aula convencional	Aula Hospitalaria
Asistencia escolar obligatoria	Asistencia voluntaria
Atención grupal	Grupos heterogéneos
Grupos Fijos	Constante cambio
Programación Fija / determinada	Flexibilidad en la programación
Horario completo	Horario reducido
Mayor número de docentes	Reducido número de docentes
Muchas aulas similares	Aula hospitalaria y habitación
Actividades físicas / deportivas	Actividades condicionadas
Supone normalización	Intento de normalización
Socialización connatural	Promueve la socialización
Padres / representantes no están en la institución educativa	Presencia de padres / representantes

Fuente: (Ministerio de Educación & Ministerio de Salud Pública, 2016, pág. 75).

La metodología utilizada para asistir y acompañar académicamente a los niños y adolescentes en circunstancias de enfermedad, hospitalización / internación, tratamiento y/o en reposo médico extenso, es completa y continuada; la respuesta educativa está enfocada desde una óptica amplia, abarcando el período de permanencia del estudiante en el centro hospitalario o en el contexto domiciliario por efectos de recuperación y / o convalecencia.

La metodología educativa del programa es:

Lúdica: El ingreso a un espacio desconocido, especialmente el hospitalario, significa un significativo grado de afección emocional, pues factores el estrés, temor a lo desconocido, y principalmente la separación del hogar y entorno social habitual inciden

directamente en la vida del niño y del adolescente. A esto se suma, los escenarios de incertidumbre y la incomodidad de la aplicación de los tratamientos médicos. Estas variables, afectarán acorde al contexto, edad del alumno, el período de hospitalización / internación, el diagnóstico y la emocionalidad de los padres y del grupo familiar en su conjunto.

Ante esta realidad, es conveniente una metodología de aprendizaje lúdica con fines educativos y emocionales. En este ambiente, prácticas como arte-terapia, músico-terapia, dramas, lecturas interactivas, expresiones plásticas, facilitaran a niños y adolescentes el aprendizaje en un medio amigable y versátil, a la vez que generan espacios para la catarsis y mejoran de las relaciones interpersonales disminuyendo de forma importante las tensiones, siempre se recordará que el juego es el elemento primordial de aprendizaje para los niños en la educación.

Personalizada: Una de las características del trabajo educativo en el ambiente hospitalario es que mayoritariamente la atención didáctica se vuelve personalizada, en primera instancia, por trabajar con grupos pequeños y por la condición de salud del estudiante al no poder trasladarse al aula hospitalaria, por tanto la atención se ajusta las particularidades y requerimientos de los estudiantes, permitiéndole avanzar en los diversos contenidos del currículo oficial.

Atención múltiple a través de un Plan de Trabajo Simultáneo: Los niveles educativos atendidos en un Programa en el entorno hospitalario son variados: inicial, básica y bachillerato, igualmente se contextualiza en una diversidad de variables como tiempo de hospitalización de los niños y adolescentes, multiplicidad de patologías, distintas edades y tipos de educación, habilidades, potenciales, requerimientos específicos e intereses particulares de cada alumno. Este escenario, puntualiza una atención múltiple, que para el cuerpo académico representa un desafío, el cual puede tornarse complejo al abordar estas particularidades.

Flexible con adaptaciones curriculares: La metodología en un entorno de atención hospitalario y/o domiciliario tiene que ser flexible, ajustado al estado físico del alumno enfermo hospitalizado / internado, en tratamiento y/o reposo médico prolongado, en estas circunstancias, él constituye el centro de interés y el eje medular del currículo.

Las consecuencias de una enfermedad y/o tratamiento, pueden generar dificultades de aprendizaje, como en el caso de los niños o adolescentes con tumores cerebrales u otras patologías neurológicas. Las necesidades educativas especiales de estos estudiantes son de carácter permanente y en oportunidades muy graves. Se generan problemas sensoriales, de movilidad y motricidad, intelectuales y afectivos originados por la patología y su abordaje terapéutico. Una adaptación curricular es una táctica educativa que permite enfrentar las características de la relación estudiante/ambiente y que podrían funcionar como factores que causen una dificultad de aprendizaje.

Innovadora a través de las TIC y TAC como herramienta para el proceso educativo: Las TIC y TAC (Tecnología para la Adquisición de Conocimientos) como recursos didácticos digitales representan una herramienta eficiente que favorecen en el proceso de enseñanza aprendizaje y al desarrollo afectivo, social y comunicativo de los estudiantes. Son provechosos porque:

- Apoyan la continuidad de estudios de los estudiantes que se encuentran hospitalizados o en aislamiento, a través de la integración de tecnología y recursos educativos digitales.
- Permiten extender el vínculo social de los estudiantes hospitalizados o en aislamiento con su familia, amigos y/o compañeros, a través del uso de plataformas de comunicación en línea.
- Facilita a los docentes acercar el currículo en todos sus niveles educativos a los estudiantes en situación de enfermedad, hospitalización, tratamiento y/o reposo médico prolongado de una manera más actualizada, entretenida y muy motivadora (Ministerio de Educación & Ministerio de Salud Pública, 2016, pág. 80).

2.5 La lectura y el currículo educativo ecuatoriano

La lectura es considerada una de las experiencias más trascendentales para el desarrollo cognitivo y de la intelectualidad de un ser humano. Ella comienza a ser adquirida a edades muy tempranas y progresa perfeccionándose a lo largo de vida de las personas (Psico360, 2017).

Por tanto, la lectura constituye una de las dinámicas racionales más ejercitadas y cultivadas por los individuos, la lectura favorece la capacidad analítica, reflexiva y de concentración. Adicionalmente, la habilidad para la lectura estimula y refuerza el pensamiento creativo y crítico, evidenciando la capacidad personal de comprender el entorno y plantear opciones diversas para adecuarlo o mejorarlo (Rodríguez, Briones, Cedeño, & Ponce, 2019).

En este sentido, la lectura se concibe como la interacción lector/texto, a través de la cual el lector aspira y procura indagar y conseguir la información literal y oportuna de acuerdo a los objetivos que lo motivaron a leer. Desde esta perspectiva se pueden identificar tres componentes principales en la lectura: el lector, el texto y la intención de leer el texto. La sinergia de estos tres componentes resultará en información que permitirá disminuir el riesgo y la incertidumbre en un tema específico para adecuarse a la realidad social que vive el lector (Laco, Natale, & Ávila , 2006).

El proceso de leer está relacionado con el desarrollo de la comprensión lectora, a través del cual un texto cobra importancia y significado mediante la decodificación del mismo para el lector. La comprensión lectora se considera importante, pues mediante ella la persona es capaz de obtener la información, convertirla en conocimiento y tomar las decisiones que le favorecerán la adaptabilidad al entorno y contexto social en el cual vive. Por tanto, leer no solo implica una actividad intelectual, sino que a su vez representa un acto social (Llorens- Esteve, 2015).

Autores como Cáceres-Núñez, Donoso-González, & Guzmán-González (2012), sostienen a este respecto que:

La comprensión lectora se constituye como, una de las capacidades cognitivas de mayor importancia en el desarrollo de niñas y niños en la actualidad, ya que ésta supone la base para el aprendizaje de diversas áreas del conocimiento. En virtud de ello, constituirse como un lector competente es un desafío para las escuelas de hoy, porque la lectura es la principal fuente de enriquecimiento del lenguaje, debido a que con ésta, se construyen significados y sentidos no tan sólo de palabras, frases y oraciones, sino que la lectura trasciende a la comprensión del entorno sociocultural (pág. 12).

Ante esta perspectiva cabe aclarar que hay una significativa diferencia entre comprensión lectora y competencia lectora, por tanto, la comprensión lectora es la capacidad que tiene un lector para captar e interpretar lo que un escritor ha querido comunicar y la competencia lectora es la habilidad de un lector de aprovechar la comprensión lectora para su beneficio. En este mismo sentido, se conceptualiza a la competencia lectora como aquella “capacidad de un individuo de comprender, utilizar, reflexionar, interactuar con textos escritos para alcanzar sus objetivos, desarrollar sus conocimientos y potencial, y participar en la sociedad” (Instituto Nacional de Evaluación Educativa, OECD, & Ministerio de Educación, 2018, pág. 26).

En este mismo orden de ideas, se puede puntualizar que la lectura, es una actividad que involucra el uso de múltiples modalidades y dinámicas para interactuar con el texto. Estas varían de acuerdo al género literario y el área de conocimiento. En consecuencia, la lectura no solo obedece a las destrezas cognitivas demandadas para leer, sino a los conocimientos socioculturales obtenidos durante toda la vida que sirven como plataforma para adquirir otros nuevos. A este respecto, es preciso reconocer que la lectura no debe ser considerada como una experiencia particular, sino como dinámica social que cambia acorde al lugar y a la época. Por tanto, la lectura tiene una importancia definitiva, en virtud que los textos compartidos por las comunidades son los que labran el estilo de vida y la estructura del entorno (Rodríguez, Briones, Cedeño, & Ponce, 2019; Martínez, 2002).

En consecuencia, en la lectura, el nivel esencial o básico de destrezas lectoras está definido como el grado en el que los alumnos no solo realizan lecturas sobre textos simples, elementales, familiares y los entienden literalmente, sino que conjuntamente tienen la capacidad de demostrar, inclusive sin recibir instrucciones claras, un indiscutible potencial para relacionar distintos datos, construir conclusiones que superan la información expresada de forma clara, conectando el texto escrito con sus experiencias y competencias particulares (Instituto Nacional de Evaluación Educativa, OECD, & Ministerio de Educación, 2018).

La preocupación de los diferentes países de la región por los alcances y logros educativos en materia lectora, ha permitido la realización de investigaciones como El Tercer

Estudio Regional Comparativo y Explicativo⁷ (TERCE). Esta investigación versa sobre los alcances en el aprendizaje de 15 países latinoamericanos y fue dirigido por el Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación (LLECE). En el estudio participó Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Paraguay y Uruguay y el estado mexicano de Nuevo León. La muestra regional en el TERCE estuvo compuesta por más de 3.200 escuelas; aproximadamente 134 mil estudiantes (cerca de 67 mil por grado) en promedio, la participación fue de 250 escuelas por país y unos 9.000 estudiantes. Ecuador participó con una muestra de 4.631 estudiantes de tercer grado en el área de lectura y con 4.842 alumnos de sexto grado en la misma área (LLECE & OREALC/ UNESCO, 2013).

En el TERCE se evaluaron comparativamente los hallazgos en el aprendizaje de estudiantes de educación primaria en áreas como: Lenguaje, Matemáticas y Ciencias. Los grados seleccionados para el análisis fueron 3° y 6°. A continuación se presenta la Tabla 4 con los resultados para la región:

⁷ El Tercer Estudio Regional Comparativo y Explicativo (TERCE) del Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación (LLECE), coordinado por la OREALC/UNESCO Santiago, es la investigación más importante de logro de aprendizaje en la historia de América Latina y el Caribe. Mide logros de aprendizaje en matemática, lenguaje (lectura y escritura) y ciencias naturales en tercer y sexto grado de primaria e incluye, un estudio sobre variables relacionadas a estos logros.

Tabla 4. Distribución de países en comparación con la media regional - Resultado del TERCE en materia de Lectura

Área	Grados	Por debajo de la media regional	Igual que la media regional	Por sobre la media regional
Lectura	3°	Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay República Dominicana	Argentina, Brasil, Colombia Ecuador	Chile, Costa Rica, México, Perú, Uruguay y el estado mexicano de Nuevo León
Lectura	6°	Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay República Dominicana	Argentina y Perú	Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Uruguay y el estado mexicano de Nuevo León

Fuente: (OREALC/UNESCO , 2015)

En el área de lectura, el estudio evaluó solamente dos ejes temáticos: i) Comprensión de textos: lectura de textos continuos y discontinuos, desde los cuales se efectuó un trabajo intratextual o intertextual y ii) Metalingüístico y teórico: dominio de conceptos de lengua y literatura, implicando centralizarse en el lenguaje a través del conocimiento de sus términos, para reconocer y distinguir propiedades de los textos y sus unidades (OREALC/UNESCO , 2015).

A nivel de procesos cognitivos, las evaluaciones de lectura fueron diseñadas considerando de tres niveles de interpretación textual:

- Comprensión literal: destrezas asociadas al reconocimiento, en otras palabras, identificar elementos manifiestos del texto y ubicación de información en fragmentos determinados de este.
- Comprensión inferencial: destrezas asociadas, por un lado, a la comprensión, en otras palabras, relacionar la información presente en diversas sucesiones del texto; y por otro lado, destrezas referidas al análisis, es decir, fragmentar la información en sus elementos constitutivos y determinar cómo se relacionan entre sí y con la intención y la organización del texto.

- Comprensión crítica: destrezas vinculadas a evaluar, en otras palabras, calificar la perspectiva del escritor del texto y diferenciarlo de otros y con el mismo texto.

Los hallazgos en materia de lectura en tercer grado evidencian que el 61% de los estudiantes latinoamericanos se ubica en los niveles de desempeño I y II. Los resultados del aprendizaje en esta circunstancia están relacionados con la comprensión de textos con los cuales están ampliamente familiarizados, donde la asignación principal es distinguir información clara y manifiesta; por tanto, el reto principal es aumentar la comprensión hacia otros textos menos conocidos y donde el alumno pueda constituir relaciones, descifrar y deducir significados.

Los hallazgos de lectura a nivel de sexto grado evidencian que el 70% de los alumnos de la región se ubica en los grados de desempeño I y II. Los resultados del aprendizaje en este entorno están relacionados con la comprensión de textos en base a claves claras y entendidas, lo cual favorece inferir sobre el sentido de los textos y sus fines comunicativos. Como reto surge la necesidad de fortalecer en los niños y niñas la capacidad interpretativa de las expresiones de lenguaje figurado y reforzar el conocimiento de los elementos del lenguaje y sus funciones (OREALC/UNESCO , 2015).

Los resultados del TERCE evidencian que gran parte de los estudiantes de tercer y sexto grado de la región de Latinoamérica no logran alcanzar un nivel óptimo y proficiente en el área de lectura en su educación primaria, lo cual evidentemente incide en los hábitos, comprensión y capacidad lectora en su etapa secundaria y universitaria. En Ecuador, la realidad no se diferencia mucho de la situación de los demás países de la región. De acuerdo al informe TERCE en cuanto al comportamiento escolar con respecto a la lectura, el país se ubica por debajo de la media regional (700 puntos) al totalizar 698 puntos en el tercer grado y 683 en el sexto grado. Estos resultados ubican a Ecuador por debajo de países como Chile, Costa Rica, Argentina y Brasil.

Un estudio efectuado en el mes de Octubre del 2017, sobre diversos aspectos educativos ecuatorianos, incluyó la comprensión lectora de estudiantes de 15 año, adelantado por el Instituto Nacional de Evaluación Educativa (INEVAL), con la dirección y apoyo del Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos, PISA (Programme for International

Student Assessment, por sus siglas en inglés), metodología formulada y propiedad de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). En este estudio participaron 6.100 estudiantes pertenecientes a 173 unidades educativas en representación de 213.000 estudiantes ecuatorianos de 15 años de edad. Estos alumnos presentaron una evaluación de dos horas donde se incluyó la lectura.

Un resumen de los resultados del estudio PISA, evidencia que en el Ecuador el 49% de los alumnos evaluados logró el nivel mínimo de competencia en la lectura. Las niñas obtuvieron 8 puntos sobre el rendimiento de los niños. Los alumnos del sector urbano de la población superan en lectura por 19 puntos a los estudiantes provenientes de las áreas rurales (Instituto Nacional de Evaluación Educativa, OECD, & Ministerio de Educación, 2018).

Estos datos pueden indicar que la competencia mínima en lectura está por debajo del 50% en el país, sin embargo es oportuno comparar esta información con otros países de la región y del mundo con similares realidades o comportamientos socioeducativos. A continuación se presenta la Tabla 5 a efectos comparativos para poder inferir con mayor precisión sobre el área de lectura en el país. En la mencionada Tabla podrá evidenciarse que Ecuador en materia de comprensión lectora se ubica por encima del promedio de la región de América Latina y El Caribe 409 puntos Versus 406 puntos, sin embargo se demuestra que está muy por debajo del promedio de la OCDE 493 puntos Versus 406 puntos. Algo que se observa con claridad en la Tabla es que Ecuador está muy por debajo en el dominio de la lectura de otros países de la región como Colombia, Costa Rica, México, Uruguay y Chile, no obstante, supera a otros como Paraguay, República Dominicana, Guatemala, Honduras y Brasil.

Tabla 5. Desempeño en Ciencias, Lectura y Matemáticas

	Ciencias	Lectura	Matemáticas	Ciencias, Lectura y Matemáticas	
				Porcentaje de estudiantes con un promedio alto en por lo menos un campo (Niveles 3, 4, 5 y 6)	Porcentaje de estudiantes que no alcanzaron el nivel 2 en ningún campo
Zambia	309	275	258	0,8	92,7
Senegal	309	306	304	3,5	85,8
Promedio PISA-D	349	346	324	8,1	72,2
Camboya	330	321	325	1,6	85,8
Paraguay	358	370	326	10,6	64,6
República Dominicana	332	358	328	8,8	70,7
Guatemala	365	369	334	8,0	67,1
Honduras	370	371	343	9,3	65,3
Brasil	401	407	377	28,4	44,1
Ecuador	399	409	377	22,6	44,0
Promedio ALC	398	406	379	25,3	45,7
Perú	397	398	387	23,3	46,7
Colombia	416	425	390	30,8	38,2
Costa Rica	420	427	400	29,5	33,0
México	416	423	408	30,1	33,8
Uruguay	435	437	418	40,1	30,8
Chile	447	459	423	47,0	23,3
España	493	496	486	68,6	10,3
Promedio OCDE	493	493	490	66,7	13,0

Fuente: OCDE, 2017a.
Realización: Ineval, 2018.

Fuente: (Instituto Nacional de Evaluación Educativa, OECD, & Ministerio de Educación, 2018, pág. 40)

Esta realidad también puede evidenciarse en estudios, no tan recientes, pero que constituyen, por lo menos, un avance nacional para intentar diagnosticar la realidad de la vocación lectura nacional, lo cual es una evidencia palpable de posibles esfuerzos nacionales para incentivarla, mejorarla y generar una cultura donde la lectura sea parte de una nueva realidad para la comprensión social y cultural que va de la mano con la interpretación de un modelo de desarrollo nacional inclusivo y que incremente el Buen Vivir del ciudadano ecuatoriano.

Los estudios que se mencionan a continuación fueron adelantados en el mes de octubre del año 2012 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC). El estudio incluyó a personas mayores de 16 años, en cinco ciudades a nivel urbano: Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala, y Ambato. Los resultados más relevantes fueron:

- El 27% de los ciudadanos ecuatorianos no tienen hábitos de lectura
- El 56% de las personas que no tienen hábitos de lectura lo hacen por falta de interés, y el 31,7% por falta de tiempo.
- 50,3% de los ciudadanos ecuatorianos leen en promedio de 1 a 2 horas a la semana, el 13,5% lo hace en promedio de 3 a 4 horas.

- El grupo etario de ecuatorianos de 16 a 24 años de edad, son el que presenta mayor porcentaje en la lectura (83%); el 62% de las personas que superan los 65 años de edad son los que leen menos.
- Los habitantes de Guayaquil y los de Ambato son los que poseen mayormente el hábito de leer, mientras que los residentes de Cuenca son los de menor índice lector (68%).
- El 33% de los jóvenes ecuatorianos que leen lo hacen por compromisos netamente académicos; mientras el 32% lo hace por enterarse sobre cierto tema. Generalmente, ningún grupo etario evaluado en el estudio lee por placer, entretenimiento o desarrollo personal (INEC, 2012).

2.6 La lectura y el currículo educativo ecuatoriano

De acuerdo al Ministerio de Educación del Ecuador (2016), el Currículo representa la esencia del plan educativo que los miembros de un país conciben para la promoción del desarrollo y la socialización de sus actuales y futuras generaciones, en el cual se plantean en mayor o menor grado los objetivos educativos de la nación. Él recoge las normas de acción para proceder y convertir en una realidad palpable estos objetivos y verificar efectivamente su alcance.

A manera de reforzar el concepto del Ministerio de Educación, investigadores como Delgado-Cedeño, Vera-Vera, Cruz-Mendoza, & Pico-Mieles (2018), sostienen que el Currículo Educativo es un instrumento de planificación, organización y programación que permite el desarrollo de ofertas académicas, proyectos y planes de estudio que favorecen el cumplimiento de las perspectivas socio-culturales de una nación propuestas con relación al ciudadano que se aspira para acometer el desarrollo del país.

Para autores como Stabback (2016), la finalidad primordial de un Currículo educativo con altos estándares de calidad es facultar a los alumnos, de forma íntegra, equitativa e inclusiva, para la adquisición y desarrollo de saberes, competencias, potenciales, destrezas y valores, para el disfrute de una vida plena, productiva con propósito y llena de significado. Los currículos contienen los indicadores fundamentales de la calidad para valorar los éxitos alcanzados por los educandos, de cómo positivamente gestionan el

aprendizaje para su aprovechamiento individual, social, físico, cognitivo, moral y psicoemocional.

El Currículo abarca diversas magnitudes del aprendizaje: i) las relacionadas con su justificación, objetivos, contenido programático, procesos, recursos, lapsos de tiempo, evaluación, entre otras; ii) las referidas a diferentes niveles de planificación y toma de decisiones sobre el aprendizaje o, iii) a nivel particular/individual, del aula de clase, local, regional, nacional o global, referente a las diversas representaciones del aprendizaje

De esta manera, el Currículo puede concebirse como todo lo que los niños aprenden en su colegio, incluso lo aprendido en las actividades en el aula de clase; en trabajos multidisciplinarios; en el momento de recreo; en actividades cívicas e inclusive a la hora de comer. Este agregado curricular implica además las ocasiones de alcanzar mayores logros a través de actividades deportivas, musicales y la discusión de ideas, etc.

Por tanto, el Currículo debe ser muy sólido, apropiadamente fundamentado, técnico, vinculado y apropiado a los requerimientos de aprendizaje de la sociedad y debe conjuntamente contar con los recursos que garanticen los requisitos mínimos necesarios para el sustento de la continuidad y la vinculación en la concreción de los planes educativos garantizando los procesos de enseñanza y aprendizaje en un marco de calidad.

Para el Ministerio de Educación del Ecuador (2016), las funciones del currículo son:

por una parte, informar a los docentes sobre qué se quiere conseguir y proporcionarles pautas de acción y orientaciones sobre cómo conseguirlo y, por otra, constituir un referente para la rendición de cuentas del sistema educativo y para las evaluaciones de la calidad del sistema, entendidas como su capacidad para alcanzar efectivamente las intenciones educativas fijadas (pág. 1).

La UNESCO mediante un esfuerzo de una de sus instancias como la Oficina Internacional de Educación (OIE) ha generado una lista de criterios basados en interrogantes para igualmente para responder a la siguiente pregunta “¿qué hace un Currículo Educativo de óptima calidad? A continuación, se citan textualmente estas interrogantes de la OIE/UNESCO:

- ¿Hay objetivos claros para el currículo?
- ¿Está actualizado el currículo?
- ¿Es pertinente para las vidas, experiencias, entornos y aspiraciones presentes y futuros de los estudiantes?
- ¿Crea un futuro próspero desde el punto de vista social y económico respetando al mismo tiempo el pasado, la historia y las tradiciones culturales del país?
- ¿Es el currículo equitativo e inclusivo (es decir, tiene en cuenta la diversidad de los alumnos y de sus necesidades, atiende a los grupos marginados, evita prejuicios)?
- ¿Está el currículo centrado en el alumno y está adaptado a él (es decir, tiene en cuenta las necesidades de los alumnos, evita los sesgos y la discriminación, está bien sincronizado con respecto a la edad de los alumnos, contribuye al desarrollo personal y la preparación para la vida, tiene sentido, es significativo para los alumnos, evita sobrecargar a los alumnos)?
- ¿Es el currículo abierto y flexible, a fin de poder abordar los nuevos problemas y oportunidades mediante la integración de cuestiones nuevas o emergentes?
- ¿Es el currículo coherente y uniforme en todos los diferentes grados, etapas y tramos educativos y en las áreas de aprendizaje o asignaturas? (Stabback, 2016, pág. 11).

La totalidad de estos criterios planteados en las interrogantes anteriores están incluidos en cuatro importantes áreas o categorías: i) el desarrollo del Currículo ii) el Currículo propiamente dicho; iii) la implementación del Currículo y iv) la evaluación del Currículo.

A continuación, se presenta la Tabla 6 donde se resumen de los criterios de las categorías:

Tabla 6. Resumen de los criterios de las categorías

Categoría	Descripción
<p>Desarrollo del Currículo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planificado y sistemático: El desarrollo del Currículo debe derivarse de un proceso claro y público, adecuadamente gestionado y centrado en la visión curricular, efectuar actividades de desarrollo curricular efectivas y respetar los presupuestos y plazos • Inclusivo y consultivo: Durante el desarrollo del Currículo debe considerarse la participación y opinión de todos los actores y gestores como los padres, representantes, docentes, las instituciones educativas, gobiernos, las comunidades y sector empleador. • Liderado por profesionales del currículo: El desarrollo curricular es un área muy especializada de la educación y los procesos para desarrollar el Currículo deben ser liderados y gestionados por profesionales con experiencia y calificación para hacerlo. • De carácter cíclico: El desarrollo curricular es un proceso sostenido y permanente, pues el Currículo tiene que responder continuamente al cambio para mantenerse actualizado en un mundo donde los conocimientos cambian e incrementan rápidamente, las TIC amplían constantemente el acceso a la información y, por tanto, las capacidades que requieren los estudiantes están en persistente progreso o se están concibiendo cotidianamente. • Sostenible: el desarrollo curricular es dinámico y constante, y los sistemas educativos deben garantizar el liderazgo, los recursos y los saberes especializados para su evaluación y mejora periódicamente.
<p>El propio currículo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valora a cada niña y cada niño y sostiene que cada niño es igual de importante, lo cual implica la aceptación de los principios de igualdad y equidad. • Está compuesto de contenido programático de elevada calidad, pertinente y adecuado, actualizado, equilibrado, contribuye al desarrollo de competencias, adaptadamente exigente, adecuadamente gradual y progresivo, equilibrado e integrado • Debidamente organizado y estructurado, explícitamente documentado, y comprende una serie de elementos interrelacionados expresados en documentos coherentes y homogéneos • Fundamentado en un conjunto de hipótesis sobre la forma en que los niños aprenden
<p>Implementación del currículo</p>	<p>La implementación de un Currículo genera expectativas claras en: los estudiantes, el cuerpo docente, las escuelas / los ambientes de aprendizaje, los padres y representante, el personal directivo escolar y resto de la comunidad educativa y los sistemas educativos y las autoridades.</p>

Evaluación del Currículo	<p>El Currículo debe evaluarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistemática y planificadamente, en otras palabras, basado en un propósito y alcance visiblemente definidos, a diferentes niveles del sistema educativo: el aula de clases el colegio, a nivel local o nacional manejando datos autorizados y fehacientes, en un marco de calidad; • Periódicamente; • Por individuos formalmente calificados y experimentados.
---------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Elaboración propia con información contenida en (Stabback, 2016).

La importancia que ha cobrado el currículo en el país, especialmente para adecuar a los ciudadanos que se requieren, ha permitido en el pasado reciente unas modificaciones al Currículo Educativo para los diferentes niveles de Educación Básica (Elemental, Media y Superior). Estas reformas fueron realizadas en 2016 y posteriormente en 2018 y convenidas en los ACUERDO MINISTERIAL No. MINEDUC-ME-2016-00020-A de 17 de febrero de 2016 y ACUERDO MINISTERIAL Nro. MINEDUC-MINEDUC-2018-00089-A, respectivamente.

En el último Acuerdo Ministerial 2018-00089-A, de fecha 18 de Septiembre de 2018, el Currículo quedó reformado como se presenta en la Tabla 7.

Tabla 7. Plan de estudios para Educación General Básica

Subniveles de Básica		Elemental	Media	Superior
Áreas	Asignaturas	Horas pedagógicas por grado	Horas pedagógicas por grado	Horas pedagógicas por grado
Lengua y Literatura	Lengua y Literatura	10	8	6
Matemática	Matemática	8	7	6
Ciencias Sociales	Estudios Sociales	2	3	4
Ciencias Naturales	Ciencias Naturales	3	5	4
Educación Cultural y Artística	Educación Cultural y Artística	2	2	2
Educación Física	Educación Física	5	5	5
Lengua Extranjera	Inglés	3	3	5
Proyectos Escolares		1	1	2
Desarrollo Humano Integral		1	1	1
Horas pedagógicas totales		35	35	35

Fuente: (Ministerio de Educación, 2018).

Al observar la carga horaria por áreas de conocimiento, se evidencia claramente que el área de Lengua y Literatura, para todos los niveles de la Educación Básica es la que posee una mayor participación en las horas pedagógicas por grado para los niveles Elemental y Media y para el nivel Superior se equipara con el área de Matemáticas presentando la mayor carga horaria pedagógica por grado.

El Currículo de Educación Básica por niveles para el área de lectura, tiene dentro de sus objetivos de aprendizaje, que los alumnos desarrollen y empleen habilidades de comprensión para comprender los mensajes de los diferentes tipos de textos. Conjuntamente, plantea al cuerpo docente la trascendencia y significación de formar personas interesadas por la lectura, que a través de ella puedan satisfacer su necesidad de información y entretenimiento (Ministerio de Educación, 2016)

Para los alumnos del subnivel de Educación Básica Elemental, el aprendizaje de la lectura mecánica es elemental. Al término del cuarto año de educación básica, los alumnos estarán en capacidad de leer fluidamente en voz alta vocalizando apropiadamente cada palabra en circunstancias significativas de aprendizaje. También, deberá leer silenciosa e

individualmente en ambientes recreativos, informativos y de estudio (Ministerio de Educación b, 2016).

No obstante, la lectura mecánica debe favorecer que el alumno entienda los textos que lee, por lo que el Ministerio de Educación plantea cinco competencias que al alumno le corresponderá alcanzar para adquirir lo anteriormente mencionado. Cada competencia incluye diferentes contenidos, que corresponden a las dos primeras fases del proceso de lectura. Para la pre-lectura, los niños dominarán la lectura de textos y establecer el objetivo de la lectura. Para sucesivos momentos, es preciso implementar estrategias para entender significados de palabras como la derivación y la sinonimia; igualmente, se emplean los conocimientos lingüísticos, se establecen relaciones de similitud y diferencia y el reconocimiento de contextos espacio-temporales. Para la última fase, el de la post-lectura, se plantea comenzar el paso de establecer juicios de valor sobre la información de los textos leídos para aprender a ubicar fuentes seguras en un futuro (Ministerio de Educación b, 2016).

En el subnivel de Educación Básica Media, los alumnos deben desarrollar la capacidad de interpretar y entender las estructuras fundamentales de distintas clases de textos y sus objetivos, igualmente, les corresponderá la lectura de diferentes escritos para satisfacer sus requerimientos recreativos e informativos. Por tal razón, para este subnivel se pretende que alcancen la independencia en la implementación de habilidades cognitivas al momento de

Por esa razón, para este subnivel educativo se proponen destrezas que permitan alcanzar la autonomía en la aplicación de estrategias cognitivas al momento de interpretar textos para autorregular este nivel de aprendizaje. Asimismo, los alumnos estarán en la capacidad de elegir fuentes documentales tanto en textos o recursos físicos como digitales o electrónicos basados en razonamientos de confiabilidad y seguridad que proveerán la elección de información convincente, lo que a posteriori los transformará en lectores efectivos (Ministerio de Educación C, 2016).

Siguiendo este orden de ideas, para el subnivel educativo de Educación Básica Superior, el Ministerio de Educación ha propuesto que el estudiante alcance habilidades para la comprensión inferencial y crítica de los textos tanto literarios como no literarios. Las habilidades que incumben al ámbito de la comprensión inferencial son aquellas

vinculadas a la extracción de contenidos sobreentendidos en los textos, inicialmente persiguiendo razonamientos de relación ya determinados y después confeccionando sus criterios personales mediante inferencias/deducciones efectuadas sobre el tema, las explicaciones y la perspectiva del autor. Conjuntamente, en este subnivel se fortalecen las habilidades logradas en subniveles anteriores relacionadas a la comprensión literal de textos (Ministerio de Educación D, 2016).

En otro sentido, a efectos de la comprensión crítica de los textos, a los alumnos les corresponderá alcanzar el dominio para formular y generar los criterios críticos-valorativos relativos a las distintas posiciones y actitudes que podrían concurrir sobre un mismo contenido temático en diversos textos. Otra habilidad a alcanzar es la ubicación, caracterización e identificación de fuentes documentales de información rigurosa y segura acorde a la estructura y claridad de la información (Ministerio de Educación D, 2016).

La lectura y su importancia para el desarrollo cognitivo, social, cultural y científico de la Nación, ha generado una inquietud nacional, no solo por los resultados de los estudios citados con anterioridad en la presente investigación, los cambios curriculares efectuados recientemente en el país, sino que en opinión del Dr. Raúl Pérez Torres, Ministro de Cultura y Patrimonio, el país debe

Formar lectores, gestores culturales, maestros, con conciencia crítica, trabajadores de la cultura, líderes en sus ambientes socio-organizativos. Insurgentes de la palabra y de la vida, que le ganen espacio a la mediocridad y al mercantilismo. Cultura de resistencia. No educar para tener, sino educar para ser. La cultura sirve para potenciar la salud emocional de los pueblos, su identidad y su autoestima. No será productiva esa nueva aristocracia de los títulos, de las maestrías, sino enriquecemos el corazón del ser humano. Estudiar sí, leer sí, para mejorar la vida (Ministerio de Cultura y Patrimonio, IFAIC, & Ministerio de Educación, 2017, pág. 3).

Esta importante reflexión surge en el marco de la presentación por parte del Gobierno Nacional del Ecuador del Plan Nacional de Promoción del Libro y la Lectura José de la Cuadra. Este importante esfuerzo nacional se concibe como una estrategia política educativa nacional liderada desde el Gobierno Nacional del Ecuador por el Ministerio de

Cultura y Patrimonio, como ente rector, a través del IFAIC (Instituto de Fomento a las Artes, Innovación y Creatividad), con la importante colaboración y/o articulación de importantes entes del Estado como el Ministerio de Educación y el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, como coordinador sectorial.

Igualmente en este esfuerzo participan sinérgica y activamente toda la institucionalidad nacional representada por las siguientes instancias gubernamentales: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, el Ministerio de Turismo, el Ministerio de Defensa Nacional, la Secretaría Nacional de Comunicación, la Secretaría de Educación Superior, Ciencia Tecnología e Innovación, el Plan Toda Una Vida, el Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, los Gobiernos Autónomos Descentralizados, la Cámara Ecuatoriana del Libro y las universidades públicas de las Artes (UArtes) y de Educación (UNAE), así como varias iniciativas del sector privado y autónomas asociados al sector del libro y la lectura (Ministerio de Cultura y Patrimonio, IFAIC, & Ministerio de Educación, 2017).

El Plan Nacional de Promoción del Libro y la Lectura José de la Cuadra ha calificado a los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GADs) como los entes destinados y convocados para gestionar en sus territorios la promoción del libro y la lectura, así como asumir las decisiones necesarias para optimizar las escenarios y condiciones para el acceso al libro, considerando las características de sus territorios y los diferentes grupos etario que coexisten en ellos, sus oralidades, tradiciones, no dejando de considerar las nuevas tecnologías y otros aspectos que inciden sobre la lectura.

El Plan Nacional de Promoción del Libro y la Lectura fue creado con todos los aspectos relacionados concernientes a su ejecución y puesta en marcha en el marco jurídico de la Ley Orgánica de Cultura (LOC-2016), divulgada en el Suplemento Sexto del Registro Oficial N° 913, del 30 de diciembre de 2016, posteriormente, en el Artículo 1° del Acuerdo Ministerial Nro. 026, de fecha 10 de julio de 2017, emitido por el Ministro de Cultura y Patrimonio, se establece y contempla “Declárese al Plan Nacional de Promoción del Libro y la Lectura como proyecto prioritario para el Ministerio de Cultura y Patrimonio con ejecución presupuestaria plurianual” (Ministerio de Cultura y Patrimonio, IFAIC, & Ministerio de Educación, 2017, págs. 9-10).

Esta importante iniciativa para la promoción de la lectura recoge las preocupaciones del Gobierno Nacional del Ecuador respecto al comportamiento lector del ciudadano promedio del país. Estas inquietudes son comentadas en el texto escrito que sustenta al Plan, en tal sentido se señalan los resultados del INEC del año 2012, comentado con anterioridad, en este estudio donde se presentan los resultados de la conducta lectora del ecuatoriano del sector urbano de las 5 principales ciudades del país. Asimismo, se comentan los resultados del estudio TERCE igualmente presentados con anterioridad. Sin embargo presentan un novedoso estudio adelantado por KIM TGI Ola 2016 X media, que demuestra, por ejemplo, que en la ciudad de Quito solo tienen hábito de lectura el 4% de la población, especialmente los grupos etarios comprendidos entre las edades de 18 a 24 años por aspectos temáticos exclusivamente del área universitaria, e igualmente el grupo con edades comprendidas entre 35 a 44 años quienes lo hacen por iniciativa personal (Ministerio de Cultura y Patrimonio, IFAIC, & Ministerio de Educación, 2017)

El Plan ante esta perspectiva, manifiesta la urgente necesidad de elaborar nuevas investigaciones al respecto que presenten la actual verdadera realidad nacional con todo el instrumental de la ciencia estadística para valorar el comportamiento lector del ciudadano ecuatoriano. De la misma manera sostiene la urgencia de adelantar estudios de investigación de corte cualitativo que consideren el desarrollo tecnológico reciente, especialmente en TIC, pues estima e intuye que estos avances han aumentado el grado de lectura de importantes sectores de la población a través del contenido de las redes sociales y otros soportes distintos al texto (libro) convencional. De la misma manera enfatiza, particularmente en las manifestaciones urbanas permeadas por recientes modos de lectura basadas en las tecnologías informativas que generan narrativas transmedias, novedosos flujos informativos y redes interconectadas y abiertas que comparten significados para los usuarios.

El Plan Nacional de Promoción del Libro y la Lectura José de la Cuadra contempla a la lectura como una experiencia tanto particular como colectiva, a través de la cual los individuos adquieren competencias y facultades para la interpretación del contexto donde se desarrollan, aparte de generar sentidos y valores. Por tanto, en el Plan no solo se leen textos escritos, sino de igual forma material audiovisual sobre experiencias, historias, espacios, territorios y películas. La lectura abre la perspectiva de establecer asociaciones y razonamientos críticos sobre diferentes circunstancias.

Este Plan plantea que la lectura debe ser una práctica, habitual y sostenida, que proporcione el acceso al conocimiento y la información, al mismo tiempo que optimiza e incrementa la capacidad de reflexionar y promover los valores característicos de una sociedad orientada a impulsar y fomentar ciudadanos que procedan en la defensa de una sociedad libre y justa, lo cual no se divorcia del disfrute lúdico que genera la lectura.

El Gobierno Nacional a través de esta alternativa, reconoce el rol de las Bibliotecas Nacionales en el insuficiente comportamiento lector del ciudadano ecuatoriano. Considera que las Bibliotecas no han cumplido con su papel de transformarse y llegar a ser un espacio amigable para fomentar el comportamiento lector de los ciudadanos, sino que se convirtieron en instituciones depositarias de textos escritos, en espacios para la aplicación de medidas disciplinarias a estudiantes o simplemente lugares informativos muy puntuales donde ubicar datos para el cumplimiento de tareas escolares. Las Bibliotecas Nacionales se convirtieron en lugares subestimados y poco estimados por las instituciones educativas, esto ha generado un pausado y sostenido proceso de obsolescencia

En este mismo orden de ideas, en Ecuador, se evidenció la escasa integración de las Bibliotecas a las localidades, barrios o parroquias y en el caso de las Bibliotecas Públicas a las comunidades educativas, alumnos, maestros y padres de familia, situación similar sucede con las Bibliotecas escolares y universitarias. Otro componente de este escenario lo constituye es la desactualización de las colecciones y textos de consulta derivada de la insuficiencia en la asignación de recursos para subsanar esta situación, lo mismo sucede con la poca profesionalización, capacitación y formación continua del personal que labora en estas instituciones. También la infraestructura física ha jugado un papel en este contexto desfavorable para el comportamiento lector. Los espacios y mobiliarios disponibles para atender a los usuarios, ni son amigables, atractivos y funcionales, lo cual incide en la desmotivación de los potenciales usuarios para acudir a ellas y disfrutar un tiempo agradable para leer.

Como corolario, el Plan reconoce las limitaciones de la actualización de los espacios bibliotecarios del país para acceder a la consulta electrónica en línea, así como la asistencia apropiada a los usuarios en el marco de la interculturalidad, de la misma forma, se admite que la dinámica actual de las Bibliotecas tienden a ser generalizadas, con recursos materiales

muy poco diferenciado para animar a la lectura y no se consideran los potenciales intereses de los diferentes grupos de edad de los usuarios (Ministerio de Cultura y Patrimonio, IFAIC, & Ministerio de Educación, 2017).

Ante esta situación diagnóstica, en fecha 11 de febrero de 2014, a través de la emisión del Acuerdo Ministerial 23-14, el Despacho de la Cartera de Educación del país, ordenó la eliminación del Sistema Nacional de Bibliotecas (SINAB) fundado en 1987. Esta medida dispuso que parte de la Bibliotecas comunitarias fuesen asumidas para su gestión por el sistema educativo; otras (cerca de 300) fuesen administradas por los Gobiernos Autónomos Descentralizados tanto municipales como cantonales. Esta medida se considera temporal hasta que se solucione la logística más ajustada para tales efectos. Entretanto, se hace forzoso concebir una Red Nacional de Bibliotecas del Ecuador que reasuma y mejore la gestión del antiguo SINAB, y que paralelamente integre coordinadamente apuesta en marcha de las Bibliotecas tanto del sector público como del privado de todo el país.

2.7 Las Competencias Lectoras y su desarrollo

Partiendo de qué se entiende por competencia, se considera lo que expresan Aguilar y Cepeda (2005, pág. 16) “un sistema de acción complejo que abarca las habilidades intelectuales, las actitudes y otros elementos no cognitivos, como motivación, valores y emociones, que son adquiridos y desarrollados por los individuos a lo largo de su vida y son indispensables para participar eficazmente en diferentes contextos sociales”. Lo cual evidencia la importancia de alcanzar capacidades para hacer frente a diversas circunstancias de la vida.

Cuando nos referimos a competencia lectora hacemos énfasis en la finalidad de la lectura, a través de competencias definidas según PISA (2015) que mide el rendimiento estudiantil en la lectura, señala que la “competencia lectora es comprender, utilizar, reflexionar y comprometerse con textos escritos para alcanzar los propios objetivos, desarrollar el conocimiento y potencial personales y participar en la sociedad” (OCDE, 2005, pág. 9). En esta definición se abarcan aspectos como la cognición al referirse a la comprensión y la reflexión, pero al mismo tiempo se ocupa del sentido de la lectura que se orienta al logro de objetivos en el ámbito personal y/o social.

En este sentido, la competencia lectora brinda al educando la posibilidad de desarrollar habilidades, capacidades y aptitudes que integrará para poder dar solución a situaciones de la vida cotidiana, por lo tanto, las competencias aplicadas a la lectura de acuerdo con PISA tienen que ver con la habilidad para distinguir ideas y argumentos en el texto, y con la destreza para identificar problemas y diferentes planteamientos. Así mismo, la competencia lectora de acuerdo con el comité de expertos de la OCDE, es la habilidad que posee el individuo para comprender, emplear y analizar acerca del texto con la finalidad de lograr metas personales, incrementar sus conocimientos y habilidades, a la vez que participa en la sociedad.

En relación a las competencias cognitivas vinculadas al texto, se hace referencia a la habilidad para adquirir información, para deducir nuevas informaciones, para vincular los contenidos leídos con otros y efectuar un análisis resultante de ello. En definitiva, se trata de la destreza de adquirir información, reflexionar sobre ella, producir nueva información a partir de la lectura, que sea útil para su vida cotidiana.

Además, la competencia lectora forma parte del contexto académico, asociada a capacidades prácticas que le proporcionan al individuo herramientas para el desenvolvimiento eficiente en la sociedad. De acuerdo con lo que establece Solé (2012) se articula con el proyecto personal del individuo, con repercusiones en su desarrollo e inclusión social. Proveyendo un sentido principalmente práctico a la lectura; en este caso se hace referencia a una lectura en contexto, que permite dar solución a alguna problemática que concierne al lector.

En consecuencia, la competencia lectora es fundamental en el aprendizaje significativo⁸, formando a un individuo autónomo, con capacidad de extraer información importante del texto, aumentar sus conocimientos, hacer uso de las competencias lingüísticas, y poder desarrollar una comunicación de alto nivel de complejidad. Pero adicionalmente, efectuar una lectura de forma competitiva involucra un conjunto de pasos que se deben seguir para alcanzar las competencias previstas.

⁸ El aprendizaje significativo acorde a lo planteado por David Ausubel, es un tipo de aprendizaje en que un estudiante asocia la información nueva con la que ya posee anteriormente; reajustando y reconstruyendo ambas informaciones en este proceso.

Por consiguiente, se considera a la lectura como un proceso complejo que se desarrolla de forma personal, y que permite evaluar el contenido de lo que se lee, analizar el contenido del texto leído para destacar las partes importantes y poder comparar los conocimientos previos con los adquiridos recientemente. Por lo tanto, la lectura es importante para la Subsecretaría de Educación Media Superior (2009):

- Fortalecer la habilidad de atención, observación, y de concentración.
- Facilita el progreso, desarrollo y perfeccionamiento del lenguaje.
- incrementa la expresión oral y escrita haciendo el lenguaje mucho más fluido. Acrecentando el vocabulario y mejorando la ortografía.
- Ayuda a la capacidad de exponer los pensamientos propios.
- Incrementa los horizontes del individuo.
- Estimula y satisface la curiosidad intelectual y científica.
- Aumenta la capacidad emitir juicio, y de análisis.

En este ámbito, encontramos como propósito de la lectura a la comprensión del sentido del texto para alcanzar una correspondiente interpretación, y su respectiva competencia en la interpretación del texto, lo que significa desarrollar habilidades para encontrar un sentido general del mismo; pudiéndole dar diversos significados, se extraen nuevos significados a partir de lo leído y generar significados propios sobre éste; a través del aprendizaje significativa.

Se entiende entonces, que la lectura está inmersa en el desarrollo del individuo, se considera a fin a la actividad académica y/o de la vida diaria, fundamenta las bases concernientes al aprendizaje: por lo que es posible que si un niño y/o adolescente tiene problemas con la lectura difícilmente tendrá éxito con el resto de las asignaturas.

Entonces, como se puede apreciar la lectura es indispensable para el aprendizaje y la adquisición de conocimientos significativos en el individuo, por consiguiente, se puede definir la competencia lectora como la habilidad de dar respuesta a diversas situaciones, involucrando junto con las habilidades el conocimiento, así como los valores y actitudes (SEP , 2011).

En este orden de ideas, se puede expresar la competencia lectora como la habilidad de construir, asignar valores y reflexionar desde la significación de lo leído, en textos normalmente asociados a la variedad de situaciones que se presentan en el contexto educativo como en la vida cotidiana del individuo (Subsecretaria de Educación Media Superior , 2009)

La lectura es considerada en la actualidad como un proceso de interacción entre lector texto, mediante la cual se añaden sus propios objetivos, es decir, su propia experiencia e ideas, adquiridas previamente, en este ámbito, David Cooper señala que “la comprensión lectora es el proceso de elaborar el significado o la vía de aprender las ideas relevantes del texto y relacionarlas con las ideas que ya se tienen; es el proceso a través del cual el lector interactúa con el texto” (Cooper, 2005, pág. 65).

En este sentido, Sánchez afirma que: “la capacidad lectora consiste en la comprensión, el empleo y la reflexión personal a partir de textos escritos con el fin de alcanzar las metas propias, desarrollar el conocimiento y el potencial personal y de participar en la sociedad” (Sánchez, 2011, pág. 198). Según la OCDE (2005), la competencia lectora consiste en percibir y emplear los textos escritos y vincularse hasta alcanzar sus propios objetivos, y desarrollar su conocimiento y potencial de manera de poder participar en la sociedad.

2.8 La Pedagogía Hospitalaria y su trascendencia

2.8.1 Pedagogía Hospitalaria (PH).

Esta investigación se centra en las competencias lectoras del niño y adolescente en situación de hospitalización y en la metodología para su práctica pedagógica, por consiguiente, se parte de la definición de la pedagogía hospitalaria como pilar fundamental en el desarrollo de la investigación, permitiendo tener una idea clara los fines educativos que tienen lugar en el hospital con la actuación docente en pro de ayudar al estudiante.

En este sentido, han surgido e implementado una serie de avances y proyectos que dieron origen a lo que llamamos PH, veamos un pasaje de varias definiciones al respecto que nos permitirán entender con mayor lucidez el tema. De acuerdo con Simancas y Polaina (1990, pág. 73) "La Pedagogía Hospitalaria es una pedagogía de la actualidad inmediata, del

tiempo presente, de lo que importa aquí para la vida del niño, hospitalizado, es una pedagogía vitalizada, una pedagogía de la vida para la vida”

Quienes sugieren que la PH se concentra en principalmente en las habilidades que requiere el niño para su desarrollo y poder proseguir una vida normal, puntualizando la actividad educativa según esos requerimientos individuales del niño o adolescente, en este sentido, el educando recibe un acompañamiento pedagógico a la par de la salud y la psicología tratando de minimizar los efectos negativos producidos por la enfermedad y la hospitalización.

Al respecto, se puede decir que la PH es el resultado de la integración de la práctica pedagógica del docente en el entorno hospitalario y complejo en el que se encuentran los educandos, y que se trabaja desde diferentes enfoques, de lo cual se alerta un nivel de complejidad para el quehacer docente, en el proceso educativo envuelto en este ámbito, y en integración con la enfermedad que cursa el educando. En relación a lo expuesto Gómez (2016) quien cita a Lizasoáin y Polaino Lorente, (1996, pág. 4) asevera que: “La PH es pedagogía en tanto que constituye el conjunto de aquellos medios puestos en acción para llevar a cabo educación y es hospitalaria en tanto que se realiza y se lleva a cabo dentro del contexto hospitalario”.

En este particular escenario, todos los recursos pedagógicos que se implementen deben considerar el contexto en el que se desarrollan, las características propias y extraordinarias que inciden en la práctica pedagógica como la condición física, de movilidad y de enfermedad que se puedan presentar en el estudiante. En esta situación, las prácticas pedagógicas que se lleven a cabo en el hospital pueden ser consideradas como parte de las acciones de apoyo que recibe el paciente, que tributan a mejor la calidad de vida de los niños y adolescentes en condición hospitalaria, y forman parte de su proceso de curación, así pues, considerando lo que señala Lizasoáin (2000, pág. 24) se refiere a “cuatro grandes impactos; físico, psicológico (ansiedad y miedo), educativo (pierde clases) y social (se aleja de familiares y amigos)”.

Por cuanto, se puede admitir que la PH da respuesta a las necesidades educativas en el contexto hospitalario que favorezcan el desenvolvimiento social e interpersonal de niños y adolescentes en situación hospitalaria, comprendiendo que esta realidad impacta al

educando en su condición de paciente, lo cual atañe por supuesto a los docentes el hecho de que no solo deberán ofrecer un apoyo pedagógico, sino que también deben tener presente la enfermedad y las limitaciones que de ella puedan surgir, tanto para el desarrollo académico como de su vida en general, esto no es más que la sensibilización y el aspecto humanista requerido por los docentes bajo estas condiciones que demandan nuevas formas de enseñar y aprender; flexibles, viables, y especiales.

Al respecto, Lizasoáin (2000, pág. 5) señala que la PH se asume cómo una ciencia práctica y pedagógica que se sustenta en la teoría educativa y en sus experiencias previas, pero que a su vez se consolida con la consideración y concientización particular de cada caso. Por lo tanto, la PH como ciencia debe contar con el rigor requerido como toda ciencia, pero además por su componente humanista demanda flexibilidad y comprensión en su proceso. Representa un área de continuo desarrollo y búsqueda de mejoras en su implementación.

En este sentido, las características particulares de la enfermedad permiten considerar esta acción pedagógica como una educación especial, con atención a la diversidad que pueda presentar el niño y/o adolescente durante el periodo de hospitalización, es decir, un proceso de enseñanza y aprendizaje acorde a los requerimientos especiales de educación, considerando en estos casos a la enfermedad como una condición especial.

En función de lo antes expuesto, es preciso seguir generando conocimiento y realizando aportes teóricos en esta área que permitan considerar las características especiales del entorno y del individuo, destacando el hecho de que se contempla como una educación especial al presentarse en un escenario tan complejo como es el hospital y atender las necesidades especiales y particulares del educando, donde se persigue la inclusión social y educativa del individuo; llevar a cabo un proceso de enseñanza y aprendizaje eficiente y de calidad, con los contenidos prioritarios para la vida del individuo. Por consiguiente, los estudios en este ámbito deben estar enfocados principalmente en la forma de abordar la educación especial que tiene lugar en estos escenarios.

Aunado a las estimaciones anteriores, se exhiben las de Polaino y Lizasoáin (1990, pág. 5) quienes expresan que:

“La PH es una de las ramas jóvenes de la pedagogía social que intenta responder a un fenómeno objetivo de la realidad de nuestro tiempo; es un intento de continuar con el proceso educativo de aquellas personas que están enfermas o convalecientes, de los familiares del mismo, y de todas aquellas personas que interfieran en la vida del paciente”.

En sintonía con lo expuesto por los autores anteriores, se continúa dando prioridad al abordaje pedagógico del quehacer docente bajo estas circunstancias, en la que además de pensar en la continuidad del proceso educativo y la formación del individuo se consideran otros aspectos vitales para el educando como su situación de salud que puede limitar sus capacidades físicas, emocionales y cognitivas para el aprendizaje, que exigen del docente una mayor disposición para involucrarse en la situación del educando, desde una práctica pedagógica adaptada al entorno hospitalario.

Focalizando aún más la estimación de Olga Lizasoáin (2000) referenciada por Álvarez (2013) se define la PH como: un campo de la Pedagogía responsabilizada de la atención educativa que se ofrece al educando hospitalizado de forma tal que engrane y contribuya con el desarrollo personal del individuo, su aprendizaje, y al mismo tiempo pretende atender las necesidades sociales y psicológicas que surgen como consecuencia del proceso hospitalario en el que se encuentran estos niños y/o adolescentes y de la enfermedad que padecen. Se constituye como una pedagogía dinamizadora de la vida, que se establece a partir de la constante comunicación e intercambio de experiencias vividas entre el educando y el educador, valiéndose de cualquier situación, para que tenga lugar el aprendizaje transformando el sufrimiento por la enfermedad que padece en nuevos conocimientos y experiencias de vida positivas” (p.2,3).

En esta misma línea se presenta la posición expresada por Violant, Molina y Pastor (2011) que refiere la PH que se ofrece al individuo en situación de enfermedad y con requerimientos hospitalarios especiales, que involucran a la familia, al docente y sus prácticas pedagógicas especiales, y a su aprendizaje, de manera que el proceso se genere con el menor impacto en el individuo (p. 97). Bajo estas circunstancias se ratifica la acción humanista de esta pedagogía, que tiene presente los derechos de los niños y jóvenes que deben permanecer

en el hospital, concediéndole al personal que les atiende la posibilidad de cuidar, proteger, acompañar, consentir y enseñar al educando hospitalizado.

En este ámbito, en concordancia con Violant, et al. (2011), se explica que es posible desarrollar una práctica pedagógica en el ambiente hospitalario que fomente una atención integral, conformada por todas aquellas acciones que responda a las necesidades educativas, sociales, físicas, y psicoemocionales del niño y/o adolescente (p.55); lo que infiere una actuación integrada, organizada y coordinada de los distintos actores implicados y una atención enfocada en el estado de salud del educando.

Entonces, el enfoque integral del que se hace referencia debe considerar la identificación de aspectos como la diversidad funcional, cognitiva, física etc. que pueda presentar el educando, la compleja situación que debe enfrentar, el escenario psicológico que atraviesa, entre otros aspectos prioritarios de la vida, que, aunque pueden ser temporales amenazan el desarrollo normal del individuo. Por consiguiente, estos aspectos biológicos, sociales, culturales y familiares son de vital en el quehacer pedagógico del docente hospitalario, quien apoyado en un equipo interdisciplinario de profesionales, familiares y voluntarios puede ofrecer apoyo y calidad de vida al niño y/o adolescente.

Por consiguiente, lo que Violant et al. (2011) establece como PH es una práctica educativa que se ejerce a partir de la atención integral del individuo, y que implica la vinculación de todas las áreas que conforman la asistencia del educando como la atención médica, la ayuda psicológica, y el apoyo educativo en el ambiente hospitalario, a través de un accionar interdisciplinario y colaborativo. Este proceder requiere de principios éticos de las personas y profesionales involucrados en la asistencia dentro del ámbito hospitalario y de un código deontológico propio construido interdisciplinariamente (p. 191).

En este ámbito, se hace referencia entonces un programa de atención integral, multidisciplinario, ético, sensible, flexible, y planificado que se desarrolle en función de las particularidades del individuo principalmente, y a su vez considere las necesidades especiales, el contexto donde se desenvuelve, el momento en que se encuentra, el tipo de enfermedad, su estado emocional, y principalmente sus necesidades de forma tal que se le pueda brindar asistencia y una respuesta efectiva a su situación.

Por su parte, Zapata (2012) define la PH como un proceso dinámico, y de adaptación que le permite al niño y/o adolescente comprender que en la situación de enfermedad que atraviesa tiene la posibilidad de encontrar experiencias satisfactorias de vida y de convivir con ellas por medio del apoyo de un programa de aprendizaje flexible, formativo e integral que atiende las necesidades no solo educativas sino sociales y psicológicas del individuo (p. 5).

Por lo tanto, se afirma que la PH está moldeada y orientada por la enfermedad y delimitada por el espacio preciso de la institución hospitalaria donde tiene lugar, apoyada en contenidos propios de la educación escolar, sin embargo, abarca muchos aspectos más de la vida del individuo (Warnock, citado por Martínez, Torres y Álvarez, 2016, p. 43). Se entiende entonces, que la PH corresponde con la atención educativa necesaria y específica de niños y/o adolescentes hospitalizados con edad escolar, y que le concierne a la educación formal prestarles la debida atención en espacios distintos al aula regular.

De esta forma, el niño y/o adolescente hace uso de su derecho a la educación, sin dejar de lado su derecho de interrelacionarse con otros y disfrutar de momentos de esparcimiento que le ayuden a superar las dificultades por las que atraviesa. Por tanto, las prácticas hospitalarias que ejercen los docentes en ambientes informales, flexibles, promueve una educación satisfactoria que contrarresta los efectos negativos de la enfermedad y busca alcanzar el mínimo nivel de curso al que debería corresponder, reemplazando la carencia del centro educativo (Arango, Castañeda, Henao, Jaramillo, & Londoño, 2004, pág. 23).

Adicionalmente, exponemos lo expresado por Romero & Alonso (2007) acerca de la PH como parte de una pedagogía social que incluye a la PH, en el sentido de que presta asistencia a una parte de la población con requerimientos especiales de educación, encontrándose en situaciones de vulnerabilidad, por consiguiente es necesario un sustento teórico que apoye las mejoras educativas de quienes demandan este tipo de asistencia, y facilitándoles su adaptación al entorno hospitalario, donde se destaca principalmente la asistencia a la diversidad en la práctica educativa, por tratarse de un proceso de enseñanza y aprendizaje adaptado a las necesidades especiales que se derivan de la enfermedad y la condición de hospitalización que atraviesa el niño y/o adolescente.

Por último, se hace referencia a la educación en el medio hospitalario como una educación inclusiva que tiene lugar fuera del aula de clases normal, abarcando aspectos de la vida de los niños y/o adolescentes en el entorno hospitalario donde se encuentran propiciando su continuidad educativa, y facilitando su participación en el programa educativo, y a su vez permitiéndole al docente ser parte de una experiencia educativa y de formación integral. Por consiguiente, lo expuesto ubica a la PH dentro de una educación inclusiva en la que los objetivos se alcanzan de forma flexible, y donde se implementan políticas de trabajo colaborativas, y en conjunto con los profesionales de la salud y sus padres (Grau, 2001; Mairena-Zeledon & Vanegas-Rodriguez, 2017).

2.8.2 Propósito de la Pedagogía Hospitalaria

Partiendo de la función pedagógica donde no solo se transmite conocimiento sino que se brinda al educando una formación integral. De acuerdo con Gadamer (1991) se tiene que la formación es un proceso mediante el cual se da forma a las capacidades del ser humano, se atienden las diferentes dimensiones del ser de forma global, y que se extiende más allá de transmitir conocimiento o enseñar.

En este particular, se puede apreciar que la PH se distancia un poco de los fines de la pedagogía formal como tal, pues como ya se mencionó la pedagogía hospitalaria puede ser implementada desde la pedagogía social, la educación informal y la educación especial; en primer lugar como una pedagogía social ya que tiene cabida fuera del contexto escolar brindando atención al niño y/o adolescente en el entorno donde se desenvuelve, como una educación informal precisamente porque se lleva a cabo fuera de la institución escolar pero que a la vez intenta minimizar los inconvenientes educativos generados por la enfermedad y convalecencia del niño y/o adolescente; y como una educación especial porque es inclusiva de las condiciones especiales por las que atraviesa el niño y/o adolescente, atendiendo a su diversidad y necesidades educativas especiales producto de la enfermedad y hospitalización, con la finalidad de apropiarse de cualquier situación y cambiar las experiencias negativas que se puedan presentar por una experiencia de aprendizaje significativo para el desarrollo de la

salud y la vida (Troya, Lalama, Pacheco, & Yépez, 2018; Gobierno de México y Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México, 2017).

Por lo tanto, llevar a cabo un proceso de enseñanza en la enfermedad involucra tener una perspectiva diferente de ésta, manejar la situación de conflicto que se presenta alrededor del educando y su familia, para lo que tiene cabida la PH con la finalidad de suplir el derecho a educación que tienen los niños y adolescentes en condiciones de enfermedad. Representando la pedagogía hospitalaria el medio para compensar esa carencia que con una modalidad educativa transitoria, para el corto o largo plazo, dependiendo de la condición del educando; y respetando sus circunstancias de vulnerabilidad, manteniendo la calidad del proceso de enseñanza y aprendizaje: y mejorando su calidad de vida.

A partir de las consideraciones anteriores se tiene que sus objetivos son:

Como primer objetivo se presenta a) desarrollar una formación holística⁹, que tenga en cuenta los aspectos emocionales, cognitivos, espirituales y de comportamiento de los educandos. b) normalizar la evolución de su vida y el progreso escolar. c) brindar acompañamiento al educando y a la familia para afrontar la enfermedad, prestándoles ayuda y la correcta orientación. d) efectuar una misión terapéutica fomentando el bienestar de los niños y/o adolescentes junto a su familia, de manera tal de poder transformar la dolencia que padece el educando en aprendizaje. e) Facilitar la reincorporación e inclusión en el sistema educativo formal (Vacchieri, 2013).

De acuerdo con Serradas (2003, pág. 458) los fines de la PH comprenden el apoyo para la adaptación del niño y/o adolescente y su familia a la situación de enfermedad y hospitalización, minimizando las emociones negativas, el rechazo al padecimiento, la depresión e incertidumbre que puedan presentar; así como tratar de impedir que se generen retrasos en el aprendizaje, transformando la condición de hospitalización en oportunidades de evolución y desarrollo de otro tipo de capacidades; igualmente, ayudarles a formar vínculos con el ambiente hospitalario durante su permanencia en él, para proveer información

⁹ Filosofía educacional y forma constructivista fundamentada en la premisa de que todo ser humano encuentra su identidad, significado y sentido de su vida a través de nexos con la comunidad, el mundo natural y valores como la compasión y la paz

y despejar sus inquietudes en relación a la experiencia que atraviesan, estableciendo un nivel de prioridad mayor a los aspectos afectivos, emocionales, psicológicos y educativos.

En este ámbito, Grau & Ortiz (2001) agrega un elemento adicional a la PH afirmando que además de cumplir funciones propias de la pedagogía, también se centra en los aspectos médicos, la psicología y los aspectos sociales, y en la interacción comunicativa entre el personal médico, la familia, y los docentes sea permanente durante el proceso de hospitalización de niño y/o adolescente. Por consiguiente, es necesario tener presente el grado de dificultad y complejidad que atraviesa el educando en el proceso del tratamiento médico y su recuperación, sus repercusiones en la familia, en los profesionales de la medicina y los docentes.

En principio, la PH ha dado respuesta a la educación haciendo frente a múltiples y complejos factores que afectan la calidad de vida del educando, que requieren de una diversidad de atenciones, ofreciendo una pedagogía acorde con dichas necesidades especiales, y con una respuesta eficiente y de calidad a esta realidad (Violant, Molina, & Pastor, 2011, pág. 3). En este ámbito, tanto docentes como psicólogos, procuran asistir al educando, por medio de un plan individualizado de atención, que facilite las mejoras en la calidad de vida del educando durante el periodo de hospitalización con la finalidad de alcanzar la normalización y adaptación en su vida cotidiana junto a su familia, una vez que supere su enfermedad y hospitalización (Cárdenas & López, 2006).

Por su parte, Blanco y Latorre (2011, pág. 586) especifican cuatro objetivos de la PH: a) la evolución de los aspectos cognitivos; b) el desarrollo motor; c) el crecimiento afectivo y d) el desarrollo social. Al respecto, Hernández y Rabadán (2013, pág. 179) acotan otro objetivo esencial en la asistencia al niño y/o adolescente: efectuar el diagnóstico correspondiente a la detección de necesidades educativas de los educandos en situación de hospitalización; en este ámbito Gutierrez y Muñoz (2013, pág. 133) señalan los objetivos siguientes:

- Proseguir con el currículum definido con carácter general, pero a un nivel acorde con la situación del educando incorporando las adaptaciones oportunas y necesarias al currículum.

- Favorecer la incorporación del niño y/o adolescente en el nivel de escolarización que le corresponde al terminar su periodo de hospitalización.
- Mitigar el retraso escolar que presenta con las actividades escolares.
- Alcanzar la capacidad de valorar en términos reales la dimensión de su enfermedad, evitando que se genere angustia y aislamiento en el educando, por medio de las diferentes áreas curriculares que sea capaz de cumplir.
- Fomentar un carácter positivo y de formación al tiempo libre y de ocio en el hospital (carácter educativo).
- plantear actividades de tipo formal e informal para mejorar los aspectos psico-afectivos.
- Impulsar la participación de grupos o entidades en la asistencia a los niños y/o adolescentes.

Así pues, el ámbito que engloba la PH es amplio y comprende a todos los niños y/o adolescentes que se encuentran en condición de hospitalización, tanto en el centro sanitario o en su domicilio, asistiendo al paciente y su familia; todo esto motivado a los avances ocurridos en el ámbito de la salud, en la manera de concebir la educación y la escuela, en la reducción del período de hospitalización y en el diagnóstico de necesidades identificadas en el educando. En tal sentido es importante considerar que:

En este particular, es de vital importancia tener presente que estas necesidades son variantes, las enfermedades a las que se enfrentan los docentes son distintas en cada individuo, por consiguiente, los procesos y los recursos con los que se deben abordar cambian constantemente, por consiguiente, también los métodos y estrategias pedagógicas y de asistencia empleadas. Para ello, se asumen principios de igualdad de oportunidades e inclusión, como base de la asistencia al educando en situación de hospitalización, con la finalidad de alcanzar una atención educativa, psicológica y social que produzca mejoras en la calidad de vida del educando, mermando los efectos derivados de la enfermedad y el proceso de hospitalización, para lo cual es para ello es indispensable articular el ámbito educativo y el de salud (Violant, Molina, & Pastor, 2011; Hernández & Rabadán, 2013).

Finalmente, la asistencia al niño y/o adolescente hospitalizado tiene como base la complejidad del proceso y los cambios que representa, para disminuir los episodios de estrés, ansiedad, y angustia, así como otros problemas psicológicos que se puedan producir en el curso de la enfermedad y hospitalización, implementando proyectos de asistencia global que puedan suplir las necesidades del educando desde diferentes dimensiones como la de salud, educación, psicológica y social. Esto persigue la meta de que el niño y/o adolescente pueda proseguir con el desarrollo de su vida de la forma más normal posible, contando con la especificación de un plan de acción que abarque el ingreso al hospital, el curso de la enfermedad y el proceso de reincorporación escolar, acorde con las necesidades especiales del educando y su familia, a través de una labor conjunta entre los profesionales de la salud, los docentes y la familia.

2.8.3 Aula pedagógica hospitalaria y procesos de aprendizaje

Ofrece atención, a niños y adolescentes en condición de hospitalización, su edad es variada, como también lo son las condiciones de salud de cada uno de estos niños y jóvenes, por lo tanto es indispensable contar con un aula de aprendizaje individualizada motivado a que cada uno de ellos presenta necesidades diferentes, es decir, poseen comportamientos, dificultades de aprendizajes y capacidades diferentes; en este sentido, se trata de un espacio de aprendizaje que para estos niños y jóvenes normalmente es temporal, además debe abarcar las diferentes dificultades que presente el educando de forma multidisciplinaria, con el manejo de cambios constantes por consiguiente la metodología empleada debe ser capaz de adaptarse a las circunstancias de cada educando.

El AH surge por la necesidad de garantizar el derecho a la educación de los niños y adolescentes hospitalizados. Al respecto, la Constitución de la República del Ecuador en su Art.26 señala:

“La educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del Estado. Constituye un área prioritaria de la política pública y de la inversión estatal, garantía de la igualdad e inclusión social y

condición indispensable para el buen vivir. Las personas, las familias y la sociedad tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo”.

Igualmente, en su Art. 28 apartado tercero señala: “El aprendizaje se desarrollará de forma escolarizada y no escolarizada”, con esto se da apertura para garantizar el derecho a la educación de tipo diversa, tal como lo dispone la práctica pedagógica hospitalaria, con el propósito de erigir un proceso de enseñanza y aprendizaje adecuado e individualizado para dar la oportunidad a los niños y adolescentes hospitalizados de que continúen su proceso educativo. Sin embargo, cada patología es diferente y lo que debe prevalecer en ciertos casos donde es indispensable que el educando no se estrese y más bien pueda divertirse, en cuyos casos la práctica pedagógica se limitará a la creación de aulas de distracción, que les permitan sobrellevar la enfermedad, minimizando los efectos de la misma, con espacios donde se generen episodios de alegría, de supresión del estrés, y se establezca la participación metódica del docente en los procesos de enseñanza y aprendizaje.

Esta metodología que acompaña al docente debe regir el tiempo que se aborda el proceso escolar en el hospital, para cada asignatura; el diseño de actividades y tareas acordes con el objetivo de aprendizaje que se persigue. Sin embargo, se pudieran presentar ciertos inconvenientes, en relación a estas actividades que se sugieren, ya que por lo general estas actividades son de tipo memorístico y repetitivo, y no responden a los diferentes estilos de aprendizaje de los educandos, a excepción de la actividad de colorear, por lo tanto dichas actividades bajo esta concepción limita el aprendizaje, no se encuentran totalmente contextualizadas en función de las población que forma parte de las aulas hospitalarias (Beltrán, Martínez, Jaén, & Tapia, 2016)

En este caso, el AH no busca reemplazar la escuela formal; más bien persigue entre otras cosas hacer frente a la dinámica que se genera en el centro hospitalario, que es totalmente diferente a la que se genera en la escuela convencional, donde emergen situaciones que comprometen la vida de niños y adolescentes respecto a su formación, considerando la patología del educando hospitalizado, cuya prioridad es su salud, por lo tanto su condición de estudiante del aula hospitalaria queda en segundo plano. Por otra parte, esta experiencia enriquece al educando, dándole la oportunidad de compartir con estudiantes de diferentes edades y niveles educativos.

Los procesos de aprendizaje que tienen lugar en el AH se basan principalmente en una asistencia educativa personalizada y un plan educativo organizado de forma flexible. La atención por lo general se caracteriza por conformar aulas multigrado, sin embargo, en otros casos, es preciso que el docente se ubique en el espacio de reposo del estudiante. Por consiguiente, estas actividades que conforman la formación escolar representan para estos educandos además de una ocasión de aprendizaje, un sistema de apoyo para sobrellevar la condición de salud, y en algunos casos superar las dificultades psicosociales que se presentan, tratando de cursar de la mejor forma su enfermedad.

Bajo estas circunstancias, los docentes representan un papel primordial en la asistencia a niños y/o adolescentes con este tipo de condición y a sus familiares, por consiguiente, las aulas hospitalarias se describen como espacios para el proceso educativo de origen institucional con la finalidad de dar asistencia a educandos en condición de hospitalización. Estas AH corresponden con un modelo educativo integral en el que los estudiantes conviven en espacios físicos, sociales y curriculares.

En este sentido, García-Pastor (1993) expresa que se tiene presente la perspectiva crítica acerca de la integración de forma sistemática en las prácticas pedagógicas del aula virtual, como “una escuela cuyas posibilidades no están cerradas, donde sus necesidades se reconocen como cambiantes, y que entienden como cotidiano el reajuste constante que supone responder a estas necesidades. Es una escuela que integra necesidades, no niños”. Por consiguiente, el AH representa un tipo de escuela que funciona con multitareas a nivel de múltiples grados, en las que se ofrece asistencia educativa a educandos con algún tipo de discapacidad temporal o permanente, como resultado de la patología que presenta.

Por lo tanto, las AH integradas tienen con primordial fin que la interrupción escolar en el niño y/o adolescente no exista o sea mínima, de tal manera que no se generen huecos en su aprendizaje, con la intención de dar continuidad académica al educando y participar en una transición efectiva y sin grandes impactos en la vida del individuo y que faciliten su reintegración escolar, en estas aulas se debe tener presente la condición de enfermedad que padecen estos niños y/o adolescentes y la dificultad que atraviesan sus familiares.

Al respecto, Riquelme (2013) señala: que las AH que se instalan en los espacios sanitarios tienen como finalidad disminuir la brecha de desigualdad que existe entre la

educación formal y la que reciben los niños y/o adolescentes con una condición de enfermedad, hablando entonces de una educación que resarce las carencias académicas de estos educandos en relación con la educación regular y especial que requieren debido a los largos periodos de hospitalización que atraviesan.

De acuerdo con Grau (2001) las funciones esenciales de las AH son:

- Promover actividades de naturaleza formal e informal para brindar asistencia educativa y que se contrarreste la posible existencia de aplazamiento académico.
- Proseguir en la medida de las posibilidades con el currículo correspondiente de manera de favorecer la integración en el nivel académico al que pertenece en el momento de finalizar su periodo de hospitalización.
- Emplear el posible tiempo libre en actividades constructivas para coadyuvar en la evolución y desarrollo del niño y/o adolescente.
- Minimizar las situaciones de estrés, ansiedad y preocupación que puedan presentar estos educandos a través de una apropiada asistencia y suministro de información adaptada a la edad del niño y/o adolescente.
- Establecer una variedad de momentos y situaciones que faciliten las relaciones interpersonales entre los educandos y los docentes, familiares, y profesionales de la salud, y con la generalidad de las personas con la que interactúa.

Por consiguiente, los docentes que participan en estas AH hacen esfuerzos por dar continuidad al currículo de la educación regular que le corresponda al educando y pretenden fomentar en el niño y/o adolescente hábitos de trabajo para su reinserción en el centro educativo al que pertenece, por lo tanto, es conveniente que el docente posea disposición y formación precisa para alcanzar los objetivos planteados.

De esta forma, se evita que el educando quede rezagado de la formación escolar, y en consecuencia termine desertando del sistema escolar, en este aspecto la asistencia hospitalaria tiene una gran importancia en la búsqueda por mantener al educando con condiciones de salud que requieren un periodo de hospitalización dentro del sistema escolar; este esfuerzo por parte del docente y todas las personas alrededor del educando requiere de

un trabajo en equipo, de compromiso y de una constante ejecución, evaluación y adaptación a las condiciones cambiantes del estado de salud del niño y/o adolescente, durante el tiempo que persista la mala condición de salud garantizando el derecho a la educación de estos niños y jóvenes inmersos en el contexto hospitalario.

Objetivos del AH

De los objetivos que se persiguen en las aulas hospitalarias se podrían destacar:

- Asegurar la prosecución educativa del educando, como una vía para asistir al niño y/o adolescente a reincorporarse a su vida cotidiana en casa y escuela y a su familia para que pueda apoyar en el proceso y no ocurran episodios de apatía y aislamiento;
- Dar respuesta a los requerimientos educativos y de formación de los educandos. integrando el aula hospitalaria a un proceso consciente y de asistencia conformado con un conjunto de actividades y tareas que son orientadas a retomar habilidades y hábitos que se han disminuidos a causa de la enfermedad y de la reiterada ausencia al su entorno escolar;
- Asistir los aspectos más relevantes del desarrollo humano y que pueden verse comprometidos con la enfermedad como la cognición, las emociones y las relaciones sociales del niño y/o adolescente, así como su incidencia en el proceso de aprendizaje;
- Garantizar los derechos de niños y/o adolescentes en condición de hospitalización a recibir una educación de calidad, acorde con sus requerimientos individuales y en un ambiente apropiado;
- Dotar al docente con las herramientas necesarias para atender este tipo de aulas hospitalarias, para lo cual es indispensable realizar un análisis de las condiciones del espacio físico y los materiales con los que cuentan los docentes para el desarrollo de su actividad, así como el nivel de sensibilización y capacitación que poseen los docentes. Para finalmente contar con todo lo necesario para dar respuesta al educando.

- Promover un intercambio interpersonal en el niño y/o adolescente con las personas que le rodean, asimilar experiencias afrontada y por afrontar;
- Fomentar la ejecución de un plan de capacitación profesional para los docentes que asuman la responsabilidad de ofrecer una educación oportuna y a su vez hospitalaria a los educandos;
- Fortalecer los estudios en todos los ámbitos de la pedagogía hospitalaria, publicando los resultados y prácticas de dicha actividad;
- Participar en la planificación y organización de seminarios y congresos destinados a la promoción y concientización de las aulas hospitalarias;
- Establecer un espacio para la sensibilización, concientización, el intercambio de experiencias, la reflexión y consideración de casos asumidos por los profesionales de la educación dedicados a la asistencia de niños y/o adolescentes que por razones de salud deben encontrarse reclusos en un hospital;
- Facilitar al docente hospitalario las herramientas que favorezcan su desarrollo pedagógico y su articulación con el sistema educativo
- Dar a conocer la normativa jurídica vigente en materia de aulas hospitalarias de manera que el docente conozca los detalles legales de la labor que presta en los ambientes hospitalarios;
- Construir una serie de propuestas educativas y metodológicas a partir del currículo y acorde con las necesidades del educando;
- Implementar propuestas pedagógicas acordes con las necesidades de las aulas pedagógicas hospitalarias y dando prioridad a las deficiencias del educando;
- Estimular y sensibilizar a toda comunidad en relación a la necesidad de desarrollar acciones educativas acordes con el derecho a la educación por a los niños y jóvenes hospitalizados y/o con tratamiento ambulatorio

Metodología de las aulas hospitalarias:

De acuerdo a lo planteado por Guillén y Mejía, (2002) y García-Pérez (2015), las metodologías académicas generalizadas en un AH son las siguientes:

Operatividad: es preciso evaluar las capacidades del niño y/o adolescente y su entorno, su condición de salud, para poder definir y ejercer una actuación pedagógica acorde con las necesidades del educando, y el nivel de aceptación de los padres, ocupando una metodología que incluya tanto actividades de tipo colectivo como las individuales.

Normalización: el trato para con el paciente debe ser de forma normal, e incluir en la medida de lo posible las variaciones propias de la enfermedad y necesarias de acuerdo al estado de salud del educando.

Enseñanza individualizada y personalizada: la planificación y acción pedagógica tiene que ser ajustada a la situación específica del educando, su nivel escolar, sus intereses, estado emocional y afectivo y realizando las adaptaciones y ajustes necesarios en el currículo, de forma asertiva y con el criterio del docente.

Formación global: se busca que los contenidos programáticos que se impartan sean útiles en su cotidianidad y le sean un recurso real para el desarrollo de su vida, por medio de la integración del entorno hospitalario en el proceso de enseñanza y aprendizaje, donde el hospital se convierte en un proveedor de recursos educativos, con un enfoque positivo y realista.

Socialización: es necesario incorporar prácticas de interrelación entre iguales a través de la conformación del grupo de estudiante del aula hospitalaria, dándoles la oportunidad de apoyarse, compartir experiencias, y en la medida de lo posible normalizar su situación. Igualmente, el niño y/o adolescente puede identificarse con sus pares que se encuentran en situaciones similares, de tal forma que participen, compartan, jueguen y estudien juntos.

Acción participativa: las acciones a implementar requieren de una programación que debe estar coordinada con las acciones de los profesionales de la salud quienes pueden orientar en relación a los diversos factores que involucran la mala condición de salud del educando, e informar cuáles son sus limitaciones físicas y de salud que pueden influir en proceso de enseñanza y aprendizaje, igualmente, se debe contar con la información suministrada por los docentes del colegio al que pertenece el estudiante de forma tal que se le brinde al docente hospitalario una visión general de la situación del educando con lo que podrá adaptar su programación, los lapsos de tiempo que se emplearan y las características

que poseerá el programa educativo una vez que se hayan considerado todos los factores involucrados para definir la programación más efectiva a desarrollar. Destacándose que se deben incluir los padres en la recuperación del educando y en los procesos educativos.

2.8.4 Modelos estratégicos útiles en las aulas hospitalarias (AH)

Los modelos existentes para el desarrollo de la asistencia psicológica y pedagógica, que favorecen el alcance de los objetivos planteados en el AH y permiten llevar a cabo una asistencia eficiente y de calidad, una vez que se han considerado todas las necesidades del individuo en condición de hospitalización son los siguientes:

El modelo evolutivo, contempla factores particulares para el progreso y desarrollo del educando como la autonomía, la capacidad social y las habilidades cognitivas. Por consiguiente, en el individuo no se indaga únicamente su evolución de manera aislada, más bien la valoración de su desarrollo se realiza centrado en la interacción social y sus enlaces afectivos. En este caso se especifican las normativas de evolución y desarrollo, así como las conductas que deben obtener en este tipo de asistencia.

Las técnicas empleadas en este modelo son los programas de atención temprana, la educación psicomotriz y la educación perceptivo – motriz.

Este modelo se considera útil para compensar el retraso en el desarrollo, evitar en la medida de lo posible el retraso escolar y reeducar las emociones. Asimismo, favorece la autonomía del niño hospitalizado ya que el niño puede participar en la toma de algunas decisiones como la secuenciación del trabajo, o las actividades más lúdicas.

El modelo conductual. Los programas de modificación de la conducta se basan en los principios del reforzamiento, castigo y extinción, control de estímulos y de respuestas, generalización, modelado y autocontrol.

Con este modelo se puede crear repertorios conductuales adaptados a su objetivo que es la mejora de calidad de vida del enfermo. Dichas conductas podrían ser la adquisición de hábitos de autonomía y autocuidado, las habilidades sociales, las habilidades de afrontamiento y de control de dolor y la adaptación a la enfermedad.

El modelo cognitivo se centra en los procesos de memoria a corto plazo, la percepción o el aprendizaje discriminativo. Por consiguiente, estudia los procesos cognitivos

y la capacidad de generalización del aprendizaje de unas estrategias ya adquiridas a otras situaciones nuevas. Feuerstein (1996) propone un método de evaluación dinámica, una evaluación del potencial de aprendizaje (pre-test), se elabora un programa de enriquecimiento cognitivo y al final se emplea un test post-tratamiento.

Dicho programa es útil porque favorece la adquisición de estrategias cognitivas y mejora la inteligencia.

El modelo dinámico se centra en la subyacente problemática emocional que puede ser desencadenada por falta de motivación, frustración y dificultad en el proceso de interrelación. Aquí se aplican pruebas proyectivas para poner de manifiesto la relación entre la ansiedad y el fracaso en la adaptación.

Las técnicas empleadas son las de expresión y comunicación como: la expresión plástica, la expresión dinámica, la expresión musical, la expresión corporal, la expresión dramática, el juego, los cuentos. De aquí se derivan los diferentes tipos de actividades como: musicoterapia, ludoterapia, mimoterapia, psicomotricidad, psicodrama, danzaterapia, según los casos concretos, siempre hablando de actividades creativas liberadoras.

Este se cree que es uno de los modelos más efectivos en las personas con discapacidad y con enfermedades ya que ayuda a superar el bloqueo emocional, la ansiedad, la carencia afectiva, el aislamiento o el aburrimiento.

Es necesaria una intervención completa que atienda globalmente la problemática personal y establezca las estrategias más adecuadas y apropiadas para cada caso, ya que cada caso es uno y único, siempre tomando en cuenta la dimensión familiar y social que provoca la situación de la enfermedad (Grau & Ortiz, 2001).

2.8.5 Condiciones espaciales del Aula Hospitalaria (AH)

El AH comprende tres áreas o ambientes:

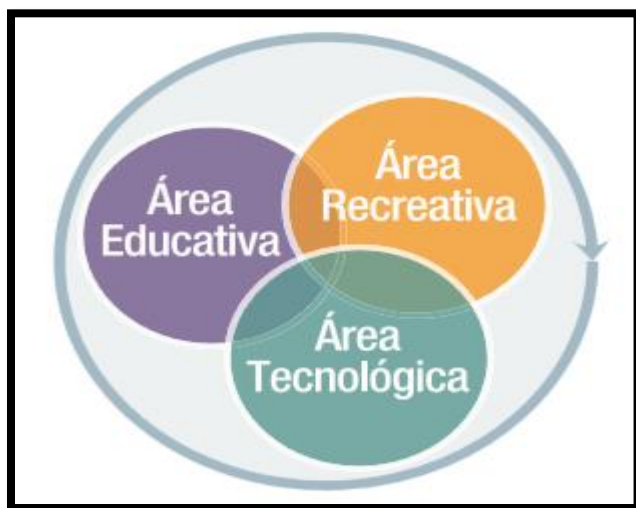


Figura 2. Áreas del Aula Hospitalaria
Fuente: (Ministerio de Educación, 2017)

a. Área educativa: Es un espacio adecuado para desarrollar actividades propias del proceso enseñanza aprendizaje descrito en el Currículo Nacional. Facilitará la aplicación de metodologías adaptadas a las necesidades de los estudiantes hospitalizados o en tratamiento en el marco de sus posibilidades emocionales y de salud. El área educativa se caracteriza por ser un espacio inclusivo, de respeto a la diversidad y donde se podrá encontrar material didáctico apropiado a su edad y nivel escolar.

b. Área recreativa: El área recreativa propende a desarrollar el aprendizaje y las habilidades sociales, a través de técnicas y metodologías lúdicas. Este espacio dispone de materiales como juguetes, disfraces, títeres, etc.

c. Área Tecnológica: Es un área destinada a reforzar y ampliar los contenidos impartidos por los docentes del Programa en el área educativa; y, además, facilita el desarrollo de habilidades de comunicación. En este espacio el estudiante podrá acceder a instrumentos tales como el computador, calculadora, proyectores, medios audiovisuales, etc.

2.9 Perfil del docente hospitalario

La labor del profesional en el aula hospitalaria, cuya función es la de enseñar al niño enfermo y hospitalizado los contenidos del currículo establecido para su curso Ochoa y Lizasoáin (2003), pero para el profesorado del AH no es suficiente con conocer el currículum básico, sino que además, debe caracterizarse por ser un profesional: polivalente y polifacético, con gran versatilidad y flexibilidad, con experiencia previa en el aula, con capacidad de adaptación y empatía, capaz de vivir en lo provisional y con conocimientos de pedagogía hospitalaria, tanto teóricos como prácticos (Garanto, 2002).

El profesional del AH trabaja, como el resto del personal sanitario, para la recuperación del niño. La labor del pedagogo hospitalario comienza desde el momento en que el niño ingresa en el hospital, independientemente de la enfermedad que padezca o de la duración de su estancia hospitalaria. El pedagogo hospitalario trabaja teniendo como contexto las aulas hospitalarias y las habitaciones de los niños, en casos que éstos no pueden acudir al aula. Quizás la primera función del pedagogo hospitalario es la de establecer y coordinar las relaciones interdisciplinarias.

Asimismo, el pedagogo hospitalario tiene que evaluar la situación personal y familiar del niño enfermo hospitalizado. Dicha evaluación es necesario que cubra varios aspectos como el proceso de desarrollo intelectual, el desarrollo motor, el desarrollo emocional, las interacciones sociales del paciente, su nivel académico, la adaptación del niño a la enfermedad y las actuaciones médicas, las reacciones de la familia, las expectativas del niño y de su familia.

Por tanto, según Courlander, (2002) y Fernández, Orrego, & Zamora, (2018), para ser un buen profesional de la PH es necesario, disponer no sólo conocimientos, sino también habilidades y actitudes, lo cual incluye estabilidad emocional, conocimientos generales, estabilidad psicológica, saber conectar con niños y adolescentes, saber planificar, lo cual supone:

- Conocimientos sobre: enfermedades y los efectos que las medicaciones y los tratamientos van a tener sobre el alumno, y por tanto sobre su

capacidad de aprendizaje; las diferentes escuelas de los alumnos; los diferentes tipos de niños y de afrontamiento de la enfermedad; aspectos médicos,

- Habilidades para: evaluar a cada niño acorde con sus circunstancias médicas; trabajar eficientemente como un miembro más del equipo multidisciplinar del hospital; manejar las situaciones dramáticas y también el temor ante la muerte; dar diferentes niveles al mismo tiempo;

- Actitudes que le permitan: manejarse en situaciones conflictivas; sensibilidad y comprensión ante la enfermedad de cada niño; respeto hacia el trabajo de los demás profesionales implicados; estabilidad emocional para trabajar en situaciones dolorosas sin verse emocionalmente afectado.

De acuerdo con Fernández (2000) quien cita a Haller, Talbert y Dombro (1978) los cuales expresan que el docente del niño y/o adolescente en condición de hospitalización deben tener las siguientes características:

- Poseer capacidad para atender una variedad de niños y jóvenes de distintas edades y niveles educativos, así como diferentes personalidades.

- Contar con gran experiencia en la atención a la diversidad, y en el desarrollo pedagógico y académico por medio de su desempeño en el aula de clases y espacios afines.

- Adquirir una sensibilización y una percepción que le permita entender los requerimientos educativos y emocionales del niño y/o adolescente.

- Gozar de una fuerte voluntad como para trabajar en condiciones irregulares.

- Hacerse de gran tolerancia frente a las continuas interrupciones en el trabajo escolar, y actuaciones que con normalmente se producen.

- Tener la capacidad para gestionar la enfermedad ante situaciones críticas y en especial la muerte.

Entre tanto, se afirma que la figura docente es un factor relevante y clave en el ajuste psicológico y emocional, social y educativo del niño y/o adolescente enfermo, y con acciones

intermediarias entre los profesionales de la medicina, el personal médico, la familia y el colegio de donde proviene el educando. En cuanto a su perfil, se construye y adapta diariamente siguiendo los lineamientos de los profesionales involucrados y con su apoyo, y a la vez conjugando todos estos elementos con la propia experiencia docente.

Por consiguiente, el docente se reconoce a través del desempeño educativo en el entorno hospitalario, donde se entrelazan las diferentes funciones que debe cumplir desde la educativa, al suministrar conocimientos en relación con el contenido del currículo, integradora al incorporar todos los aspectos de su vida en el proceso educativo, coordinadora al dirigir las diferentes estrategias que se aplican en conjunto con el resto de los profesionales involucrados, compensadora al tratar de nivel el estudiante con los conocimientos que debería poseer, así mismo es preventiva y terapéutica al evitar episodios de angustia, estrés en el educando.

En este sentido, la tarea que ejecuta el docente es enseñar y orientar en su circunstancia particular al niño y/o adolescente, y por el contrario no se debe dedicar a satisfacer los caprichos que puedan tener estos educandos o en su entretenimiento, su función está más bien orientada a brindar la guía necesaria a ellos y a sus familias sobre factores psicoeducativos que se afectan y como superar las dificultades.

Además, de acuerdo con Ortiz (1994) la actuación docente gira en torno al niño y/o adolescente en condición de hospitalización para suplir la carencia afectiva que se origina por su separación del núcleo familiar; apoyar su adaptación al entorno hospitalario, propiciar un ambiente flexible, y trabajar de forma integrada las áreas de conocimiento; y finalmente ofrecerle las herramientas necesarias para su reinserción social, familiar y académico. Entorno a las necesidades educativas asistenciales y especiales, pueden dar lugar a una personalizada e interdisciplinaria oferta educativa.

Por su parte, el núcleo familiar juega un papel esencial en el desarrollo de las AH, requiriendo de su interacción con los docentes para alcanzar los objetivos socioeducativos planteados; destacándose el hecho de que el ambiente escolar es conocido por el niño y/o adolescente, es un entorno que puede brindarle paz, asistencia, y contribuir con su recuperación al desenvolverse en tareas educativas además de cumplir los objetivos

académicos contribuyen a ayudar a olvidar su malestar que le conlleva su permanencia en el hospital, mejorando e esta forma su desarrollo social.

2.10 Introducción al trabajo de Feuerstein y su Modelo de Modificabilidad Estructural Cognitiva

A partir de 1965 hasta el 2002, el profesor Feuerstein fue director del Instituto de Investigación Hadassah-WIZO-Canadá, el cual se convirtió en parte del Centro Internacional para el Mejoramiento del Potencial de Aprendizaje (ICELP) en 1993 (Jerusalén, Israel). Su trabajo más importante y el foco central del ICELP, ha sido el desarrollo de las teorías de modificabilidad cognitiva estructural (SCM) y experiencia de aprendizaje mediada (MLE), así como sus prácticas emergentes de evaluación dinámica (LPAD), intervención activa para modificar estructuras cognitivas (el programa de enriquecimiento instrumental de Feuerstein FIE) y sistemas para dar forma y mantener entornos modificadores. La investigación, la capacitación y el servicio se fusionaron en su trabajo con poblaciones que requieren desarrollo cognitivo, y se han desarrollado y extendido a un espectro diverso de personas y grupos de cualquier edad y nivel funcional.

Feuerstein construye el principio que fundamentaría su teoría y de todas las investigaciones futuras, aseverando que “el organismo humano es un sistema abierto que en su evolución adquirió la propensividad para modificarse a sí mismo, siempre y cuando exista un acto humano mediador” (Feuerstein R. , 1963, pág. 25). Presentando una posición novedosa al estimar que todo individuo tiene la posibilidad de transformarse, a pesar de la existencia de cualquier condición.

La teoría de la SCM fue desarrollada en el periodo comprendido entre los años 1950-1963, los métodos de prueba psicométrica suministran poca ayuda e información. Feuerstein, señaló que las evaluaciones se centraron en el fracaso de los niños para aprender y no en lo que estos podían aprender. Al igual que las evaluaciones acumulativas actuales las pruebas fueron para diseñadas para determinar los productos finales de desarrollo y aprendizaje (en otras palabras, el logro de los resultados del aprendizaje) y para la colocación (es decir, predecir actuación).

Feuerstein estaba interesado por el potencial de aprendizaje y la capacidad sin explotar de los niños y jóvenes, en lugar de modificar materiales para personas con dificultades de aprendizaje, él decidió orientar sus esfuerzos en modificar a estos alumnos directamente. Feuerstein prefirió enfocarse no solo en el organismo sino en la estructura interna de la cognición. Mientras que los programas de intervención fueron a menudo motivos de preocupación por su contenido, este psicólogo estaba más interesado por los requerimientos previos del pensamiento y las formas de ayudar a las personas a aprender a aprender.

En el corazón de la teoría de la SCM está la creencia en la plasticidad y modificabilidad de la cognición. Para Feuerstein la cognición se puede mejorar o modificar independientemente de la edad del individuo y su etapa de desarrollo. En la teoría SCM, un niño o un adolescente con deficiencias cognitivas tiene todas las posibilidades de un cambio y desarrollo favorable a través de la mediación (Tan, 2003).

El concepto de modificabilidad es de significativa importancia en SCM. No está referida sencillamente para la intervención de comportamientos específicos, sino a los cambios de naturaleza estructural naturaleza, en otras palabras, cambios internos en la cognición en lugar del comportamiento externo, cambios que son duraderos, sustanciales y significativos para el individuo.

En el núcleo de SCM se ubica la teoría de la MLE, a la que se atribuye la modificabilidad humana. La MLE, que es una particularidad de interacción humana típica, es la responsable del carácter único del ser humano que es la modificabilidad estructural. Hay una gran cantidad de herramientas cognitivas conceptuales, entre ellas, el mapa cognitivo, las funciones deficientes y la orientación del proceso que marcan y dan forma a los aspectos aplicados de la teoría SCM (Noguez-Casados, 2002).

Uno de los principales aportes y enfoques de la SCM es que explica el desarrollo humano no solo desde la perspectiva biológica, sino también sociocultural-psicológico. El desarrollo humano se explica por una doble ontogenia (formación): biológica y sociocultural. Por tanto, SCM es el producto de las dos ontogenias. En este orden de ideas, SCM se fundamentó en el concepto del crecimiento humano, que es propio de su naturaleza evolutiva

y de la transformación de sus facultades cognitivas en destrezas de razonamiento y búsqueda incesante de soluciones a los problemas de diverso orden establecidos por su entorno.

La teoría se resume en que todo ser humano es modificable, para lo cual se requiere una interacción activa entre el individuo y las fuentes que lo estimulan. Por tanto, el desarrollo cognitivo resulta de la combinación de la exposición directa al mundo y la experiencia de MLE, cuya concepción teórica, según Feuerstein, tiene dos funciones primordiales: explicar el fenómeno de la modificabilidad estructural cognitiva y suministrar herramientas que favorezcan aumentar esta modificabilidad en los sujetos intervenidos.

La experiencia debe ser satisfactoria y altamente placentera para favorecer el aprendizaje. La MLE representa la manera por la que se puede incrementar en el ser humano su capacidad de ser modificado y de modificarse a sí mismo y una vez integrados los instrumentos de la modificabilidad, esta puede desarrollarse autónomamente, esta es la gran diferencia con la modificación de la conducta. La modificabilidad afecta a la persona de forma estructural, la modificación de la conducta no (Feuerstein R. , 1997).

Las Características más significativas del cambio cognitivo estructural son las siguientes:

1. Producido el cambio, éste incide totalmente en la persona. Una vez aprendida una pauta o un principio, puede ser aplicado siempre cuando sea requerido o las circunstancias lo ameriten.
2. Una vez alcanzado el cambio cognitivo estructural, y la persona evidencia un cambio en su funcionamiento, seguirá cambiando y transformándose, no habrá límite en su modificabilidad. Continuará cambiando permanente y seguramente. La modificabilidad solo es posible mediante la MLE (Feuerstein R. , 1997).

A modo conclusivo, la experiencia de las AH y la instrucción domiciliaria, aún cuando se dan en un contexto de crisis de salud y discapacidad temporal, pueden a través de la experiencia de los docentes dedicados a esta modalidad educativa y mediante las metodologías lúdicas, personalizadas, de atención múltiple a través de un plan de trabajo simultáneo, flexible con adaptaciones curriculares e innovadora.

El trabajo de Feuerstein se centró en el desarrollo de la teoría de SCM junto al Programa de Enriquecimiento Instrumental (PEI), donde se encuentra como soporte a la MLE (Grynsman, 2001).

2.10.1 Teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva

Vygotsky admite que al hombre no le son suficientes las habilidades instintivas para lograr vivir en la sociedad, asume que los procesos de adquisición de lenguaje y las destrezas de comunicación se encuentran profundamente enlazadas a la sociedad, al momento histórico en el que vive el individuo y la cultura en la que se desarrolla Kozulin (Grynsman, 2001).

Feuerstein insiste en la teoría de Vygotsky,

para lo que empleó la mediación y preparó una serie de tests que le permitirían reconocer la diferencia entre la zona de desarrollo próximo y la zona de desarrollo actual, de acuerdo con la teoría del aprendizaje.

Feuerstein defiende la idea de que los seres humanos pueden cambiar. Asegurando que la “mala inteligencia” era consecuencia de la carencia cultural. Con el afán de demostrar lo que expresaba crea el concepto de la “Experiencia de Aprendizaje Mediado” MLE que aplicó de forma experimental en ellos a través del Programa de Enriquecimiento Instrumental (PEI).

Prieto (1989) determinó que la modificabilidad es el desarrollo de las estructuras cognitivas de las personas con dificultades de rendimiento y el incremento de la capacidad de aprendizaje de los sujetos con desventajas sociales y culturales. Entendiéndose entonces la modificabilidad como un proceso de cambio que sufre el individuo con dificultades de rendimiento motivado a circunstancias sociales y/o culturales hacia la superación de las dificultades cognitivas para alcanzar su aprendizaje; para lo cual es importante contar con una guía en el proceso de cambios de la modificabilidad a través de un mediador, que permitirá que todos los involucrados actúen acorde a lo establecido en el plan de modificabilidad para un avance controlado y bajo las especificaciones determinadas (Fuentes, 1992).

En relación al papel del mediador, éste ha de iniciar el diagnóstico de la situación empleando entrevistas, observaciones, registros, etc. para construir un modelo sistémico que involucre la relación de las partes y el todo, considerando la continuidad escolar, los objetivos de aprendizaje a alcanzar, las condiciones de salud del educando, el entorno familiar y cultural en el que se desenvuelve, y los aspectos pedagógicos que intervendrán en el proceso.

En este aspecto, la teoría de Feuerstein contempla los aspectos psicopedagógicos de en qué condiciones se encuentra el ser humano, cual es la capacidad que posee para hacer cambios en su vida, motivado a que los cambios que puede desarrollar el individuo están relacionados con sus patrones cognitivos o su estructura cognitiva. Entendiéndose entonces, que el cambio no ocurre solo en la estructura cognitiva del educando, sino que también en la de los involucrados incluyendo a su familia,

Así mismo, para que estos cambios que se producen en las estructuras cognoscitivas tanto del educando como de la familia, sean de tipo estructural, de acuerdo con Feuerstein, es necesario que cumplan tres características esenciales:

- Ha de existir una fuerte relación entre las partes y el todo, porque al ocurrir un cambio en las partes se afecta las otras partes y el todo y la relación entre ellas y el todo, y como consecuencia el cambio que se genera en el todo se efectúa en conformidad con el nivel de información que se maneje, preparando al individuo a las nuevas condiciones de vida. En este aspecto, a consecuencia de la condición de salud que padece el niño y/o adolescente, seguramente el desarrollo de la vida cotidiana ya ha cambiado su estructura familiar y es muy probable que los cambios no hayan sido muy funcionales. Por lo tanto, es necesaria la intervención del docente como mediador para garantizar para que el desarrollo integral, emocional y académico del educando y de la familia.

- Es imprescindible generar en el educando condiciones psicoemocionales, sociales, culturales, etc. que le permitan tener disposición al cambio, a enfrentarse a las situaciones que se le presentan a causa de su mala condición de salud, para que asuma positivamente su proceso de cambio y se pueda generar un incremento en los esquemas mentales y en sus estrategias de pensamiento, y de esta forma pueda aumentar sus habilidades para que se beneficie de todas las

interacciones que tienen lugar en su entorno. En este particular, siempre es importante una buena dirección que considere todos los aspectos intervinientes y los individuos involucrados, para que se generen las condiciones propicias para que todos participen, produzcan cambios reales y palpables con el fin de alcanzar la total recuperación del educando y su nivelación educativa.

- La capacidad de auto regulación que posea el individuo para los procesos de cambio que puede atravesar; lo que implica que al generarse la intervención cognitiva, los cambios realizados en el individuo serán constantes en él en función de sus necesidades (Arroyo, 2002). La participación de todos los involucrados y sus esquemas mentales y sus percepciones irán dando las pautas para el trabajo en equipo, organizado y planificado que se desarrollara con miras a la integración del niño y/o adolescente al entorno socio educativo (Alpízar, 2005).

De acuerdo con Feuerstein, estos cambios estructurales que ocurren en el individuo principalmente y en sus familias, se desarrollan con el apoyo de programas que guíen la interacción entre las partes y el todo, para lo que propuso el PEI, donde fundamenta que la actuación de la inteligencia se produce y desarrolla en función de procesos (Molina, 2001).

De esta forma, se alcanza un aprendizaje denominado cognitivo mediado. De acuerdo con Feuerstein, estos programas se emplean, con la finalidad de elevar las habilidades de pensamiento del individuo durante el periodo de enseñanza formal o en una experiencia de aprendizaje cualquiera. Al respecto, se tiene la consideración de Nickerson, Perkins, y Smith (1990) acerca de estos programas quienes opinan que se originan por la insatisfacción producida por los métodos tradicionales, a través de los cuales es posible conocer lo que aprendió o dejó de aprender el individuo pero no dan detalles acerca de la capacidad de aprender del individuo.

En cuanto a la modificabilidad cognoscitiva, se puede mencionar que las funciones cognoscitivas representan un instrumento útil para el proceso de comprensión, para la concientización y para la reflexión acerca de las deficiencias cognoscitivas. Para lo que Feuerstein, expresa que estas deficiencias cognitivas son susceptibles a ser identificadas durante las fases que conforman el acto mental, a saber: las fases de entrada, de elaboración y de salida (Puente, 1989).

Primeramente, en la correspondiente fase de entrada, se determinan las deficiencias y obstáculos que se relacionan con el manejo de información necesaria para cumplir con una tarea, y que puede involucrar no solo al educando sino también a sus familiares. Luego, en la fase de elaboración, es donde se procede a descubrir esas deficiencias que obstaculizan el correcto proceso de aprendizaje, es decir, la posible incomprensión acerca del tema tratado, también el educando puede estar negado a aceptar su enfermedad o si no está de acuerdo en recibir la ayuda.

Por último, en la fase de salida, las carencias en este caso están vinculadas a los factores de socialización de los resultados como la forma en que la familia sobreprotege al niño y/o adolescente, o la forma que los desatienden, el modo como manejan la situación de conflicto que se genera a partir de la enfermedad o el periodo de hospitalización.

2.10.2 Epicentro de la teoría de MLE

Existen tres principios fundamentales que conforman la teoría de MLE. Como primer principio se expone el hecho de que el individuo es consecuencia de un proceso de evolución biológica, pero que además se representa como el producto de la condición socio cultural donde se ubica. Como segundo principio de la teoría, se contempla el comportamiento del individuo como un estado, siendo una expresión de lo que ocurre en el pensamiento.

Por consiguiente, para Feuerstein (2000), la MLE es referida como una “cualidad de interacción ser humano-entorno que resulta de los cambios introducidos en esta interacción por un mediador humano que se interpone entre el organismo receptor y las fuentes de estímulo”. Este estímulo que proviene del entorno es transfigurado por un mediador, que puede estar representado en este caso por el propio docente, el personal de salud y su familia, quienes participan en función de apoyar en el proceso de recuperación y de normalización de la vida del educando.

La inteligencia

De acuerdo a Parada & Avendaño (2013), la relación entre la inteligencia y la modificabilidad estructural cognitiva propuesta por Feuerstein, es que la inteligencia no es invariable, sino que es muy dinámica y a la vez modificable, por tanto puede definirse que la inteligencia es la capacidad que tiene un individuo para adaptarse ante las diversas situaciones o circunstancia del entorno. En relación a los diferentes avances efectuados en el área de la neurociencia, y otras disciplinas, se ha determinado la vinculación entre la actividad mental del individuo y la capacidad del mismo. En este sentido, Myers (2005) define la inteligencia como una cualidad mental que radica en el potencial para aprender de la experiencia, solventar diversas problemáticas, y emplear el conocimiento adquirido para adecuarse a nuevas circunstancias.

Esta concepción de inteligencia a partir de los aportes de Myers (2005) se percibe como la capacidad del uso apropiado del conocimiento para enfrentar situaciones y solventar conflictos para que se le faciliten al individuo su adaptación a diferentes condiciones, es decir, que su respuesta se encuentra en la praxis social (Suazo, 2006). Por su parte, Gardner (1985) se refiere a la inteligencia como una serie de capacidades o habilidades mentales, de la cual disponen todos los individuos, pero en distintos grados, lo que les posibilita elaborar productos que sean valiosos en una o más culturas.

Myers (2005), Gardner (1985), asumen que la inteligencia es la capacidad de adaptación, en sintonía con la construcción de Piaget (1980). En este ámbito, el estudio de lo que se conoce como inteligencia y su relación con la MLE, a través de los expresado por Feuerstein, et. al. (1980), señalan que la inteligencia es dinámica, potencialmente modificable, y es la posibilidad que tiene el individuo para efectuar la modificación de su conducta y adaptarse. Este proceso de adaptación del individuo es lo que se denomina modificabilidad. La disposición al cambio, su flexibilidad y maleabilidad, es lo que finalmente se comprende como inteligencia (Feuerstein, Rand, & Hoffman, 1980).

Sin embargo, la teoría de la MLE descarta la probabilidad de cuantificar la inteligencia mediante el empleo de pruebas que miden el coeficiente intelectual, ya que estima que la implementación de estas pruebas “hace retroceder más de 50 años, haciendo caso omiso de todos los logros de la psicología cognitiva y del desarrollo en la última mitad

del siglo XX” (Feuerstein & Kozulin, 1995, pág. 72). Por lo tanto, estos autores consideran la inteligencia como el potencial mental del individuo que es dependiente de una multitud de factores de origen biológico, social y cultural.

Las funciones cognitivas¹⁰ son constitutivas e indispensables para la inteligencia, en el apropiado tratamiento de la información y para alcanzar la autorregulación del individuo (Feuerstein, Naegelé, Pépin, & Lévy, 1997). Por consiguiente, es así como las funciones cognitivas poseen una fuerte vinculación con la adaptación del individuo a las situaciones que se generan debido al uso de los conocimientos previos empleados para tal fin.

En este ámbito, Piaget (2005) concibe a tales funciones cognitivas como todas las presentes en las operaciones mentales tal es el caso de la percepción, las funciones sensorio motrices y abarcando hasta la inteligencia abstracta, incluyendo por supuesto las operaciones formales. Señala adicionalmente, que todas estas funciones cognitivas están vinculadas, agrupadas de forma indisoluble, con las funciones afectivas, y como resultado, los elementos cognitivos no podrán ser desarrollados si no se presentan los elementos afectivos y viceversa.

Por otra parte, Piaget señala que el organismo, cuando se encuentra al frente de un nuevo objeto del conocimiento, primero incorpora este objeto en los esquemas conceptuales previos, asimilando dicho objeto, y posteriormente, a partir de esto el organismo se modifica por medio de una acomodación, lo cual supone la adaptación, que no es más que el sentimiento de satisfacción (Piaget, 2005).

Igualmente, las contribuciones de Piaget son consideradas por Feuerstein en su construcción teórica: la acomodación acoplada al sentimiento de satisfacción deduce lo que Feuerstein expreso como adaptación. Estas funciones cognitivas podrán ser alteradas y expuestas en el individuo.

Al respecto, Buela & Sierra, (1997) detalla a la función cognitiva como “el componente básico de la inteligencia”, por consiguiente, es un requisito indispensable de la acción de pensar de forma inteligente. Así mismo, ambos autores indican cual sería el

¹⁰ habilidad de aprender y recordar información; organizar, planear y resolver problemas; concentrarse, mantener y distribuir la atención; entender y emplear el lenguaje, reconocer (percibir) correctamente el ambiente, y realizar cálculos, entre otras funciones.

procedimiento a seguir en casos donde se presentan deficiencias cognitivas, comprobando el empleo de la teoría de la SCM y de la MLE en una variedad de contextos y dificultad.

Deprivación cultural

Jackson & Feuerstein (2011) introducen la cultura en virtud de que contemplan que esta es compartida y procesada mediante interacciones elegidas particularmente por un padre, familiar o docente (persona que él denominó mediador) para desarrollar el conocimiento y ampliar las facultades cognitivas del niño, de esta forma cuando los individuos “están desconectados de estas interacciones culturales, hay un corto circuito en las formas de pensar que les permitan dar sentido, interpretar, inferir o, lo que limita su desarrollo intelectual y capacidad de adaptación” (Jackson & Feuerstein, 2011, pág. 57). Es decir, que su entorno y desarrollo cultural es el que le asigna el sentido al conocimiento y a la adaptación del individuo a su entorno.

La deprivación cultural, se trata de una cualidad que se distingue por la “baja capacidad de los individuos para ser modificado a través de la exposición directa a los estímulos, una condición causada por la falta de Experiencias de Aprendizaje Mediado (EAM)” (Haywood, 1992). Por lo tanto, esta deprivación cultural se expresa por medio de las deficiencias en la funcionalidad cognitiva del individuo y que son susceptible a ser rectificadas por las EAM.

2.10.3 La Experiencia de Aprendizaje Mediado MLE.

Feuerstein (2000) señala que existe una relación proporcional entre las MLE y la calidad de las funciones cognitivas, es decir, si existe una baja cantidad de MLE en consecuencia habrá un conjunto de funciones cognitivas insuficientes, y que se evidencian en las deficiencias actitudinales y motivacionales del individuo, al mismo tiempo se refleja la carencia en la rutina de trabajo y de aprendizaje. Por consiguiente, la acción mental se clasifica en tres niveles: input o entrada, elaboración y output o salida:

- La fase de entrada o input: en esta fase se consideran todas las debilidades que tienen que ver con la información que es adquirida por el

individuo, y que se ponen de manifiesto dichas dificultades al momento en que el individuo intenta dar solución a un problema. Para lo cual, es de vital importancia la realización de un diagnóstico de necesidades que permita identificar las deficiencias que pueda presentar el educando, de tal manera de que puedan ser consideradas en un plan de modificabilidad de la estructura cognitiva a través del agente mediador.

- **Elaboración:** para esta fase o etapa de la acción mental, se presenta la elaboración que incluye todo el conjunto de factores que pueden imposibilitar al individuo para un uso efectivo de su aprendizaje; como por ejemplo de la información y con inconvenientes para conducirse adecuadamente ante ciertas situaciones presentadas a causa de su enfermedad, tales como la comunicación, la comprensión de contenidos, la identificación de problemas y su solución, su recuperación, etc.

- **Salida u output:** en esta última fase se atienden las funciones cognitivas que conducen a un aprendizaje eficiente en el individuo, que puede verse afectado presentando por ejemplo una comunicación insuficiente, obstrucción de la comunicación y su correspondiente respuesta, falta de herramientas verbales para comunicarse de forma adecuada y dar las respuestas correspondientes, entre otros. En este particular, es importante que el perfil de salida corresponda con los objetivos planteados en las estrategias para el aprendizaje mediado que le permita al educando alcanzar la modificabilidad cognitiva a través del PEI.

Desde este punto de vista, el PEI se sustenta en la conceptualización de que la inteligencia comprende tres factores trascendentales: la lista de funciones cognitivas con posibles dificultades; el mapa cognitivo que establece la vinculación entre las tareas y el rendimiento del educando, es decir, de qué forma está pensando y resolviendo sus problemas mediante un análisis constante de su desempeño; y por último el de desarrollo cognitivo que presenta el individuo.

En este ámbito, se contempla en el mapa cognitivo el acto mental mediante siete factores que facilitan la realización de un análisis del desempeño del educando principalmente y su familia:

- Tema central del acto mental: la capacidad del individuo para el aprendizaje en un área de conocimiento específica está vinculada a su experiencia e interacción con el entorno, a través de su historia personal, familiar, educativa y cultural.

- Modalidad o lenguaje en que se manifiesta el acto mental: para el individuo existen una variedad de formas en que se puede exhibir una tarea, bien sea de forma verbal, o numérica, también puede mostrarse en forma gráfica, de símbolos, pictórica o a través de la combinación de varias formas.

- Etapas del acto mental: entrada o input, la elaboración, y la salida u output, previamente señaladas en esta investigación. Estas tres etapas se encuentran enlazadas entre sí, y se puede decir que esta interrelación permite que se puedan definir mutuamente.

- Operaciones mentales: el acto mental se evalúa en relación a las estrategias definidas y empleadas por los profesionales de la educación, el personal de salud, la familia y el propio educando. La ejecución de estas operaciones podrá ser simples o complejas.

- Nivel de complejidad: el acto mental se examina de acuerdo a los objetivos establecidos para el aprendizaje, y su contenido, y en función de la relación que tiene para el individuo.

- Nivel de abstracción: la brecha existente entre un acto mental y los eventos que éste implica.

- Nivel de eficacia: es posible determinarlo por la celeridad y eficiencia en el desarrollo de la tarea.

Así mismo, el PEI de Feuerstein se diseñó en relación con la teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva con la finalidad de suplir la falta de la MLE, por medio de una serie de situaciones, actividades, tareas y problemas que se le presentan al educando, elaborados, específicamente con el objeto de modificar su disminuido trabajo cognitivo.

Por consiguiente, la MLE se establece como el primordial componente para la modificación cognitiva de los individuos y esta a su vez se construye a través de una

interacción de calidad que se da entre el individuo y su entorno. A este particular Feuerstein responde a la entrevista efectuada por Noguez-Casados (2002) donde señala que la MLE “conlleva a la explicación de los procesos cognoscitivos como subproducto de la transmisión cultural” desde luego, se concluye que es indispensable la interacción del individuo para el desarrollo social y cultural de éste; reafirmando que la EAM es una de las formas de interacción a través de la cual se produce el desarrollo cognitivo del individuo, a causa de su interacción con el entorno y la construcción de la modificabilidad.

Recordando en este caso, que la otra forma de interacción es la exposición inmediata del niño y/o adolescente a las diferentes fuentes de estímulos. Consecuentemente, la intensidad y alteración de los estímulos del entorno afectaran en menor o mayor medida el desarrollo cognitivo y su modificación. Entonces, existe una vinculación entre el estímulo y su respuesta que representa el origen de las teorías del conductismo (Feuerstein, Klein, & Tannenbaun, 1994).

En este ámbito, la siguiente figura Nro. 2 presenta la MLE de Feuerstein, donde se hace énfasis en el organismo como componente central de la experiencia, organismo que se encuentra expuesto a los estímulos regulados por un mediador, que normalmente corresponde al docente cumplir esta función, y como consecuencia de esa exposición del organismo al estímulo se produce una respuesta, que también es captada por el mediador que impulsara los cambios respectivos en el individuo para su aprendizaje.

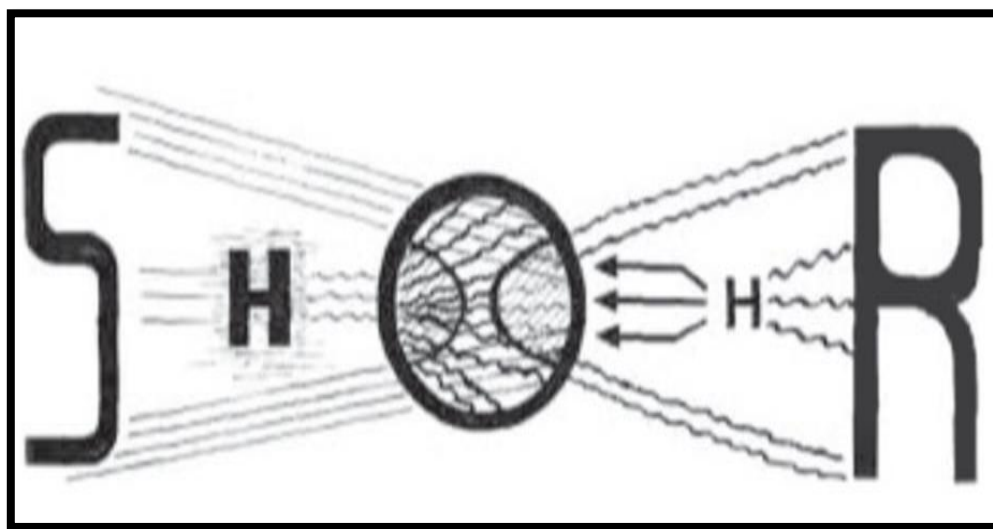


Figura 3. Experiencia de Aprendizaje Mediada (MLE)
Fuente: Feuerstein, et. al. (1994)

En este orden de ideas, se muestra la figura 4 que presenta el modelo de la MLE detalla la labor del mediador en la regulación de los estímulos y la inferencia de la respuesta en el organismo mediado. Desde el enfoque de Feuerstein, Rand, & Hoffman (1980) se describe la interrelación entre MLE y la modalidad de exposición directa al aprendizaje de la siguiente manera, el niño que más haya estado en condiciones de MLE y la más óptima en el proceso mediacional, mayor será la capacidad del niño para beneficiar y se modifican por la exposición directa a los estímulos



Figura 4 Modelo de Aprendizaje
Fuente: Feuerstein, et. al. (1994)

Por consiguiente, la MLE facilita la instrucción de un individuo que luego de la intervención de un mediador puede dar respuesta de forma propicia y eficaz a los estímulos recibidos. Esta propuesta se encuentra relacionada con la Zona de Desarrollo Próximo, sugerida y definida como la brecha entre el grado veraz del crecimiento, definido por la habilidad de superar un problema de forma autónoma, y el grado de crecimiento potencial, definido por medio de la respuesta a un determinado problema con el apoyo de otro individuo o compañero con mayor capacidad (Vygotsky, 1985).

Por consiguiente, se puede decir que progreso mental del individuo se logra definir solamente a través de la distribución apropiada de sus grados o niveles de desarrollo en cuanto al grado real o veraz de su crecimiento y de la zona de desarrollo potencial. Al

examinar los avances de Vygotsky (1985) y de Feuerstein, Klein, & Tannenbaun, (1994) se pueden observar dos propuestas íntimamente ligadas, por lo tanto, en primer lugar se estima que la Zona de Desarrollo Próximo es el grado o nivel del individuo que le permite la ejecución de actividades con el acompañamiento de otra persona que posea una mayor capacidad, lo que para Feuerstein representa el sistema de mediación como herramienta para producir un conjunto de estados nuevos en el individuo.

Por lo tanto, una MLE se representa como una noción teórica por medio de la cual se manifiesta la relación e interacción humana en el proceso de concepción de diferentes estados del individuo, y su correspondiente objetivo es generar resultados en el individuo que le permitan crear cambios en el pensamiento en sintonía con el principio de autoplaticidad. Y como consecuencia de la carencia de este procedimiento se pueden producir resultados negativos en el individuo, quien va alcanzando rigor en cada una de sus operaciones mentales. En la siguiente Figura 5 se muestran los factores etiológicos distales y próximos vinculados al progreso cognitivo y su relación con la mediación enunciados por Feuerstein.

En este particular, se presentan los factores etiológicos como elementos definatorios del progreso cognitivo diferencial, es decir, son definitivos para que el organismo pueda alcanzar “formas bajas y niveles (...) inadecuados de funcionamiento cognitivo hasta niveles superiores de pensamiento” (Prieto, S. , 1989). Estos factores etiológicos se clasifican en: distales y próximos. Los factores etiológicos distales hacen mención a todos aquellos factores que se encuentran en el entorno donde se desarrolla el individuo, tales como: los factores genéticos, la herencia, los factores orgánicos, el nivel de maduración del individuo, el equilibrio emocional del educando y de sus padres, todos los estímulos del entorno, el nivel social y económico, el nivel educativo, el nivel cultural, etc.

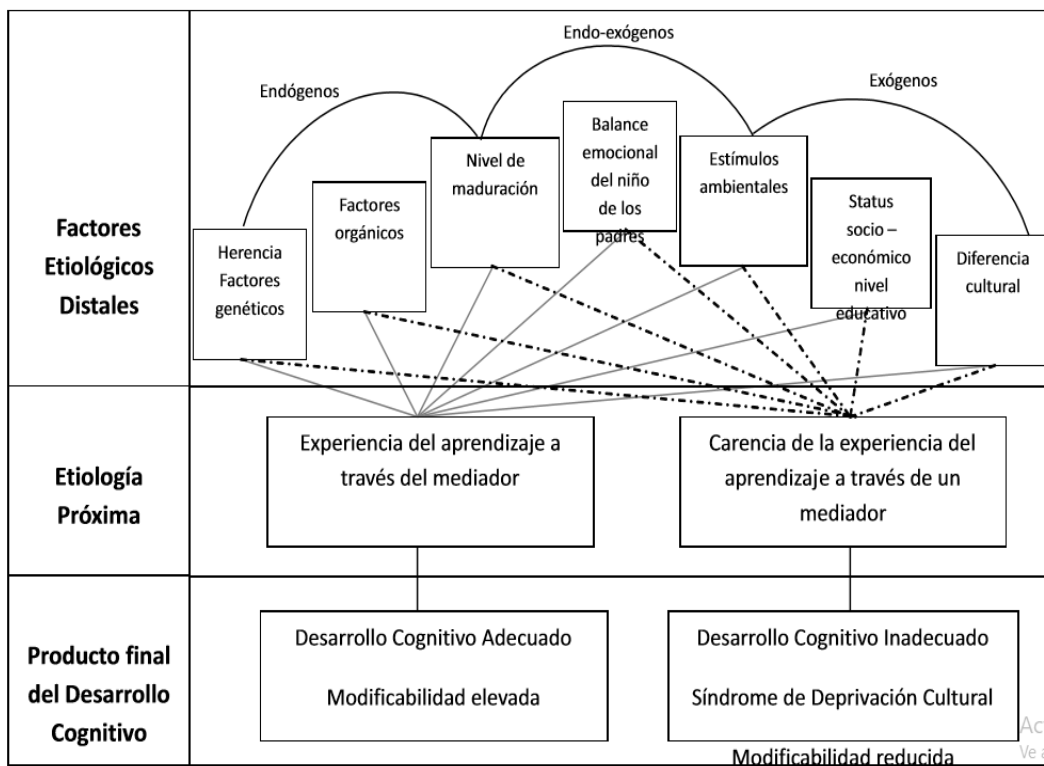


Figura 5. Factores etiológicos vinculados a la Mediación
 Fuente: (Parada & Avendaño, 2013)

En relación a los factores etiológicos próximos, se conforman por la carencia o abundancia de experiencias de aprendizaje mediado. En el gráfico anterior, se hace referencia a la influencia de factores endógenos, endo-exógenos y exógenos que ocasionan consecuencias en el progreso del individuo y que finalmente podrán ser considerados en el área formativa y que se califican como factores etiológicos distales. En todo caso, se podrán generar experiencias de aprendizaje mediado o existirá ausencia de estas experiencias.

A esta ausencia o existencia de experiencias mediadas la teoría de la MLE las identifica como factores definitorios próximos. Por consiguiente, las consecuencias de estos factores etiológicos distales no serán los determinantes únicos en el progreso cognitivo del individuo, situación que podrá ser cambiada mediante los factores etiológicos próximos vinculados con la carencia o existencia de experiencias de aprendizaje mediado. En este ámbito, Feuerstein y Rand (1974) estiman que la existencia de un estado resulta ser reversible, por lo tanto, todo estado es susceptible a ser modificado a menos claro que se presenten daños graves de tipo orgánico y/o genético.

Para este particular, la MLE, mediante el PEI, opera con respecto a las funciones cognitivas, que se definen como las “actividades del sistema nervioso que brindan la capacidad al individuo para servirse de la experiencia previa en su adaptación a nuevas situaciones” (Feuerstein, Naegelé, Pépin, & Lévy, 1997, pág. 97).

En relación a la mediación en la familia, Feuerstein expresa que la mediación es consecuencia de la modificación alcanzada por la interacción de un individuo que se posiciona en el medio entre el individuo y el estímulo, y se encarga de escoger, planificar y organizar los estímulos, y ejercer variaciones sobre ellos en cuanto a su frecuencia, amplitud, e intensidad. Tal como ya se mencionó antes, el desarrollo cognitivo se presenta a través de dos formas, una es la exposición al estímulo, donde la familia representa ese estímulo con participación y en el mejor de los casos realiza declaraciones positivas y ratifica su apoyo; y la otra es la experiencia del aprendizaje mediado, guiado por el individuo que funge de mediador (Ripol, 2001).

Por lo tanto, la mediación hace parte de un modelo de negociación para la integración y el aprendizaje, produce relaciones a largo plazo, favorece el trabajo en equipo, mejora el clima motivacional e impulsa la percepción de éxito entre las partes que tratan un acuerdo, además se relaciona con el fin que se persigue en las labores encomendadas y con el conocimiento de porque se elabora dicho trabajo, aumentando la percepción de eficiencia, orientación, e interés en la labor realizada, como señala Brown y Moberg citado por (Grynspan, 2001).

Por lo tanto, se entiende que la mediación persigue la interacción, la comunicación, la participación entre todos los que se relacionan con el niño y/o adolescente en condición de hospitalización, busca alcanzar soluciones efectivas y positivas al conflicto presentado por la mala condición de salud que presenta, pretende ayudar en el proceso de aprendizaje de éste, a través de la implementación de estrategias de discernimiento. En este ámbito, “contribuye a desarrollar la capacidad de diálogo y la mejora de las habilidades comunicativas, sobre todo la escucha activa”, tal como indica Borrego, citado por (Grynspan, 2001), por otra parte, se facilitan la interrelación personal, se minimiza el conflicto, las situaciones de estrés y se apoya la recuperación del educando (Satir, 1990).

2.10.4 Pautas de mediación

En función de la EAM se requiere que las interacciones que conlleven al aprendizaje correspondan con ciertas pautas que el mediador deberá emplear en su actuación, para alcanzar los resultados esperados, por lo que se proponen 12 pautas que le permiten al mediador interactuar con el individuo o grupo mediado que deben ser consideradas e integradas durante el desarrollo de la mediación:

1. Intencionalidad y reciprocidad, es importante determinar la finalidad en objetivos reales de la mediación y contar con la retroalimentación del individuo para ajustar los planes establecidos en función de la dinámica que se desarrolla;
2. Voluntad del individuo y la familia para dar cabida al cambio estructural cognitivo, se debe contar con la disposición de todos los involucrados;
3. Manejo del significado, en esta situación es importante que se conozca la enfermedad y las limitaciones físicas y emocionales que puede ocasionar en el individuo;
4. Trascendencia en la forma como se concibe la enfermedad y su recuperación;
5. La conducción de la familiar y la recuperación, como se debe asumir el apoyo y la colaboración de la familia en relación al individuo convaleciente;
6. Manejo de la mediación de los sentimientos de control y competencia que se percibe el individuo de sus familiares;
7. Promoción del acto de compartir;
8. Incentivar la mediación de las características que conforman al núcleo familiar como la individualización y la diferenciación psicológica;
9. Acompañamiento del proceso con la finalidad de obtener los resultados esperados en relación a la planificación previa realizada a partir de la modificación de la estructura cognitiva;
10. Mediación y concepción del ser humano como ente modificable;
11. Normalización del estado de ánimo y entusiasmo natural en el entorno familiar;
12. Verificación del sentido de pertenencia sociocultural del individuo en relación a su familia, sus raíces, su gentilicio, etc.

Seguidamente, en la Tabla 8 se presentan las pautas para la experiencia de aprendizaje mediado que se deben considerar y emplear por el mediador. Se hace énfasis en las tres primeras que son vitales para que se genere una verdadera interacción en la MLE, consideradas de carácter universal, ya que se les considera como parte del compromiso para la modificabilidad estructural del individuo.

Tabla 8. Pautas para la experiencia de aprendizaje mediado

Criterio	Características
Intencionalidad y reciprocidad	<ul style="list-style-type: none"> • Selección y organización de los estímulos. • Retroalimentación constante entre el sujeto y el mediador.
Trascendencia	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de generalizar lo aprendido en otras circunstancias. • Utilizar lo previamente adquirido en la resolución de problemas.
Significado	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar situaciones de aprendizaje en forma interesante y relevante. • El sujeto debe ser capaz de identificar la funcionalidad, la importancia y la aplicabilidad de la tarea.
Competencia	Competencia <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar en el mediado un sentimiento de capacidad. • Hacer consciente su proceso y éxito.
Regulación y control de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> • Regular la impulsividad del mediado o el grupo y cambiar la misma por una actitud reflexiva. • La persona debe lograr auto regulación.
Participación activa y conducta compartida	<ul style="list-style-type: none"> • El mediador se incluye como un participante más del grupo que también es aprendiz. • Estimular discusiones reflexivas.
Individualización y diferenciación psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Respetar el ritmo y el estilo de aprendizaje de cada uno. No pretender la uniformidad.
Mediación de la búsqueda, planificación y logro de los objetivos de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> • Crear una necesidad de actuar y trabajar respondiendo a un objetivo, utilizando una estrategia o plan para alcanzarlo. • El mediador enseña a discriminar las metas reales de las irreales, estableciendo metas a corto, mediano y largo plazo y haciendo una revisión a lo largo del proceso.

Fuente: (Prieto, S. , 1989)

2.11 La SCM: Modificabilidad Cognitiva Estructural, en la Pedagogía Hospitalaria de niños y adolescentes con cáncer.

Es conveniente considerar que los requerimientos educativos frente a sujetos con enfermedades crónicas y de larga persistencia son esencialmente tres: i) las correspondientes con la asistencia médica, con el objetivo de colaborar en el autocontrol del estudiante sobre la patología y orientar a los padres de los cuidados que necesita; ii) las asociadas con la adaptabilidad emocional del estudiante niño y el grupo familiar a la enfermedad, y iii) los ajustes curriculares de acceso a la Educación Hospitalaria para impedir el retardo o fracaso académico, así como las adaptaciones más importantes para los estudiantes con consecuencias permanentes producto de su enfermedad (Grau C. , 2001).

Además del cáncer, hay otras enfermedades crónicas que estarán presentes por prolongados etapas del ciclo de vida el estudiante, su tendencia es a no mejorar ni a desaparecer. Los estudiantes aquejados con estas, no siempre están limitados a una cama tanto en su hogar como en el hospital, salvo en los momentos de crisis, lo cual es una amenaza latente, inclusive ante un buen control y con largos periodos de mejoría y/o remisión. Los tratamientos médicos permanentes, las hospitalizaciones continuas y la misma enfermedad pueden menoscabar el rendimiento escolar e integración social. Una lista de estas patologías crónicas, que al igual que el cáncer pueden afectar al estudiante son las siguientes:

- Diabetes Mellitus infantil o tipo I
- Fibrosis quística
- Hemofilia
- Síndrome de inmunodeficiencias adquirida (SIDA)
- Asma
- Epilepsia
- Trastornos alimentarios
- Insuficiencia renal crónica

- Enfermedades con trastornos ortopédicos y neurológicos, como la espina bífida, lesiones de médula espinal, lesiones traumáticas del cerebro, neurofibromatosis, distrofia muscular, osteogénesis imperfecta entre otras
- Trastornos ortopédicos
- Trastornos neurológicos

Estas enfermedades demandan atenciones educativas e intervenciones psicoeducativas como consecuencia de su padecimiento, las cuales pueden ser agrupadas en tres grandes componentes:

1. Las relacionadas con la asistencia sanitaria. Las actuaciones en este campo tienen como objetivos: favorecer el control de la enfermedad por el niño y el manejo de aparatos que le ayuden a ser más independiente; prepararle para las pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, administración de medicamentos y otros tratamientos; e informar a sus allegados sobre los cuidados que precisa, y adaptar el entorno a sus necesidades.
2. Programas para el control de los trastornos psicológicos asociados a las enfermedades.
3. Adaptaciones curriculares de acceso para evitar el fracaso escolar, y significativas, para niños que presentan necesidades educativas especiales como consecuencia de la enfermedad y tratamientos (Grau, 2001, pág. 17).

El problema más significativo que tienen los niños y/o jóvenes estudiantes con enfermedades crónicas es el continuo absentismo escolar, lo que hace indispensable implementar servicios que permitan la continuación o prosecución escolar, tales como AH, educación domiciliaria o cuando sea posible adecuación en la escuela de origen. Igualmente, tendrá que establecerse una planificación de trabajo particular que considere la realidad del estudiante y los probables cambios que puedan producirse y que se coordine con todos los servicios educativos tanto hospitalarios, de atención domiciliaria o de la educación formal.

Sin embargo, es importante considerar que en niños y/o jóvenes las huellas de la enfermedad y del tratamiento pueden causarles significativas dificultades y problemáticas en su aprendizaje: tal como el caso de estudiantes con tumores cerebrales, con daño cerebral sobrevenido, o de otras patologías neurológicas.

En tal sentido, para Grau (2001) Las necesidades educativas especiales en estos casos son totalmente permanentes y en oportunidades graves pues son consecuencia de déficits sensoriales, de movilidad, psicológicos, cognitivos y afectivos originados por la enfermedad, su prolongación en el tiempo y su tratamiento médico. Es importante considerar que los tratamientos profilácticos del sistema nervioso pueden llegar a afectar la calidad para procesar la información, perturbaciones en la atención, comprensión, evocación, recuperación de información, destrezas viso-especiales, abstracción, de programación y organización, estimulación, madurez o equilibrio social y disminuciones del coeficiente intelectual. Efectos similares a la de los estudiantes con tumores cerebrales muestran aquellos niños y/o adolescentes con traumatismos del cerebro. Algunos de los abordajes pedagógicos determinados por la SCM, para este tipo de casos son los siguientes:

- Rehabilitación neuropsicológica, desde la perspectiva de la Autoplasticidad Cerebral, explicada por Feuerstein, y que tiene como finalidad que las áreas cerebrales que no se encuentren deterioradas ayuden en la recuperación y funcionalidad de las áreas perjudicadas. En la infancia el cerebro es mucho más plástico, por tanto, el recobro espontáneo de la funcionalidad neurocognitiva y la restauración mediante la rehabilitación se origina con mayor claridad y más rápidamente (Velarde, 2008; Grau, 2001).

Para Feuerstein el Programa de SCM, se fundamenta en el principio de autoplasticidad del cerebro que permite al individuo adaptarse y actualizarse rápidamente con los cambios alistándolo para afrontar los desafíos actuales del mundo que demanda una esperanza solidaria e igualitaria de cambio para toda la humanidad, especialmente los más vulnerables (Velarde, 2008)

- Rehabilitación neurocognitiva, que incluye programas para mejorar la memoria, atención e inteligencia.

Los programas para mejora de la memoria y atención permiten optimizar y desarrollar las siguientes funciones:

i) Función de registro, referida a la sagacidad perceptiva; lo que no logra percibirse no puede memorizarse. El registro se mejora a través de ejercicios que beneficien tanto la estimulación sensorial como la atención voluntaria.

ii) Organización y fijación, la primera, introduce un orden en la desorganización de las percepciones. Hay dos clases de organización lógica: la categórica y la jerárquica. La categórica se basa en ordenar distintos componentes en categorías, en torno de un criterio frecuente. La segunda los reagrupa de acuerdo a un modelo de jerarquía.

iii) Recuerdo y la evocación, revivir una información fijada radica en buscarla y ubicarla, luego, extraerla, en otras palabras, apropiarse de ella, sacándola de lo más profundo y trayéndola al plano superficial de la memoria. Estas fases pueden ser reforzadas a través de un entrenamiento que favorezca la noción de referencias y luego la integración asociativa (Grau, 2001)

Los programas para mejorar la inteligencia pretenden modificar las funciones cognoscitivas con déficits en la fase de input, elaboración y output. Para ello, el PEI de Feuerstein, cuyos objetivos, entre otros son la mejora de:

- funciones desequilibradas que perturban la fase de entrada de información;
- alteraciones que inciden directamente a la fase de elaboración de la información y
- funciones alteradas que menoscaban a la salida de información.

Asimismo, el PEI de Feuerstein, pretende conseguir en este tipo de niños y/o jóvenes afectados por enfermedades crónicas:

- Adquisición de conceptos básicos y vocabulario, operaciones y relaciones relevantes para el problema.
- Desarrollo de una motivación intrínseca en la formación de hábitos y hacia la tarea.
- Favorecer procesos reflexivos en el alumno, confrontando sus éxitos y fracasos.
- Cambiar la actitud del alumno consigo mismo de tal manera que se autoperciba como una persona independiente, activa y capaz de generar información (Grau C. , 2001, pág. 31)

Conclusiones del Capítulo II

Analizado el marco teórico presentado en este Capítulo de la Investigación es importante concluir lo siguiente:

- La escuela hospitalaria y el posterior acompañamiento académico domiciliario, representan un espacio y una oportunidad para niños y jóvenes, en etapa escolar, que han sido afectados por una problemática de salud que interrumpe temporalmente su educación en la escuela de origen brindándole la posibilidad de no perder la continuidad de sus estudios y poder retornar en condiciones de igualdad a aquellos que no han sido afectados ni hospitalizados.
- Hay múltiples experiencias en este sentido en muchos hospitales del mundo y en Ecuador existe el sistema nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, el cual tuvo su origen en el Programa de AH iniciado en el año 2006, con el respaldo de la Fundación Juan José Martínez y en el marco del Acuerdo Ministerial N° 456 del 21 de septiembre del 2006
- Un factor importante durante el periodo de hospitalización y en el entendido de la continuidad educativa en el AH, es la inclusión de las estrategias pedagógicas lúdicas, ya que esto representa parte de la cotidianidad de los infantes y jóvenes, pues no solo se enfatiza en la salud física sino también emocional y social de los infantes y/o jóvenes. Por consiguiente, los centros hospitalarios preocupados

por estos aspectos que pueden influir en la recuperación del individuo normalmente ofrecen terapia de juegos y música que favorecen la sensación de normalidad en el niño y/o adolescente.

- El Currículo Oficial Educativo del Ecuador representa las aspiraciones del país en la formación de ciudadanos que se requieren para apuntalar el crecimiento y desarrollo de la nación. Al observar la carga horaria del Currículo por áreas de conocimiento, se evidencia claramente que el área de Lengua y Literatura, para todos los niveles de la Educación Básica es la que posee una mayor participación en las Horas pedagógicas por grado para los niveles Elemental y Media y para el nivel Superior se equipara con el área de Matemáticas con la mayor carga horaria pedagógica por grado.

- El Currículo de Educación Básica por niveles para el área de lectura, tiene dentro de sus objetivos de aprendizaje, que los alumnos desarrollen y empleen habilidades de comprensión para entender los mensajes de los diferentes tipos de textos. Conjuntamente, plantea al cuerpo docente la trascendencia y significación de formar personas interesadas por la lectura, que a través de ella puedan satisfacer su necesidad de información y entretenimiento.

- La competencia lectora es fundamental en el aprendizaje significativo, formando a un individuo autónomo, con capacidad de extraer información importante del texto, aumentar sus conocimientos, hacer uso de las competencias lingüísticas, y poder desarrollar una comunicación de alto nivel de complejidad.

- Los modelos estratégicos usados en el AH son los siguientes: El modelo evolutivo, El modelo conductual, El modelo cognitivo, El modelo dinámico.

- Las técnicas más empleadas mediante estos modelos son las de expresión y comunicación como: la expresión plástica, la expresión dinámica, la expresión musical, la expresión corporal, la expresión dramática, el juego, los cuentos. De aquí se derivan los diferentes tipos de actividades como: musicoterapia, ludoterapia, mimoterapia, psicomotricidad, psicodrama, danzaterapia, según los casos concretos, siempre hablando de actividades creativas liberadoras.

- El concepto de modificabilidad de la conducta planteado por Feuerstein, es de significativa importancia en la Teoría de la modificabilidad

cognitiva estructural (SCM). La cual, no está referida sencillamente para la intervención de comportamientos específicos, sino a los cambios de naturaleza estructural, en otras palabras, cambios internos en la cognición en lugar del comportamiento externo, cambios que son duraderos, sustanciales y significativos para el individuo.

- La SCM como teoría surgió del interés por ver a individuos cuyo funcionamiento era bajo y, en ciertos casos, considerablemente bajo, ser capaces de modificarse a sí mismas mediante procesos cognitivos, de tal manera que pudieran adecuarse a los requerimientos de la sociedad. Trabajar con estas personas hizo a Feuerstein consciente de que la modificabilidad es verdaderamente factible, fue entonces cuando se generó la base teórica para los sólidos datos empíricos acumulados para la fecha de su propuesta.

- Otro aporte de Feuerstein fue la experiencia de aprendizaje mediada (MLE) que se establece como el primordial componente para la modificación cognitiva de los individuos y esta a su vez se construye a través de una interacción de calidad que se da entre el individuo y su entorno. Por consiguiente, la MLE es referida como una la cualidad de interacción ser humano-entorno que es producto de los cambios implementados en esta interacción por un mediador humano interpuesto entre el organismo receptor y las fuentes de estímulo. Este estímulo que procede del entorno es transfigurado por un mediador, que puede estar representado en este caso por el propio docente, el personal de salud y su familia, quienes participan en función de apoyar en el proceso de recuperación y de normalización de la vida del educando.

- Estas teorías cobran valor en el entorno de la educación hospitalaria, pues en el marco de las dificultades experimentadas por los niños y jóvenes internados temporalmente, se requiere de estímulos positivos para convertir su experiencia en algo provechoso que permita sobreponerse y continuar aprendiendo en un AH para luego reintegrarse favorablemente a su aula en la escuela tradicional. En este transcurso son importantes la intervención del maestro hospitalario, la familia y el personal de salud.

II PARTE

DESARROLLO EMPÍRICO

CAPÍTULO III

Diseño de la Investigación

El presente Capítulo pretende establecer los lineamientos metodológicos que orientan a la presente investigación. En tal sentido, se plantea, el enfoque, el tipo y el diseño del estudio, así como las técnicas e instrumentos de recolección, tabulación y análisis de la información pertinente, para dar cumplimiento a los objetivos propuestos y poder obtener los hallazgos que generen el conocimiento sobre el tema objeto de estudio, y su posterior divulgación para fortalecer a la comunidad científica a este respecto.

En este sentido, se establece el plan de acción para la recogida de los datos, los diferentes aspectos a considerar para ello, tales como los procesos de ejecución y los criterios de control y supervisión del plan, de la misma forma se establece el papel del investigador en la aplicación de las diferentes técnicas de recolección de información. Se formula la operacionalización de las variables que orientan a la investigación y como resultado final se presenta todos los aspectos metodológicos que guardan coherencia con los objetivos del estudio y con el espíritu, propósito y razón de la presente tesis.

3.1 Diseño metodológico de la investigación

La metodología, se enmarca en la línea de investigación de tipo cualitativa, de nivel exploratorio, descriptivo y explicativo con un diseño de investigación fundamentada en la investigación acción a sabiendas que busca varios aspectos que pueden ser pensados para un cambio social que permita la autorreflexión, la mejora de aspectos que causan inquietud y sobre todo llegar al interés de los involucrados para la mejora de la realidad educativa. Igualmente la investigación se enmarca dentro del campo de un estudio comparativo, en tal sentido y a efectos de implementar y fortalecer una propuesta, no solo se indagará en hospitales de la ciudad de Quito – Ecuador sino también en Hospitales de Santiago de Chile – Chile.

Debido a la naturaleza de la investigación doctoral que aborda el rediseño curricular de la Pedagogía Hospitalaria a través de la puesta en funcionamiento de un modelo de Modificabilidad estructural cognitiva de Feuerstein en aulas hospitalarias aplicada a niños de 7 a 15 años, devela un ‘alcance’ de carácter exploratorio, puesto que, al constituir un fenómeno que no ha sido abordado con gran prevalencia y profundidad por el campo investigativo de la Pedagogía Hospitalaria, cuyas investigaciones demuestran un marcado carácter tecnológico al centrarse exclusivamente en el análisis de experiencias, no así, de construcciones metodológicas y analítica derivadas de la intersección pedagogía hospitalaria y currículo. En tal caso, la investigación adopta estatus de ‘pionera’ y ‘escasamente’ abordada, al crear un conjunto de directrices didácticas que, inspiradas en la Teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva de Reuven Feuerstein, que contribuyen a potenciar los aprendizajes de múltiples estudiantes en situación de hospitalización, demostrando escasos referentes teóricos para situar la discusión en esta singular regionalización epistémica.

El alcance descriptivo persigue la especificación de un conjunto de saberes y conceptos relevantes que nos permitirían ampliar el campo de inteligibilidad del objeto, puesto que “miden de manera más bien independiente los conceptos o variables a los que se refieren y se centran en medir con la mayor precisión posible” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.120). Una de las características más relevantes de la investigación con alcance descriptivo consiste en describir profundamente el objeto de investigación, identificando cómo son y cómo se manifiestan y entrelazan cada uno de sus componentes.

Puede definirse a un estudio comparativo como un trabajo intelectual mediante el cual se confrontan y/o equiparan los aspectos de uno o varios elementos o particularidades, por lo menos sobre la base de una cualidad común. Por ende, desde la perspectiva racional comparar involucra: i) objetos (personas, agrupaciones, organismos, localidades, naciones, etc.); ii) por lo menos una particularidad de los objetos, el contexto de los objetos en cuanto a esa particularidad y el espacio del tiempo en el que éstos fueron evaluados (Piovani & Krawczyk, 2017)

Una vez que avance el estudio, se requerirá reorientar el trabajo investigativo hacia un enfoque etnográfico que permitirá al investigador partir de una situación general, así como la utilización de varios instrumentos y programas para la recolección de datos, una vez se

familiarice con ellos, centrará la atención en aspectos específicos, posteriormente seleccionará determinados focos de atención que se tornen recurrentes (Everston & Green, 1989).

Durante la etapa de recolección de datos se realizará un cuestionario enfocado en cuatro ejes que constituyen las variables y que responden a los objetivos específicos planteados, el grupo focal es otra alternativa que se utilizará con el fin de obtener datos más profundos de los sujetos que serán informantes. Entre los documentos a contemplarse para el levantamiento de información se encuentran la firma del consentimiento informado por parte de los padres de los niños que acuden al Programa de gestión y atención educativa domiciliaria y hospitalaria que se encuentren cursando la educación general básica.

La perspectiva metodológica utilizada en la presente investigación procede de la llamada Escuela de Chicago, que mundialmente es reconocida como el origen del enfoque cualitativo de la investigación científica y que hasta la actualidad inciden en el pensamiento de los investigadores de la comunidad académica y científica. En opinión de uno de sus mayores exponentes H. Becker, quien en uno de sus pensamientos divulgó que

Nosotros éramos mucho más eclécticos con relación a los métodos que las personas que conocíamos. Creíamos que era necesario hacer entrevistas, recolectar datos estadísticos, recabar información histórica. Entendíamos que, debido al hecho de que la mayor parte de las investigaciones habían sido realizadas en Chicago, era fundamental comprender el contexto en el que se daban los hechos estudiados (De Souza-Minayo, 2017, pág. 1).

En tal sentido, la presente investigación, basado en este criterio concede el valor tanto a las personas como a la ubicación de lugar donde se efectuó. La perspectiva metodológica asumida, desde la Escuela de Chicago es la de la reflexividad en el diseño cualitativo. Esta concepción reflexiva dirige al investigador a asumir una postura analítico-crítica orientada a la revisión de la idea, significados, enfoques teóricos, principios y los procedimientos, enmarcados en los contextos históricos donde estos surgen y se desarrollan (Quiñones & Acosta, 2017).

Es importante señalar que la reflexividad en el marco de la investigación cualitativa asume un punto de vista constructivo-interpretacionista. Por tanto, el enfoque cualitativo es el elemento predilecto de los estudios que procuran entender realmente los significados de la observación, la escucha y la comprensión, donde el investigador se integra e incorpora de manera personal en el procedimiento de recabar los datos mediante el trabajo de campo y, por tanto, se considera como una parte del instrumento de recolección. Su propósito es la definición de las conexiones, vínculos y significados que concurren en el objeto de su estudio.

Esta reflexividad se fundamenta en dos principios: la reflexividad del sujeto y la reflexividad del contexto. El primero resume que el investigador/observador se incluye en la situación observada, en otras palabras, la realidad es inherente a la perspectiva u óptica del observado. Apunta a la capacidad de las personas de actuar conforme a expectativas, motivaciones e intenciones, capacidad que los cambia en sujetos activos. El segundo considera que los actores conceden valor a sus actividades en situaciones determinadas y no en forma general, porque el significado conlleva “temporalidad, historicidad y cuerpo de conocimiento compartidos, es decir, un contexto” (Quiñones & Acosta, 2017, pág. 80), en este sentido, la condición del investigador tiene que ser creativa, abierta y atenta.

Los aspectos más relevantes que en el marco de la reflexividad de la investigación cualitativa, como la presente, distinguen a un estudio determinado, acorde a lo planteado por Quiñones & Acosta (2017), son los siguientes:

1. Da preferencia a los datos y al campo frente a los supuestos teóricos.
2. No se debe la teoría formal aplicar al objeto que se investiga, sino que la teoría se descubrirá y formulará al entrar al campo y relevar los datos empíricos.
3. No se seleccionan las personas a ser estudiadas según un criterio de representatividad estadística, sino de relevancia para el tema de investigación (informante calificado o con inmersión en la situación que se estudia).
4. La relación de la teoría con el estudio está dada por el principio de apertura.
5. Formula diferentes niveles de tipos de preguntas de investigación. (pág. 83).

El método de la Investigación Acción en el contexto hospitalario

Kemis & McTaggart (1988) definen a la investigación acción como un método de indagación autorreflexiva adelantada por participantes en diversas situaciones sociales, para mejorar la argumentación y la equidad de a) las prácticas sociales educativas en las que estas se efectúan, b) conocimiento de estas prácticas c) las condiciones en las que se adelantan dichas prácticas.

El contexto de las AH, necesitan para el levantamiento de datos una investigación que utilice métodos dinámicos como lo es la Investigación Acción, cuyo carácter preponderante es la acción, lo que permite a los sujetos participantes asumir un rol activo, cuyo trabajo es sistemático basado en el uso de un método flexible, ecológico y orientado a valores. Estas características son de gran importancia si se considera la población de atención prioritaria que pertenece al Programa de Gestión y atención educativa domiciliaria y Hospitalaria como son los estudiantes con enfermedades catastróficas (cáncer).

Al momento de llevar a la práctica el método señalado, se optará por la investigación participativa que armoniza la parte social, el trabajo educativo y la acción bajo características enmarcadas en la mejora de la vida de los sujetos implicados, constituyéndose en su objetivo principal, el foco de atención está dirigido hacia el trabajo con grupos de atención prioritaria dentro los que se encuentran los explotados, oprimidos, migrantes, mujeres, etc. (Kassam & Hall, 1988).

Para De Miguel (1989, pág. 73) la investigación participativa “se caracteriza por un conjunto de principios, normas y procedimientos metodológicos que permite obtener conocimientos colectivos sobre una determinada realidad social”. Este concepto guarda armonía con las líneas básicas a tomar en cuenta al momento de realizar una investigación de esta naturaleza como lo es el despertar consiente de los sujetos sobre el papel a desempeñar en este trabajo. El punto de partida lo constituye la propia experiencia vivida de las personas involucradas para aprender de su esencia, es así que la experiencia y el conocimiento emitido por estos grupos es respetado y valorado. Otro de los elementos importantes en la Investigación participativa es el compromiso debido al hecho del valor asignado al proceso

de colaboración, que es un acto democrático que está fundamentado en el diálogo como herramienta fundamental (Reason, 1994, pág. 328).

3.2 Técnicas de recogida de datos

3.2.1 Observación

El rol del investigador será activo pues partirá de los problemas surgidos en la práctica educativa hospitalaria, reflexionando sobre ellos y evitando la separación de la teoría y la práctica. Utilizará la observación de tipo no participante debido a que se visitará el escenario en el que se llevará a cabo el levantamiento de datos, con el fin de intentar distinguir su propio marco de referencia de la perspectiva de los investigados, tratando de captar las percepciones de los observados de la forma más fiel posible, manteniéndose alerta a las diferentes manifestaciones que se presenten, convirtiéndose en espectador de aquellas escenas que guardan relación con el objeto de estudio (Hernández I. , 2012).

La postura reflexiva será la actitud que adopte el investigador, considerando en todo momento minimizar la influencia que sobre los participantes y el ambiente pueda ejercer, llevado por sus creencias (Hernández-Arteaga, 2012).

El tiempo de observación o permanencia dentro del escenario de investigación para el cumplimiento de los objetivos perseguidos dependerá de los períodos planteados, frecuencia de visitas para levantar información y propuesta. Se tomará en cuenta el período escolar de la región sierra del Ecuador, en el que empiezan clases los estudiantes, correspondientes al ciclo 2018-2019.

Es así que se ha contemplado:

- Revisión bibliográfica. - Para esta actividad se dedicará todos los días cuatro horas diarias (tentativamente).

- Diagnosticar las prácticas pedagógicas presentes en el contexto hospitalario. - Durante tres meses, desde noviembre que se obtiene el permiso para entrar a las aulas hospitalarias. Asistencia semanal, por dos horas diarias.
- Identificar el desarrollo de competencias lectoras promovidas en el contexto de las prácticas hospitalarias. - Dos horas diarias, durante tres meses.
- Explicar factores que favorecen y limitan el desarrollo de competencias lectoras en estudiantes hospitalarios (un mes, con un período de tres horas a la semana)
- Elaborar la propuesta de desarrollo de competencias lectoras desde el modelo de modificabilidad estructural cognitiva (un año académico).

Desde la revisión de los materiales utilizados en los encuentros presenciales se formulará un plan de sistematización intermedio, es decir una observación sistematizada de datos a partir de la información proporcionada por los sujetos actores. Esta recogida de datos se registrará de manera específica, considerando que en este caso el investigador posee definiciones previas acerca de lo que quiere observar (prácticas pedagógicas hospitalarias, currículo, metodología utilizada) utilizando instrumentos estructurados como lo constituye la guía de observación a ser considerada en este caso.

Adicionalmente, en el proceso de visitas a los centros hospitalarios se utilizará:

- Observación de las prácticas pedagógicas.
- Realización de una guía de observación. (Registro de datos) sobre prácticas pedagógicas, estrategias utilizadas por los docentes para el trabajo en el desarrollo de las competencias lectoras.
- Desde la revisión de los materiales utilizados en los encuentros presenciales se formulará un plan de sistematización de datos a partir de la información proporcionada por los sujetos actores.
- Fecha, actividad observada, participantes involucrados, observaciones.

Los recursos que se considerarán para esta investigación son la guía de observación por ser un instrumento más estructurado, pues indica al investigador, los aspectos sobre los cuáles se debe centrar la atención. Para la construcción de este recurso se tomará en cuenta lo citado en Hernández (2012) en lo que respecta a los siguientes datos:

- Caso observado
- Lugar
- Hora de inicio
- Hora de cierre
- Observador
- Fecha de observación
- Episodio
- Aspecto personal y vestimenta del observado
- Introducción a la sesión de clase
- Técnica aplicada durante la clase
- Materiales utilizados durante la clase
- Evaluaciones realizadas
- Cierre de la sesión
- Notas adicionales del observador (Hernández I. , 2012).

El grado de exhaustividad que se va a seguir en la transcripción de los comportamientos se enmarca en la descripción paso a paso de lo que realicen los docentes dentro del aula hospitalaria, se detallará minuciosamente todos los comportamientos y respuestas que den los involucrados en el levantamiento de información, para posteriormente sistematizar esos datos que conforman el andamiaje necesario bajo el cual se trabajará posteriormente el trabajo de investigación.

El formato para la observación se presenta en el Anexo 3.

Las observaciones se realizaron en Santiago de Chile, del 4 al 14 de junio de 2019 con un total 10 observaciones de docentes en sus respectivas aulas hospitalarias en:

- Hospital Carabineros
- Colegio Pedro Aguirre

- Instituto de rehabilitación
- Clínica IBISA
- Hospital El Pino
- Hospital Felix Brunel

En el Ecuador se realizaron 11 observaciones de aulas hospitalarias del 24 al 26 de septiembre de 2019 en los siguientes centros hospitalarios.

- Hospital de las Fuerzas Armadas
- Hospital Pediátrico Baca Ortiz
- Hospital Carlos Andrade Marín
- CETAD Pumaqui
- Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón
- Hospital de Solca-Quito
- Hospital Psiquiátrico Julio Endara

3.2.2 Cuestionario

La elaboración y posterior aplicación de un cuestionario se irá construyendo en torno a los siguientes ejes o categorías: a) prácticas pedagógicas utilizadas por las maestras hospitalarias, b) la aplicación de la pedagogía hospitalaria (adaptaciones) y su relación con las prácticas, c) nivel de competencias lectoras presentes en los estudiantes, d) teoría de modificabilidad cognitiva de Feuerstein y su relación con las prácticas pedagógicas, toda esta información estará distribuidas en veinte preguntas en total, cinco por cada categoría, (tentativamente).

En lo que respecta a la validación del cuestionario, se tomó como referencia lo citado por Skjong y Wetworht, (2000) quienes plantean la técnica de juicio de expertos, por esta razón se solicitará a un total de cuatro validadores distribuidos en diferentes áreas del conocimiento sobre los temas de pedagogía hospitalaria, inclusión, competencias lectoras, teoría de la modificabilidad conductual, un especialista en elaboración de instrumentos con el objeto de revisar cada una de las preguntas que se utilizarán.

La investigación permitió un estudio comparativo de las Prácticas Pedagógicas, desde la Teoría de Modificabilidad Cognitiva Estructural en 12 centros hospitalarios de dos países sudamericanos Ecuador y Chile, 4 ecuatorianos ubicados en la ciudad de Quito y 8 Chilenos ubicados en la ciudad de Santiago, donde a su vez fueron consultados 23 docentes de Aulas Hospitalarias de niños hospitalizados con la enfermedad objeto de consideración para el presente estudio. La consulta, vía entrevista fue realizada en el periodo comprendido entre el 05-06-2019 al 26-09-2019.

El cuestionario constó de 10 preguntas para determinar las buenas prácticas pedagógicas desde la Teoría de Modificabilidad Cognitiva Estructural.

3.2.3 Focus Group

Otra de las técnicas de recogida de datos de corte cualitativo es el focus group, que según Korman citado por Hurtado (2012), define al grupo focal como una reunión de personas seleccionadas deliberadamente por el investigador con el fin de discutir una temática o un hecho social, desde su experiencia personal. Los seleccionados participan con la finalidad de generar percepciones sobre la temática investigada, estas reuniones se llevaran a cabo en un ambiente exento de presiones y/o posibles amenazas. Se diferencian de las entrevistas individuales, porque los miembros del focus group pueden interactuar, e inclusive influenciarse recíprocamente durante el transcurso de la discusión o planteamiento de ideas.

Busca promover la comunicación de sentimientos, creencias, pensamientos, actitudes y reacciones de los participantes (Hernández, Fernández, & Batista, 2006). Esta técnica constituye propicia en el trabajo de investigación acerca de aulas hospitalarias pues coloca en la consecución de información sobre los objetivos que persigue este trabajo.

El objetivo de un focus group no consiste en arribar a un consenso, o cierto nivel de acuerdo o tomar decisiones sobre el asunto tratado. Esta herramienta de recolección de datos está diseñada para comprobar los sentimientos, apreciaciones e inclinaciones de los participantes sobre una situación en particular. Los focus group son provechosos porque al

igual que en la dinámica cotidiana de la vida real, los participantes pueden participar, influir y ser influenciados.

La recolección de información usando esta técnica se la realizará en base a los objetivos específicos planteados en la operacionalización de variables. Se llevará a cabo reuniones del grupo focal en una jornada intensiva que será al culminar el primer trimestre del año lectivo, es decir el mes de enero, el período a tomar en cuenta es de dos semanas, cuatro días (cada día se trabajará en una variable), de una a dos horas diarias, considerando el tiempo con el que cuentan las docentes, ismo que se encuentra sujeto a su jornada laboral.

La formación de grupos se realizará en base a lo establecido por Díaz (2005) y citado por Hernández, Fernández & Batista (2006) quienes indican que el tamaño de los grupos focales debería estar entre los 4 y 8 participantes, por esta razón se formarán grupos de 5 participantes cada uno, de tipo heterogéneo de acuerdo a las características de sus participantes, para poder captar información variada.

Esta formación de los grupos será realizada, tomando en cuenta lo que plantea Kinnear y Taylor (1998) mencionan:

- Escoger personas que no guarden una relación muy estrecha para evitar alianzas.
- No incluir por segunda vez, a las personas que ya hayan participado anteriormente en una sesión de grupo (para que no se considere experto)
- Los participantes, no deberán conocer con anterioridad el objetivo de la discusión (para evitar ideas preconcebidas).

El focus group usualmente es conducido por un moderador que explica el tema a los participantes y favorece la discusión procurando la participación del mayor número posible de sujetos y encaminando la discusión únicamente hacia los temas considerados de interés; generalmente, la reunión tiene una duración promedio entre una y dos horas. Las reuniones debe realizarse en lugares acondicionados para el evento, los espacios deben estar dotados con áreas para la observación, equipos de audio y grabación visual (Ivankovich & Araya, 2011).

Las fortalezas del focus group radican en la obtención de “datos rápidos, interacción directa con el grupo meta, generación de interestimulación creciente, las opiniones que ofrece cada uno de los participantes son importantes, las respuestas son normalmente honestas y sinceras, la participación es espontánea, y los resultados de fácil entendimiento” (Ivankovich & Araya, 2011, pág. 548)

Las debilidades de la estrategia más significativas son la probabilidad de sesgo por la interacción, una perspectiva individual de un participante puede incidir sobre el grupo, demanda o exige moderadores altamente capacitados, y en oportunidades el volumen de información recabada dificulta el resumen de la misma o no puede extrapolarse de manera concluyente a la actuación de grupos numerosos en virtud del limitado número de personas participantes del grupo (Ivankovich & Araya, 2011).

3.2.3.1 El rol del moderador en la aplicación del Focus Group

De la posición y forma de conducir el grupo que tenga el moderador dependerá el recogimiento de datos que aporte de manera efectiva en la investigación.

El investigador fungirá como moderador, quien tendrá a cargo el promover la exposición de ideas, percepciones, creencias, sentimientos, posturas, etc. Debe tener la habilidad de manejo de grupos con mucha capacidad de comunicación, gran conocimiento en el tema, capaz de generar un clima de confianza que permita expresarse de manera libre. Debe propiciar que surja la información que aporte a la investigación

Dentro de las funciones a cumplir se encuentran:

- Mantener el control de la discusión, de modo que todos participen y se mantengan centrados en la temática.
- Propiciar que las respuestas sean confiables y tengan credibilidad. Para ello debe generar un clima de confianza y apertura.

- Debe ser neutral, no debe apoyar ni criticar ninguna opinión en particular, ni tampoco debe permitir que los participantes lo involucren en la discusión haciéndole preguntas.
- Debe, simultáneamente, captar la atención y el interés del grupo, controlar las intervenciones y mantener el dialogo centrado en la temática.
- Debe evitar inducir las respuestas hacia una determinada posición. al grupo.
- Ubicarse en una posición en la que pueda establecer contacto con todos los miembros del grupo y escuchar con facilidad; no debe ubicarse en un lugar que implique jerarquía o autoridad (Hurtado, 2012, pág. 915).

Al utilizar el grupo focal como técnica de recogida de datos, se presenta un grado de estructuración metodológico tentativo a ser tomado en cuenta en la investigación, que se manifiesta en un cronograma a utilizarse, enfocado en dos partes, una que consiste en el cronograma a ser utilizado:

Tabla 9. Grupo Focal

HORA INICIO	DE SECUENCIA DE ACTIVIDADES	DE RECURSOS	RESPONSABLES DE LA ORGANIZACIÓN Y EJECUCIÓN
11h00-11h05	Saludo y bienvenida Presentación de los participantes.	Cartulinas para los nombres de las personas participantes. Marcador	Moderador
11h05-11h10	Introducción Pautas a seguir Orden de la palabra Organización	Guión establecido Mesa redonda Sillas para cada participante	Moderador
11h10-11h15	Apertura de la discusión Planteamiento de la temática	Guía de entrevista	Moderador Docentes hospitalarias
11h15-12h00	Dirección de la discusión	Guión del moderador Libreta de notas	Moderador

5 minutos por participante	Control del tiempo De las intervenciones Concede la palabra	Cronómetro Reloj	Moderador
12h30	Cierre Consensos a los que se llegó Agradecimiento a los participantes.	Actas	Moderador
12h30-13h30	Elaboración de informe Con detalles fundamentales De forma inmediata.	Apuntes Ordenador Impresora Internet	Moderador

Fuente: (Hurtado, 2012)

El segundo aspecto que tiene que ver con la estructuración de la guía de entrevista para un grupo focal, es que en primera instancia estaría ejemplificado con la elaboración de preguntas que servirá para tomar datos de relevancia. Por ejemplo, con la temática prácticas pedagógicas. Las grabaciones de las respuestas que den los integrantes del grupo focal serán transcritas en un registro que levantará el investigador, para digitalizar del material mediante el ingreso los datos a través del programa SPSS, adaptando las características de la información a los requerimientos del software.

El guion está fundamentado en el análisis documental y el análisis realizado permitiendo obtener información confiable, directa y que fortalecerá la información obtenida de los cuestionarios y observación, para disponer de una visión más clara de las diferentes opiniones en cuanto a: planificación, metodología aplicada, eficacia de la aplicación, indagar sobre estilos de aprendizaje, herramientas, evaluación, factores, aceptación o disposición de los estudiantes, apoyo, material utilizado, temáticas, como principales temas que implican adicionalmente el desarrollo de la temática gracia al tipo de herramienta cualitativa.

El grupo focal fue aplicado en los siguientes Centros hospitalarios y con la participación de las siguientes participantes:

Tabla 10. Centros hospitalarios y participantes del focus group

Centro hospitalario	Número de participantes
Hospital San Borja Arriarán	5
Hospital de los Carabineros (Oncológico)	6
Hospital Felix Brunel (Psiquiatría)	5
Instituto de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (Inrpac) Parálisis	8
Hospital Militar de Chile	14

3.2.4 Prueba PROLEC R. - Batería de Evaluación de los Procesos Lectores, Revisada

La finalidad de esta batería de pruebas es determinar las inconvenientes en el aprendizaje de la lectura, sin embargo, no se restringe únicamente a diagnosticar la presencia de potenciales dificultades en la lectura, sino que conjuntamente evidencia qué procesos cognitivos están comprometidos en las limitaciones, es decir, qué elementos del sistema de lectura fallan en cada niño y les imposibilitan llegar a ser buenos lectores (Cuetos , Rodríguez , Ruano , & Arribas, 2014).

Las pruebas están orientadas a evaluar tanto la adquisición como las dificultades lectoras en estudiantes de Educación Primaria con edades comprendidas entre 6 y 12 años. Pueden aplicarse a escolares que evidencien cierto tipo de retardo en el desarrollo o de aprendizaje sin que se considere una prueba orientada a poblaciones determinadas. No se aplica a quienes no tengan un conocimiento apropiado del castellano, ni a niños comprometidos con un fuerte deterioro cognitivo (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos-España, 2007).

En tal sentido, la batería PROLEC-R se administra única y exclusivamente de forma individual a través de un examinador. El tiempo aproximado de aplicación es de 40 minutos para niños de 1° a 4° de Primaria y 20 minutos para niños de 5° y 6° de Primaria. En algunas evaluaciones se ha observado que el tiempo de aplicación ha llegado hasta los 60 minutos, siendo conveniente pasar el test en dos sesiones (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos-España, 2007, pág. 9).

La batería de pruebas se compone de nueve tareas que procuran examinar los primordiales procesos lectores, desde los más elementales a los más complicados. Para cada proceso lector hay dos pruebas, con excepción de los procesos semánticos que incluyen tres tareas. De acuerdo a lo propuesto por Cuetos y otros (2014), estas son las pruebas:

- Las dos primeras pruebas, Nombre o sonido de las letras e Igual-diferente, están reservadas a los procesos preliminares de identificación de letras, algo elemental pero esencial para la lectura, pues no se podrá alcanzarla si no se reconocen rápida y automáticamente la totalidad de las letras del alfabeto.
- Las siguientes pruebas, Lectura de palabras y Lectura de pseudopalabras, están asignadas a los procesos léxicos o de identificación visual de palabras. Precisamente es en este nivel léxico donde se originan las diferencias significativas entre buenos lectores y los niños disléxicos.
- Las dos pruebas sucesivas, Estructuras gramaticales y Signos de puntuación, procuran evaluar los procesos sintácticos.
- Por último, las pruebas denominadas Comprensión de oraciones, Comprensión de textos y Comprensión oral, están orientadas a los procesos superiores o semánticos y es donde se generan las principales diferenciaciones entre lectores normales e hiperléxicos.

En todas las pruebas que lo aceptan se recolectan dos datos de mucha importancia, el número de aciertos y el tiempo requerido para cumplir la tarea. Esto es de suma importancia, pues los lectores sobresalientes son quienes ejecutan la tarea con alta precisión y en el menor tiempo posible, inversamente a los lectores con mayores debilidades que cometen numerosos errores y/o demoran mucho tiempo en terminar la tarea.

La fiabilidad del PROLEC-R fue calculada de varias formas. Se encontraron fiabilidades medias-altas en algunas pruebas (alfa de Cronbach desde .48 hasta .79). Otro estadístico de fiabilidad calculado fue el estadístico theta, que mostró que todas las pruebas eran altamente fiables y precisas, excepto la prueba de Comprensión oral.

En cuanto a la validez del PROLEC-R Cuetos, Rodríguez, Ruano y Arribas (2007) han calculado la validez de criterio, validez de constructo y validez factorial.

El PROLEC-R mide dos variables: número de aciertos y tiempo de realización de la tarea. Cuetos, Rodríguez, Ruano y Arribas (2007) calcularon estadísticos descriptivos para las ambas variables de cada prueba según el curso

Partiendo de la implementación de las pruebas señaladas anteriormente, puede obtenerse múltiple información sobre el nivel de lectura del niño. Las puntuaciones obtenidas en la aplicación de las pruebas, se dividen en dos tipos: Índices principales e índices secundarios. Los índices principales son el recurso informativo más significativo y expedito a la que debe apelar el experto para caracterizar y comprender el comportamiento lector del niño. Estos indicadores pueden combinarse y/o complementarse por los índices secundarios, los cuales ahondan en la interpretación de los resultados. A continuación se resumen los indicadores principales y secundarios de la batería de pruebas PROLEC-R.

Tabla 11. Indicadores Principales y secundarios PROLEC R

Indicadores Principales	NL	Nombre letras	Indicadores secundarios	Precisión (-P)
	ID	Igual-Diferente		NL-P
	LP	Lectura Palabras		ID-P
	LS	Lectura Pseudopalabras		LP-P
	EG	Estructuras Gramaticales		LS-P
	SP	Signos Puntuación		SP-P
	CO	Comprensión Oraciones	Velocidad (-V)	NL-V
	CT	Comprensión Textos		ID-V
	CR	Comprensión Oral		LP-V
				LS-V
				SP-V

Fuente: Cuetos, Rodríguez, Ruano, & Arribas, (2014). Prueba PROLEC R- Batería de Evaluación de los Procesos Lectores - Revisada, Quinta Edición-

El test PROLEC R se aplicó a un total de 28 niños.

3.2.5 Categorización

Referente a la categorización de las preguntas o ítems a consultar a través las entrevistas, Strauss y Corbin (2002) la definen como la agrupación de acontecimientos, sucesos, objetos, acciones e interacciones que se consideren conceptualmente similares o relacionados.

El proceso que se tomará en cuenta para la categorización de los datos estará dado por la correspondencia directa con el evento de estudio para esto se definirá la identificación de las unidades de análisis de acuerdo a criterios temáticos, y a la definición de las categorías. Algunos autores como Strauss y Corbin (2002), denominan a las categorías más específicas en “códigos”. Que permiten identificar conceptos descubriendo en los datos propiedades y dimensiones”.

Las categorías de las preguntas realizadas durante la entrevista se centran en aspecto fundamentales de las buenas prácticas pedagógicas en el ámbito hospitalario. Las categorías más importantes giraron en torno a:

- Coordinación académica con la escuela de origen del estudiante hospitalizado para la planificación de actividades lectoras.
- Planificación interna en la escuela hospitalaria de las actividades didácticas.
- Evaluación de los niveles educativos de los estudiantes de los estudiantes hospitalizados.
- Aplicación de actividades para la motivación lectora.
- Uso de recursos didácticos
- Adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias lectoras de los estudiantes hospitalizados.
- Evaluación de las competencias lectoras de los estudiantes mediante indicadores.
- Aplicación de la autoevaluación por parte de los estudiantes para el reconocimiento tanto de fortalezas y debilidades en el área de la lectura

- Formación de los docentes hospitalarios en el desarrollo de competencias lectoras
- Participación de los padres o miembros del grupo familiar en las actividades académicas.

Las categorías consideradas en la aplicación de la Prueba PROLEC R. - Batería de Evaluación de los Procesos Lectores, Revisada fueron las siguientes:

- NL Nombre de las letras
- ID Igual-Diferente
- LP Lectura de Palabras
- LS Lectura de Pseudopalabras
- EG Estructuras Gramaticales
- SP Signos Puntuación
- CO Comprensión de Oraciones
- CT Comprensión Textos
- CR Comprensión Oral

Las categorías consideradas en el marco del focus group fueron:

- Ventajas de la planificación de las actividades didácticas en el área de la lectura.
- Metodologías planteadas en el Modelo de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria.
- Actividades de motivación hacia la lectura.
- Evaluación previa de los estudiantes hospitalizados en el área de la comprensión lectora.
- Identificación en los estudiantes de los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje.
- Herramientas para evaluar las competencias lectoras.
- Aplicación de la autoevaluación por parte de los estudiantes para el reconocimiento tanto de fortalezas y debilidades en el área de la lectura.

- Materiales y recursos didácticos.
- Participación del grupo familiar.
- Asistencia a las actividades didácticas en el aula hospitalaria.
- Disposición de espacios para las actividades académicas.

En la observación como elemento de recogida de datos, las categorías fueron en su conjunto una consideración de la mayoría de las aplicadas en los otros instrumentos para la recogida de los datos, pero se hizo énfasis en:

- Disposición de espacios para las actividades académicas.
- Asistencia de los estudiantes a las actividades didácticas en el aula hospitalaria.
- Suficiencia del personal académico hospitalario para atender a los estudiantes.
- Materiales y recursos didácticos.
- Actividades de motivación hacia la lectura.
- Formación de los docentes hospitalarios en el desarrollo de competencias lectoras

En cuanto a la ubicación de los datos en el proceso de análisis se siguió el proceso:

- Evento
- Captación
- Categorización
- Codificación
- Calificación
- Procesamiento
- Interpretación
- Resultados (Hurtado, 2012).

Los resultados obtenidos del levantamiento de la información mediante el trabajo de campo, así como el plan de análisis de datos, se efectuará a través del programa analítico Software SPSS, que permitirá encontrar la relación existente entre la pertinencia de las prácticas pedagógicas en el contexto hospitalario y el desarrollo de competencias lectoras, a través del test de Levene se podrá comparar grupos para afirmar que la variabilidad de un grupo es similar a la del otro, considerando el valor menor a 0.05 la hipótesis será rechazada y tomada en cuenta la hipótesis del investigador.

3.2.6 Triangulación

En la investigación se ha contemplado el uso de la triangulación de métodos debido a que como señala Patton 1980 permite examinar la consistencia de los hallazgos obtenidos en la recolección de datos, a través de la comparación de los mismos.

En este sentido, se trató de identificar en los diferentes métodos de recogida de datos algunos patrones convergentes para desarrollar o coincidir en un reconocimiento de carácter global sobre el tema objeto de estudio en los diferentes centros hospitalarios considerando la estructura de los mismos, la dotación de los recursos didácticos, la suficiencia en número y en formación académica de los docentes hospitalarios, la asistencia a las actividades académicas por parte de los estudiantes, la participación y apoyo de los familiares de los estudiantes, las metodologías utilizadas, el cumplimiento de los currículos académicos, entre otros.

La triangulación de los datos se favoreció y facilitó en virtud de que la categoría de las preguntas o ítems a consultar a través de las diferentes técnicas para la recogida de datos, tuvo una orientación general sobre las prácticas pedagógicas hospitalarias, sus facilidades y dotaciones institucionales (personal, recursos) y la participación de los estudiantes.

Al cruzar los datos de las entrevistas, el focus group, las baterías de pruebas lectoras y la observación, permitió al autor de la presente investigación la identificación de las fortalezas y debilidades del modelo de educación hospitalario implementado para proponer mejoras, determinar hallazgos coincidentes en la implementación del modelo, concluir al respecto y formular una propuesta para su implementación apropiada.

3.2.7 Viabilidad de la investigación

Este estudio está enmarcado en la atención y respuesta a los niños/as, adolescentes que se encuentran en situación de enfermedad mediante el planteamiento de una propuesta metodológica desde el enfoque de modificabilidad estructural cognitiva de Feuerstein para la generación de condiciones que aseguren el proceso de enseñanza aprendizaje a través de la pertinencia de las prácticas pedagógicas de los docentes hospitalarios en el desarrollo de competencias lectoras en los estudiantes que acuden al Programa en la ciudad de Quito-Ecuador, tomando en cuenta a la pedagogía hospitalaria como medio de continuidad escolar. El aporte a la ciencia de la investigación está dado en la implementación de una mejora en prácticas pedagógicas docentes planteado en el interior de las aulas hospitalarias en Quito enfocado en el desarrollo de competencias lectoras.

3.2.7.1 Procedimientos que favorecieron la viabilidad de la investigación

A efectos de garantizar el éxito y viabilidad de la investigación se implementó una serie de fases de carácter procedimental que se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 12. Procedimientos que favorecieron la viabilidad de la investigación

Aspectos considerados	Proceso de ejecución	Criterios de supervisión del proceso de ejecución del plan
Revisión de idea general	La problemática de investigación consiste en determinar la pertinencia de las prácticas pedagógicas en el contexto hospitalario para el desarrollo de competencias lectoras en los estudiantes del área oncológica	Observando y registrando las prácticas pedagógicas aplicadas por las docentes hospitalarias, o involucrados. A través de una guía de observación.
Factores a considerar	Prácticas (estrategias metodológicas de atención. Currículo Entorno Planificación de clases Didáctica utilizada Metodología Adaptaciones Formas de evaluación de las docentes hacia los estudiantes	Lista de cotejo para cada factor Cuestionario de 20 preguntas desde cuatro ejes.
Negociaciones realizadas	Permisos y acuerdos de intervención con Ministerio de Educación y Salud Solicitud de ingreso a Casas de salud. Recursos humanos. - Subsecretaría de Inclusión	Solicitudes y convenios aprobados
Recursos disponibles	Médicos y enfermeras del área de oncología de consulta externa y hospitalización Docentes hospitalarios Coordinadora de las UDAI Recursos materiales Aulas hospitalarias, materiales y equipos. Modelo de gestión educativa para atención domiciliaria y hospitalaria.	Modelo de gestión de atención educativa Actas de compromiso Lista de chequeo
Marco (confidencialidad, negociación y control)	ético Consentimiento informado de la parte del personal involucrado de la casa de salud, asentimientos informados de los niños del área de oncología	Consentimientos firmados aprobados. Asentimientos autorizados

Fuente: (Hurtado, 2012, pág. 836)

Para acceder a los respectivos hospitales en los que se encuentran presentes las aulas hospitalarias, el investigador contó con la aprobación por parte de las autoridades en el área educativa del Hospital, el Ministerio de Educación y del Ministerio de Salud de los países considerados en el estudio. A estos efectos fue circulada previamente a estos entes una comunicación informando el objeto académico y científico de la investigación, los diferentes horarios de visita a las instalaciones y el acceso a los docentes hospitalarios, les fue remitida las entrevistas, la agenda del focus group, la batería de pruebas lectoras, de la misma forma se solicitó por la misma vía el uso de instalaciones para realizar tanto las entrevistas como el focus group. Los centros hospitalarios que concedieron el consentimiento para participar fueron los visitados a efectos de la presente investigación.

3.3 Participantes

En lo que respecta a los sujetos de la investigación, los participantes seleccionados estarán conformados por el tipo de selección de caso típico ideal, debido a que es una estrategia que requiere de sujetos que cumplan con un perfil de atributos esenciales así como de una unidad que se adapte a este perfil a partir de informantes claves provenientes del área oncológica de las aulas hospitalarias tanto de consulta externa y área de hospitalización, mismas que se encuentran funcionando en Casas de Salud Públicas y Privadas cada una de ellas sujetas al Ministerio de Salud como organismo rector en el campo de atención sanitaria y el Ministerio de Educación como ente principal en el campo educativo del país.

La población a participar en esta investigación son los estudiantes hospitalarios con un rango de edad comprendido entre los 7 a 15 años del área de oncología y son parte del Programa Aulas Hospitalarias de las Casas de salud del sector público. El número de asistentes varía de acuerdo al estado de salud. En el área de hospitalización aproximadamente se cuenta en promedio con 20 personas por cada hospital.

La población o universo para la investigación lo constituyen todos los hospitales de las ciudades de Quito – Ecuador y Santiago de Chile – Chile, que tengan dentro de sus instalaciones Aulas Hospitalarias con Docentes que laboren en ellas para atender a la población de niños y jóvenes estudiantes aquejados de cáncer en cualquiera de sus

manifestaciones patológicas y que por esa condición están hospitalizados y no pueden cumplir con el horario escolar de sus instituciones educativas de origen.

El número de Hospitales seleccionados para la aplicación de las diferentes herramientas fue de 12. La selección se hizo en base a un muestreo intencional y por conveniencia. En este sentido, Otzen & Manterola (2017), sostienen que el muestreo intencional como el muestreo por conveniencia son técnicas estadísticas metodológicas no probabilísticas. El muestreo intencional “se utiliza en escenarios en las que la población es muy variable y consiguientemente la muestra es muy pequeña. Por ejemplo, entre todos los sujetos con cáncer, seleccionar a aquellos que más convengan al equipo investigador, para conducir la investigación” (Otzen & Manterola, 2017, pág. 230).

En este mismo orden de ideas, el muestreo por conveniencia “permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador. Por ejemplo, entre todos los sujetos con cáncer, solamente aquellos que se encuentren hospitalizados en el Hospital” (Otzen & Manterola, 2017, pág. 230).

En virtud de las características metodológicas de ambos muestreos se seleccionan ambos para adelantar la presente investigación. En tal sentido, se seleccionaron en la ciudad de Quito los siguientes hospitales:

- Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín,
- Hospital Pediátrico Baca Ortiz
- Hospital Oncológico de Solca
- Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón.

En la ciudad de Santiago de Chile se seleccionaron los siguientes hospitales:

- Colegio Hospitalario Hospital de Carabineros
- Colegio Hospitalario Félix Bulnes Cerda
- Clínica Indisa
- Escuela Hospitalaria INRPAC
- Colegio Hospitalario San Borje Arrienren
- Hospital San Juan de Dival

- Hospital del Pino
- Hospital San Juan de Dios

En total fueron seleccionados 12 hospitales: 4 en la ciudad de Quito y 8 en Santiago de Chile. En estos centros de salud fueron entrevistados 23 docentes en sus respectivas AH. La cantidad de alumnos que tiene cada centro es variable permanentemente debido a la condición, sin embargo al momento de la aplicación, existieron 58 estudiantes en la ciudad de Quito y 103 en Santiago de Chile. Adicionalmente, se aplicó a los estudiantes hospitalizados y en atención domiciliaria una prueba denominada PROLEC R que identifica las dificultades lectoras de los niños.

3.4 Operacionalización de variables

La operacionalización de las variables es un procedimiento metodológico que permite descomponer deductivamente las diferentes variables que integran el problema a investigar, usualmente se parte de lo general a lo más particular o específico; en otras palabras, las variables se subdividen (en caso de complejidad) en dimensiones, áreas, componentes, metas y/o resultados, aspectos técnicos, instrumentos, población, indicadores entre otros. En tal sentido, Avalos (2014), citado por Espinoza (2019), señala que,

la operacionalización de las variables comprende la desintegración de los elementos que conforman la estructura de la hipótesis y de manera especial a las variables y precisa que la operacionalización se logra cuando se descomponen las variables en dimensiones y estas a su vez son traducidas en indicadores que permitan la observación directa y la medición. Afirma que la operacionalización de las variables es fundamental porque a través de ellas se precisan los aspectos y elementos que se quieren cuantificar, conocer y registrar con el fin de llegar a conclusiones (págs. 172-173).

A modo de resumen, operacionalizar es definir en forma clara las variables de la investigación para facilitar su medición. En la siguiente tabla se presenta la operacionalización de las variables consideradas para la presente investigación.

Tabla 13. Operacionalización de variables

Ítem	Variables	Dimensión	Componentes, meta y o resultados	Técnica	Instrumento	Población
1	Prácticas pedagógicas presentes en el contexto hospitalario para el desarrollo de competencias	Didáctica Currículo aplicado Adaptaciones Curriculares Trato a los estudiantes Metodología aplicada	Conocer la relación existente entre las prácticas pedagógicas utilizadas por los docentes hospitalarios con el desarrollo de competencias lectoras	Observación Técnica sociométrica	Guía de observación Cuestionario	Profesores
2	Situación actual de competencias lectoras en los estudiantes del Programa de aulas hospitalarias	Ritmo lector Velocidad lectora Comprensión Decodificación	Conocer las competencias que presentan los estudiantes del área oncológica de las aulas hospitalarias de la ciudad de Quito	Observación Psicométrica	Escala de estimación Test de competencias lectoras (por definir)	Estudiantes
3	Criterios de la Teoría de modificabilidad estructural cognitiva	Factores que intervienen La mediación del docente Características de la teoría	Establecer que aspectos y criterios que presenta la teoría de modificabilidad estructural cognitiva es aplicado por el docente hospitalario.	Observación Encuesta Revisión documental	Lista de cotejo Cuestionario Matriz de análisis	Investigadora Docentes

3.5 Conclusión del Capítulo III

Considerados todos los aspectos metodológicos para orientar las pautas de acción para la presente investigación se concluye que:

- El enfoque de la investigación es cualitativa, de nivel explicativo-descriptivo con un diseño de investigación fundamentada en la investigación acción bajo el contexto y orientación etnográfica. Igualmente la investigación se enmarca dentro del campo de un estudio comparativo, en tal sentido y a efectos de implementar y fortalecer la propuesta, no solo se indagará en hospitales de la ciudad de Quito – Ecuador sino también en Hospitales de Santiago de Chile – Chile.

- Las técnicas de recolección de datos que empleados en esta investigación corresponden a la revisión bibliográfica, la observación directa, la aplicación de cuestionarios y de una guía de observación de la PH, la implementación de grupos focales, para analizar la data y relacionarla se utilizarán recursos como el programa SPSS.

- Las variables de investigación son: i) Prácticas pedagógicas presentes en el contexto hospitalario para el desarrollo de competencias; ii) Situación actual de competencias lectoras en los estudiantes del Programa de aulas hospitalarias; iii) Criterios de la Teoría de modificabilidad estructural cognitiva

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

El objetivo del presente Capítulo de esta investigación es presentar los resultados y hallazgos una vez implementados los diferentes instrumentos y técnicas de investigación consideradas necesarias de acuerdo a los objetivos planteados. En esta oportunidad y a efectos de generar un marco referencial de carácter comparativo se implicó, a estos efectos, la experiencia de un país vecino como Chile, sin perder la perspectiva del análisis de la realidad ecuatoriana. En tal sentido se presentan los hallazgos de la aplicación de las entrevistas a los docentes de AH encuestados en los hospitales seleccionados en Quito, Ecuador y en Santiago de Chile, Chile, para verificar las buenas prácticas pedagógicas basadas en los enfoques teóricos de la Teoría de Modificabilidad Cognitiva Estructural para favorecer el acompañamiento académico a niños hospitalizados temporalmente.

Posteriormente se presentan los hallazgos en los Hospitales donde se permitió la implementación de la técnica cualitativa del grupo focal, pudiendo obtener la perspectiva de los gestores de la educación hospitalaria en los Centros de Salud con AH, en el marco de la PH y con docentes hospitalarios. Por último, se reportan los Resultados de las Guías de Observación Directa practicada en los Hospitales chilenos y ecuatorianos objetos de estudio.

4.1 Resultados de las Guías de Observación Directa

La guía de observación por ser un instrumento estructurado indica al investigador, los aspectos sobre los cuáles se debe centrar la atención, en tal sentido se presentan los siguientes hallazgos:

4.1.1 Chile

En los Hospitales chilenos con AH, fueron observados directamente 10 docentes en sus AH siguiendo la PH correspondiente y en este sentido se contempló que:

En el área de Información específica, se observó que la PH utilizada por parte de docentes permanentes o itinerantes generaba la atención y el acompañamiento educativo al paciente hospitalizado y que a su vez le permitía trabajar autónomamente en el área lectora, en tal sentido la observación arrojó los siguientes resultados: las PH de 9 docentes favorecían los aspectos contemplados de forma positiva, mientras que un solo docente observaba debilidades a este respecto, la debilidad observada en este docente fue su falta de disposición a aplicar estrategias lúdicas en el aprendizaje de la lectura.

Tabla 14. Información Específica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	10,0	10,0	10,0
1	9	90,0	90,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

Fuente: Datos de la Observación Directa

En los Hospitales Chilenos evaluados mediante esta técnica metodológica se observó la existencia de 10 docentes permanentes en el mismo número de AH para atender el área de lectura, por tanto, cada docente atiende un aula específica a su cargo.

Tabla 15. Docentes Permanentes en AH

Docentes		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Permanente	10	100,0	100,0	100,0

Fuente: Datos de la Observación Directa

Las PH empleadas por los 10 docentes observados, permite concluir que 9 docentes utilizan estrategias metodológicas lúdicas en el área de lectura, mientras que solo 1 no las implementa, la observación permitió determinar que este docente atendía en el momento de la observación a alumnos en sala de cama de hospitalización y su preferencia era leerle a los

estudiantes atendidos y no era proclive a las actividades lúdicas pues desconocía como implementarlas en esta circunstancia.

Las actividades lúdicas observadas en las PH de los docentes hospitalarios chilenos fueron mayormente lecturas interactivas, dramatizaciones, expresiones plásticas y/o arte terapias (dibujar gráficamente cuentos leídos en oportunidades con lápices de colores y en otras utilizando aplicaciones artísticas en sus tablets) y músico-terapias de lecturas (cantos), así como de actividades de cuenta-cuentos.

Tabla 16. Docentes con PH con metodología lúdica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	10,0	10,0	10,0
Sí	9	90,0	90,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

Fuente: Datos de la Observación Directa

De los 10 docentes observados en sus prácticas de PH, se evidenció que solo el 80% (8 docentes) utilizan practicas metodológicas activas en sus sesiones de clase de lectura en el AH, mientras que el 20% equivalente a 2 docentes no lo hacen. Estos dos docentes no las aplican por diversas circunstancias, las más frecuentes son por desconocimiento de la importancia de estas prácticas activas en el proceso de la mejora de la comprensión lectora y porque se remiten al cumplimiento de lo establecido en los programas curriculares oficiales que se refieren al estudio en un aula normal y no adecuan o adaptan estos a la realidad hospitalaria.

Las practicas más comunes observadas fue la incorporación del dialogo entre docente y estudiante hospitalizado sobre temas leídos (en casos de sala cama) y entre estudiantes en sesiones grupales para compartir experiencias, la composición y lectura de cuentos imaginarios interpretando personajes y sonidos.

Tabla 17. Docentes con PH con metodología activa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	20,0	20,0	20,0
Sí	8	80,0	80,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

Fuente: Datos de la Observación Directa

En los Hospitales chilenos con educación hospitalaria observados en la presente investigación se evidenció un porcentaje mayoritario del 60% de los docentes que no aplican o implementan una metodología participativa como parte de sus prácticas de PH en el área de lectura, y solamente el 40% si asumen la participación de sus estudiantes como parte de su PH. Los docentes que no aplican la metodología participativa en su mayoría es por la incapacidad de trasladar al estudiante al AH y debe ser atendido en su cama, en oportunidades por las consecuencias de los tratamientos de quimioterapia, de la misma manera cuando se le aplican sedantes para calmar el dolor o tratamientos psiquiátricos por estados de ansiedad, angustia o crisis de pánico.

Los docentes que si aplican metodologías participativas, lo hacen en grupos pares o multigrados, los estudiantes leen un cuento o novela, ellos identifican los personajes, los lugares, los hechos, de manera que interpretan, deducen y organizan las ideas, igualmente generan juicios y argumentos relacionados con los personajes y sus situaciones.

Tabla 18. Docentes con PH con metodología participativa

Metodología participativa		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	6	60,0	60,0	60,0
	Sí	4	40,0	40,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Fuente: Datos de la Observación Directa

A efectos de presentar los resultados de las prácticas de PH de los docentes chilenos evaluados sobre si estas generan desarrollo de habilidades cognitivas en el área de lectura, se evidencia que la totalidad de estas si lo permiten, favoreciendo a futuro un reintegro exitoso a sus escuelas de origen. En este sentido se observó que los docentes hospitalarios fomentan la lectura tanto en voz alta como en silencio, en atención personalizada como grupal guían al(los) niño(s) a través de preguntas como por ejemplo, ¿En la lectura vistes alguna palabra nueva?, ¿De qué trata la lectura? ¿Comprendes lo que estás leyendo?. Este tipo de actividad lectora no solo mejora la capacidad lectora sino el progreso lingüístico de los estudiantes, conocen nuevas palabras mejorando así el vocabulario; interpretan nuevas situaciones favoreciendo el razonamiento, la memoria, ayudan a conocer el texto en forma global, de la misma manera apoyan la conexión de las ideas en las oraciones y la lectura en voz audible coadyuva al niño en su habilidad y seguridad para leer e interpretar lo leído.

Tabla 19. PH genera desarrollo de habilidades

Genera desarrollo de habilidades					Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	acumulado
Válido	Sí	10	100,0	100,0	100,0

Fuente: Datos de la Observación Directa

En cuanto al desarrollo de destrezas en el área de la lectura, un porcentaje muy alto (90%) genera a través de sus prácticas de PH un apropiado desarrollo de destrezas lectoras, mientras que las implementadas por el 10% no logra estas expectativas. En el caso del docente en el cual no se observó durante el periodo de evaluación el apropiado desarrollo de destrezas lectoras, se debió a las condiciones de salud y de los abordajes terapéuticos del estudiante que estaba atendiendo en esa oportunidad, sin embargo el resto de los docentes permite y favorece continuamente desde la lectura audible la construcción de oraciones, la lectura continua de textos utilizada en el AH facilita la fluidez en la lectura, permitiendo a los alumnos pronunciar muchas palabras en un determinado tiempo y a su vez ampliar el contexto y comprensión de la situación y eventos en el texto escrito.

Tabla 20. Desarrollo de destrezas lectoras

		Genera desarrollo de destrezas			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	1	10,0	10,0	10,0
	Sí	9	90,0	90,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Fuente: Datos de la Observación Directa

De los 10 docentes observados en su PH logró evidenciarse que solo 8 (80%) tienen dominio y suficientes conocimientos del contenido del área de la lectura correspondiente a las particularidades de los niños hospitalizados y de los grados a los cuales asisten o cursan, sin embargo 2 docentes (29%) no dominan los contenidos programáticos curriculares del área de lectura. En este sentido, los dos docentes evaluados que se consideró que no dominaban el contenido programático del currículo oficial referente a la lectura se origina por ser docentes de reciente ingreso, pero al término de la observación, los docentes de mayor antigüedad laboral establecieron el puente y el apoyo necesario para solventar esta situación, en esta oportunidad se evidenció una debilidad en la coordinación con la escuela de origen que facilitó parcialmente información a este respecto.

Tabla 21. Dominio del Contenido

		Tiene conocimientos del contenido			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	2	20,0	20,0	20,0
	Sí	8	80,0	80,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Fuente: Datos de la Observación Directa

Los docentes evaluados mediante la observación directa, evidenciaron en un 100% el dominio y conocimiento de las diferentes formas de cómo adaptar el currículo acorde a las necesidades de los estudiantes hospitalizados en el área de lectura de modo que no hubiese

un desfase a la hora del reintegro, estas adaptaciones tanto en forma como en fondo permiten cumplir con los objetivos curriculares de cada estudiante hospitalizado. Las adaptaciones, sin perder el rigor académico, presentan una flexibilidad personalizada para cada caso.

Tabla 22. Conocimiento y aplicación de adaptaciones curriculares

Conocimiento y aplicación de adaptaciones					Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	acumulado
Válido	Sí	10	100,0	100,0	100,0

Fuente: Datos de la Observación Directa

Al observar en el periodo destinado y acordado para ello, durante las sesiones de clase de lectura, se evidenció una muy buena relación entre el docente y sus alumnos. Esta relación estaba basada en un acompañamiento académico tanto personalizado como grupal en un marco de comprensión de la circunstancia del estudiante y de la flexibilidad en la implementación de las actividades académicas, sin perder de vista los objetivos académicos a alcanzar durante la estancia hospitalaria y la recuperación domiciliaria. Los docentes observados evidenciaron una alta creatividad y sensibilidad para acompañar académicamente al estudiante no importando su situación de salud y condición física, de la misma forma suplen la carencia afectiva derivada de la separación de su grupo familiar, su entorno social y escolar, generando así un marco favorable para la adaptación a la vida hospitalaria y su nueva realidad educativa temporal.

Tabla 23. Relaciones docente-alumno hospitalizado

Relaciones docente-alumno					Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	acumulado
Válido	Muy bueno	10	100,0	100,0	100,0

Fuente: Datos de la Observación Directa

Los 10 docentes observados en las AH evidenciaron un óptimo uso de recursos y materiales en el área de lectura. En otras palabras, la mayoría utilizó además de los libros de texto escolares, utilizan audiolibros, videos, cuentos, novelas, carteleras, lápices de colores para dibujar las escenas de las lecturas efectuadas, en oportunidad se observó el uso de títeres

para contar cuentos. De la misma forma pudo evidenciarse la asistencia de los docentes acompañando a los niños a la Biblioteca escolar hospitalaria para la realización de trabajos relacionados con lecturas. Pudo evidenciarse en ciertos casos el uso de tablets institucionales para niños que presentaban discapacidades degenerativas crónicas por el avance de sus patologías, estas tablets facilitaban la lectura de cuentos animados con sonidos y realizar actividades relacionadas a estos con el apoyo de docentes hospitalarios.

Tabla 24. Uso de Recursos y Materiales en el área de lectura

Recursos y materiales					Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	acumulado
Válido	Adecuado	10	100,0	100,0	100,0

Fuente: Datos de la Observación Directa

De los 10 docentes observados directamente en sus prácticas de PH durante sus sesiones de clase en el área de lectura, solo 1 debe ser fortalecido en cuanto al diseño didáctico de sus sesiones de clase para facilitar el uso diversas de estrategias lúdicas para facilitar las habilidades lectoras de sus alumnos, mientras que 9 de los docentes deben mejorar los aspectos de evaluación del contenido programático, en este sentido la oportunidad de la evaluación debe ser fortalecida para que al retorno a la escuela de origen pueda contar con las calificaciones acumuladas durante la estancia hospitalaria.

Tabla 25. Componentes a fortalecer

Cuál de los componentes debe fortalecer más					Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	acumulado
Válido	Diseño didáctico	1	10,0	10,0	10,0
	Evaluación	9	90,0	90,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

Fuente: Datos de la Observación Directa

4.1.2 Ecuador

En los Hospitales ecuatorianos con AH, fueron observados directamente 11 docentes en sus AH siguiendo las PH correspondientes y en este sentido se contempló que:

En el área de Información específica, se observó que la PH utilizada por parte de docentes permanentes o itinerantes generaba la atención y el acompañamiento educativo al paciente hospitalizado y que a su vez le permitía trabajar autónomamente en el área lectora, en tal sentido la observación arrojó los siguientes resultados: las PH de 7 docentes favorecían los aspectos contemplados de forma positiva, mientras que cuatro docentes observaban debilidades a este respecto. Los aspectos positivos más resaltantes fueron el uso de estrategias lúdicas estimulantes para fomentar la lectura, así como el fomento de la participación grupal para favorecer la comprensión de textos escritos, se evidenció el uso adecuado y oportuno de los recursos institucionales para apoyar los hábitos lectores de los estudiantes hospitalizados.

Tabla 26. Información Específica

		Información específica			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	4	36,4	36,4	36,4
	Si	7	63,6	63,6	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Fuente: Datos de la Observación Directa

En los Hospitales evaluados mediante esta técnica metodológica, se observó la existencia de 11 docentes permanentes en el mismo número de AH para atender el área de lectura.

Tabla 27. Docentes en AH

		Docentes			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Permanente	11	100,0	100,0	100,0

Fuente: Datos de la Observación Directa

Las PH empleadas por los 11 docentes observados, permite concluir que 9 docentes utilizan estrategias metodológicas lúdicas en el área de lectura, mientras que solo 2 no las implementan. Estos docentes que no las implementan se debieron en mayor parte a su poca experiencia por nuevo ingreso y por otra por las condiciones de salud y físicas de los pacientes.

Las actividades lúdicas observadas en las PH de los docentes hospitalarios ecuatorianos fueron mayormente lecturas interactivas, dramatizaciones, expresiones plásticas y/o arte terapia (dibujar gráficamente cuentos leídos en oportunidades con lápices de colores y en otras utilizando aplicaciones artísticas en sus tablets).

Tabla 28. Docentes con PH con metodología lúdica

Metodología lúdica					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	2	18,2	18,2	18,2
	Sí	9	81,8	81,8	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Fuente: Datos de la Observación Directa

De los 11 docentes observados en sus prácticas de PH, se evidenció que solo el 45,5% (5 docentes) utilizan practicas metodológicas activas en sus sesiones de clase de lectura en el AH, mientras que el 54,5% equivalente a 6 docentes no lo hacen. La debilidad en este sentido se debe a que la mayoría de los docentes no tienen formación académica y experiencia en el ámbito de la pedagogía hospitalaria, lo cual representa una desventaja en esta sentido y en el logro de los objetivos del Modelo.

Tabla 29. Docentes con PH con metodología activa

Metodología activa					Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	acumulado
Válido	No	6	54,5	54,5	54,5
	Sí	5	45,5	45,5	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Fuente: Datos de la Observación Directa

En los Hospitales ecuatorianos con educación hospitalaria observados en la presente investigación se evidenció un porcentaje mayoritario del 63,6% de los docentes que si aplican o implementan una metodología participativa como parte de sus prácticas de PH en el área de lectura, y solamente el 36,4% no asumen la participación de sus estudiantes como parte de su PH. A este respecto sigue en evidencia la debilidad que representa la formación en educación hospitalaria. Sin embargo, los docentes que si aplican metodologías participativas en el ámbito lector se orientan a la interacción en grupos pares o multigrados, los estudiantes participan leyendo leen un texto que puede ser un cuento o novela, ellos identifican los personajes, los lugares, los hechos, de modo que interpretan, deducen y organizan las ideas, igualmente generan juicios y argumentos relacionados con los personajes y sus situaciones.

Tabla 30. Docentes con PH con metodología participativa

Metodología participativa					Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	acumulado
Válido	No	4	36,4	36,4	36,4
	Sí	7	63,6	63,6	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Fuente: Datos de la Observación Directa

A efectos de presentar los resultados de las prácticas de PH de los docentes ecuatorianos evaluados sobre si estas generan desarrollo de habilidades cognitivas en el área de lectura, se evidencia que 10 docentes al aplicar estas PH si lo permiten, favoreciendo a futuro un reintegro exitoso a sus escuelas de origen, mientras que solo un docente no logra

generar con su PH el desarrollo esperado. En este sentido se observó que los docentes hospitalarios fomentan la lectura en voz alta como en silencio, en atención personalizada como grupal guían al(los) niño(s) a ubicar nuevas palabras en el texto leído, a identificar el tema central de la lectura y a comprender la misma. Estas actividades mejoran la capacidad lectora y el desarrollo lingüístico de los estudiantes, al conocer nuevas palabras mejoran su vocabulario; la interpretación y argumentación de situaciones leídas favorecen el razonamiento, la memoria, ayudan a conocer el texto en forma global, del mismo modo apoyan la conexión de las ideas en las oraciones y la lectura en voz audible coadyuva al niño en su habilidad y seguridad para leer e interpretar lo leído.

Tabla 31. PH genera desarrollo de habilidades

		Genera desarrollo de habilidades			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	1	9,1	9,1	9,1
	Sí	10	90,9	90,9	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Fuente: Datos de la Observación Directa

En cuanto al desarrollo de destrezas en el área de la lectura, un porcentaje muy alto (90,9%) genera a través de sus prácticas de PH un apropiado desarrollo de destrezas lectoras, mientras que las implementadas por el 9,1% restante no logra estas expectativas. En el caso del docente en el cual no se observó durante el periodo de evaluación el apropiado desarrollo de destrezas lectoras, se debió a su inexperiencia académica hospitalaria y las condiciones de salud del estudiante que estaba atendiendo en esa oportunidad, sin embargo el resto de los docentes permite y favorece continuamente desde la lectura audible la construcción de frases, oraciones, desarrollan la lectura continua de textos utilizada en el AH lo cual facilita la fluidez en la lectura, permitiendo a los alumnos identificar nuevas palabras y pronunciar otras muchas en determinado tiempo y a su vez ampliar el contexto y comprensión de la situación y eventos en el texto escrito.

Tabla 32. Desarrollo de destrezas lectoras.

Genera desarrollo de destrezas					Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	acumulado
Válido	No	1	9,1	9,1	9,1
	Sí	10	90,9	90,9	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Fuente: Datos de la Observación Directa

De los 11 docentes observados en su PH logró evidenciarse que solo 1 docente (9,1%) no tiene dominio y suficientes conocimientos del contenido del área de la lectura correspondiente a las particularidades de los niños hospitalizados y de los grados a los cuales asisten o cursan, sin embargo 10 docentes (90,9%) dominan los contenidos programáticos curriculares del área de lectura. La debilidad observada tiene dos razones que se pudieron evidenciar, la falta de coordinación con la escuela de origen y la inexperiencia laboral académica hospitalaria del docente de nuevo ingreso.

Tabla 33. Dominio del contenido

Tiene conocimientos del contenido					Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	acumulado
Válido	No	1	9,1	9,1	9,1
	Sí	10	90,9	90,9	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Fuente: Datos de la Observación Directa

Los docentes evaluados mediante la observación directa, evidenciaron en un 90,9% el dominio y conocimiento de las diferentes formas de cómo adaptar el currículo acorde a las necesidades de los estudiantes hospitalizados en el área de lectura, mientras que el 9,1% no los tiene. En esta oportunidad vuelve a repetirse la cualidad de nuevo ingreso del docente hospitalario en cuestión.

Tabla 34. Conocimiento y aplicación de modificaciones curriculares

		Conocimiento y aplicación de adaptaciones			Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	acumulado
Válido	No	1	9,1	9,1	9,1
	Sí	10	90,9	90,9	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Fuente: Datos de la Observación Directa

Al observar en el periodo destinado y acordado para ello, durante las sesiones de clase de lectura, se evidenció una muy buena relación entre el docente y sus alumnos en el 81,8% de los casos, mientras que en el 18,2% la situación no es satisfactoria en este sentido. En el caso de los docentes con muy buena relación con los estudiantes hospitalizados, se evidencia una compatibilidad y tendencia hacia la comprensión de la realidad de vida del estudiante, le apoyan académicamente, favorecen mediante la flexibilidad las actividades docentes, les apoyan en aquellas situaciones donde se evidencia la carencia afectiva producto de su nueva realidad evidenciada en la ausencia continua del grupo familiar, les animan a aceptar la vida hospitalaria en el marco de su hospitalización y adaptarse a una nueva realidad escolar. En el caso de aquellos docentes donde se evidencia una situación no satisfactoria en este sentido, se debe a la cualidad de nuevo ingreso a la vida academia docente hospitalaria y se está en proceso de construcción de esta realidad de mejorar hacia una calidad de muy buena relación con sus estudiantes.

Tabla 35. Relaciones docente-alumno

		Relaciones docente-alumno			Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	acumulado
Válido	No	2	18,2	18,2	18,2
	Muy bueno	9	81,8	81,8	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Fuente: Datos de la Observación Directa

Solo 9 docentes observados en las AH evidenciaron un óptimo uso de recursos y materiales en el área de lectura, mientras que 2 no lo hacen efectivamente. En este sentido,

los docentes que si usan los recursos y materiales, se debe a que hacen uso de las instalaciones de las AH y las Bibliotecas estudiantiles hospitalarias, usan dispositivos audiovisuales institucionales para dar sus clases de lenguaje y lectura, utilizan audio libros y en casos de discapacitados o imposibilitados se le permite el uso de tablets para oír cuentos y efectuar actividades y deberes escolares. Los 2 docentes que no fueron valorados efectivamente en la observación se debe a u calidad de nuevo ingreso a la escuela hospitalaria y su adaptación al entorno de PH.

Tabla 36. Recursos y materiales usados en el área de lectura

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	2	18,2	18,2	18,2
	Adecuado	9	81,8	81,8	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Fuente: Datos de la Observación Directa

De los 11 docentes observados directamente en sus prácticas de PH durante sus sesiones de clase en el área de lectura, 6 deben ser fortalecidos en la Planificación de sus actividades didácticas para evitar la improvisación y para ceñirse al currículo oficial, 2 cuanto al diseño didáctico de sus sesiones de clase para incorporar estrategias lúdicas y participativa en el área lectora, mientras que 3 de los docentes deben mejorar los aspectos de evaluación del contenido programático para generar las calificaciones oportunas de ssau estudiantes de cara al regreso a su escuela de origen.

Tabla 37. Componentes a fortalecer

Cuál de los componentes debe fortalecer más

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Planificación	6	54,5	54,5	54,5
	Diseño didáctico	2	18,2	18,2	72,7
	Evaluación	3	27,3	27,3	100,0
	Total	11	100,0	100,0	

Fuente: Datos de la Observación Directa

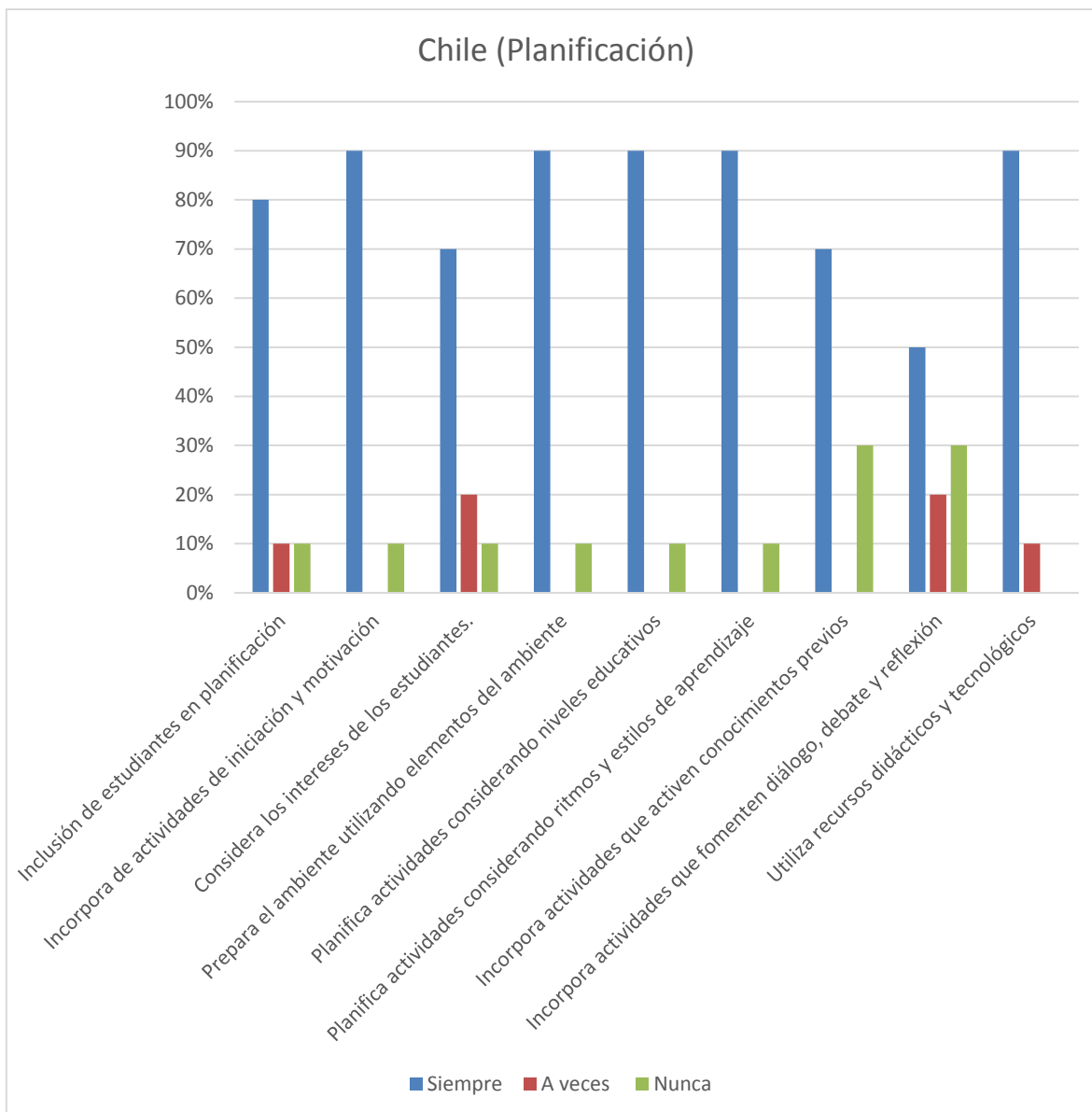
4.1.3 Componentes a mejorar producto de la elaboración de las Guías de Observación Directa

4.1.1 Caso Chile

Componente 1: Planificación

En este aspecto, en el caso chileno los docentes deben mejorar significativamente la planificación académica en los siguientes puntos:

- Incorporar actividades de inicio en cada clase dentro del AH
- Debe preparar el ambiente del AH para cada sesión de clase de lectura.
- Los docentes deben planificar los contenidos de acuerdo a los niveles de aprendizaje, dominio y ritmos de los alumnos hospitalizados.
- Considerar el uso de recursos y materiales en el área de lectura
- Debe incluir a los estudiantes y sus intereses dentro de su planificación.



Promedio = 2,67

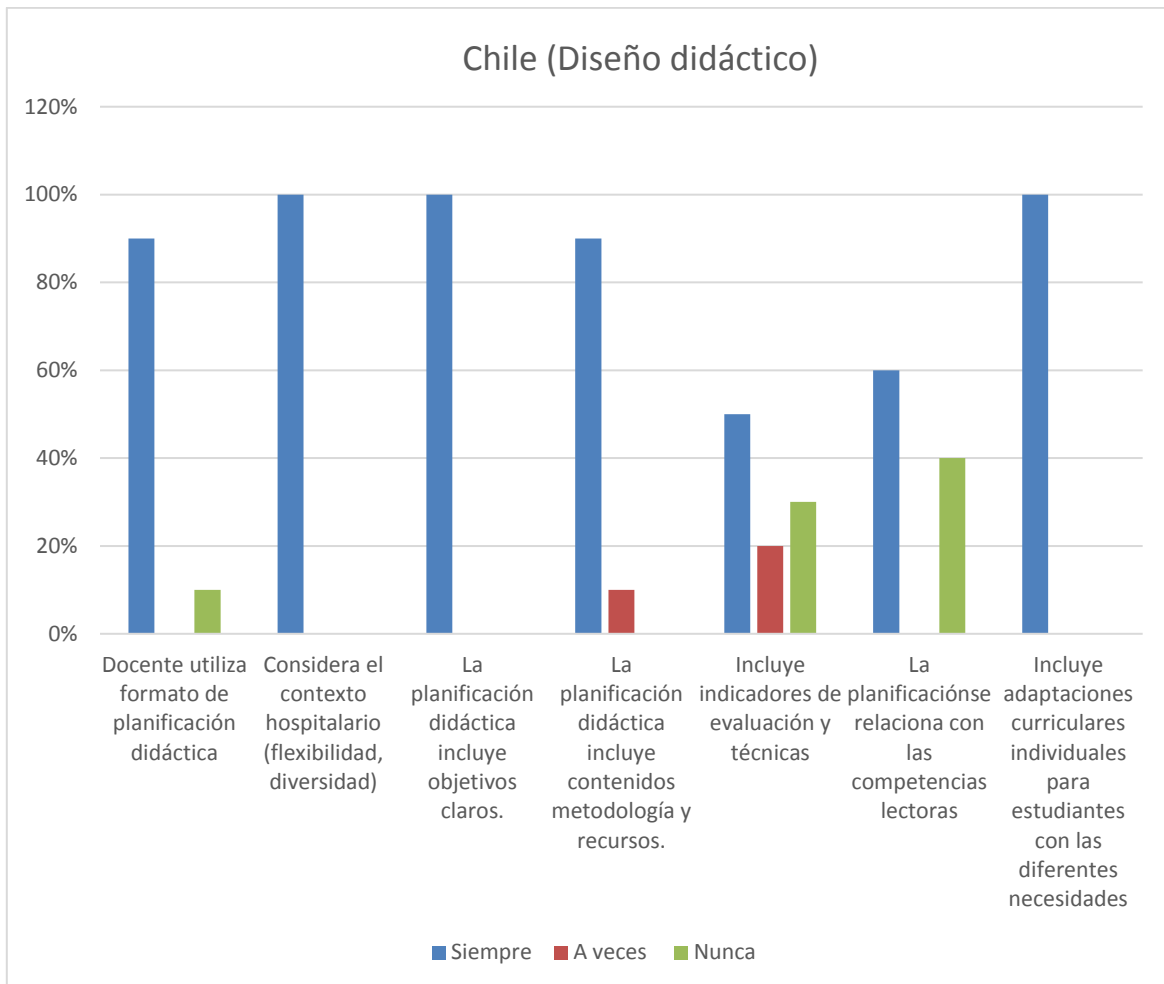
Figura 6. Aspectos a mejorar en Planificación Caso Chile

Componente 2: Diseño Didáctico Caso Chile

En este componente, en el caso chileno los docentes deben mejorar significativamente los aspectos relacionados con el Diseño Didáctico en los siguientes puntos:

- Usar el formato de planificación didáctica de las actividades académicas
- La planificación didáctica debe incluir actividades que fomenten el dialogo y la reflexión a partir de la lectura.

- La planificación didáctica debe incluir la evaluación de las competencias lectoras mediante indicadores.



Promedio: 2,73

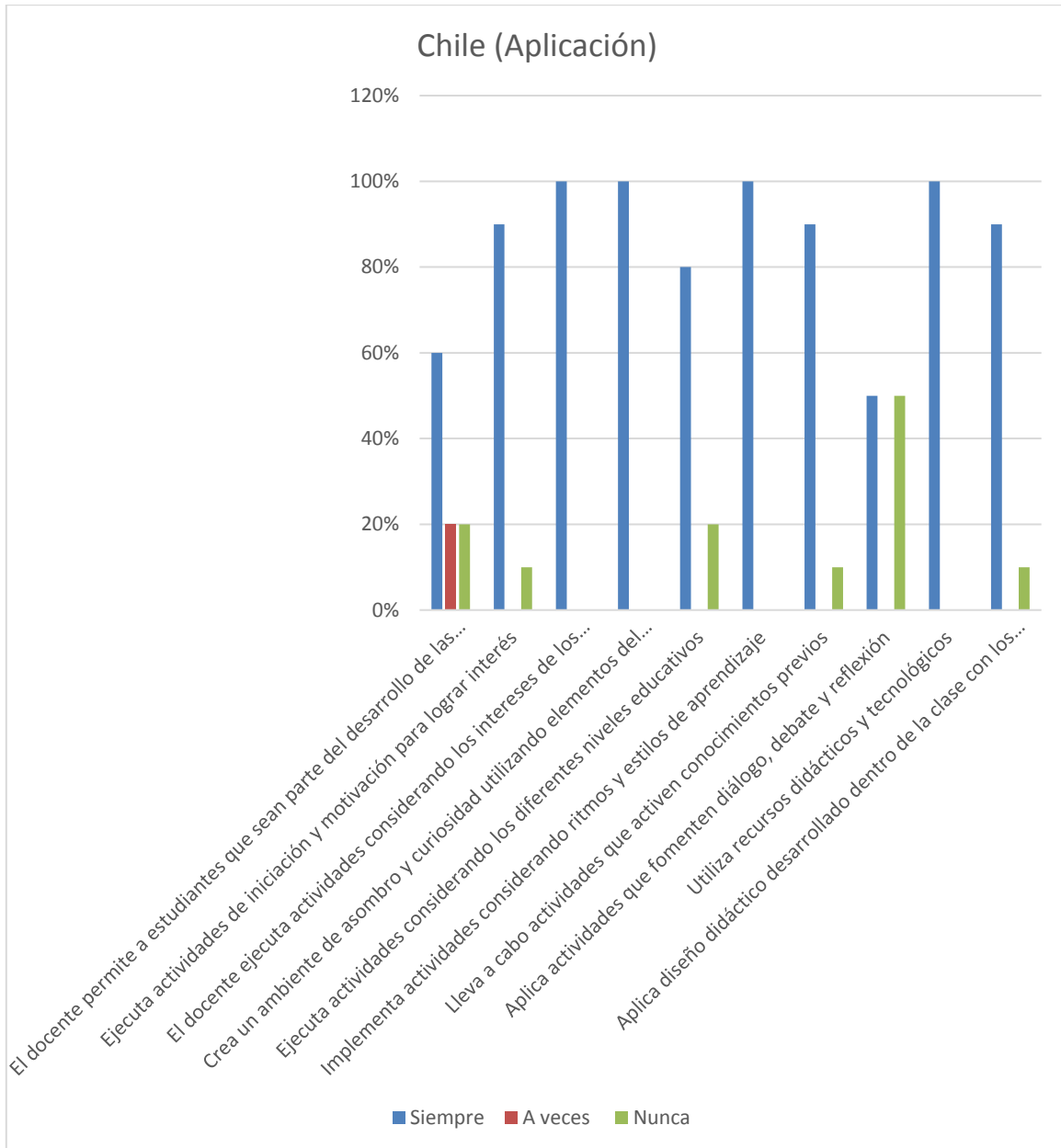
Figura 7. Aspectos a mejorar en Diseño Didáctico Caso Chile

Componente 3: Aplicación Caso Chile

En este componente, en el caso chileno los docentes deben mejorar significativamente los aspectos relacionados con la Aplicación en los siguientes puntos:

- Los docentes deben permitir que los estudiantes sean parte activa y participativa de la planificación didáctica de las actividades en el AH
- El docente debe incluir actividades de iniciación y motivación en la planificación didáctica para que los estudiantes se interesen en la lectura

- El docente debe considerar los diferentes niveles educativos de los estudiantes
- El docente debe implementar el dialogo y la reflexión partiendo desde la lectura.



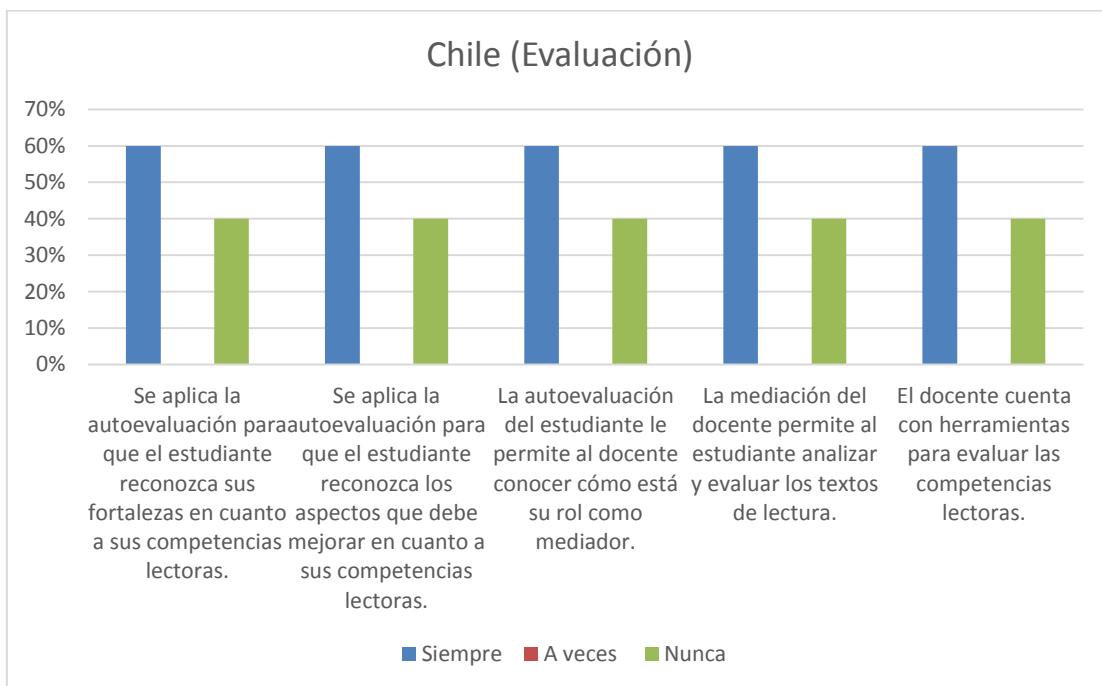
Promedio: 2,74

Figura 8. Aspectos a mejorar en Aplicación Caso Chile.

Componente 4: Evaluación Caso Chile

En este componente, en el caso chileno los docentes deben mejorar significativamente los aspectos relacionados con la Evaluación en los siguientes aspectos:

- Aplicar la autoevaluación para que el estudiante hospitalizado reconozca sus fortalezas en cuanto a sus competencias lectoras.
- Aplicar la autoevaluación para que el estudiante hospitalizado reconozca los aspectos que debe mejorar en cuanto a sus competencias lectoras.
- Aplicar la autoevaluación el estudiante para que el docente conozca cómo está su rol de mediador.
- La función de mediador del docente le permita al estudiante abalzar y evaluar los textos de lectura.
- El docente debe contar con herramientas para evaluar las competencias lectoras del estudiante



Promedio: 2,2

Figura 9. Aspectos a mejorar en Evaluación Caso Chile

5 Caso Ecuador

Componente 1: Planificación Caso Ecuador

En este aspecto, en el caso ecuatoriano los docentes deben mejorar significativamente la planificación académica en los siguientes puntos:

- Debe incluir a los estudiantes y sus intereses dentro de su planificación
- Los docentes deben planificar los contenidos de acuerdo a los niveles de aprendizaje, dominio y ritmos de los alumnos hospitalizados.
- Los docentes deben contemplar en su planificación actividades donde se activen procesos de lectura
- Considerar el uso de recursos y materiales en el área de lectura
- Los docentes deben planificar los contenidos de acuerdo a los niveles educativos que cursan los niños hospitalizados.

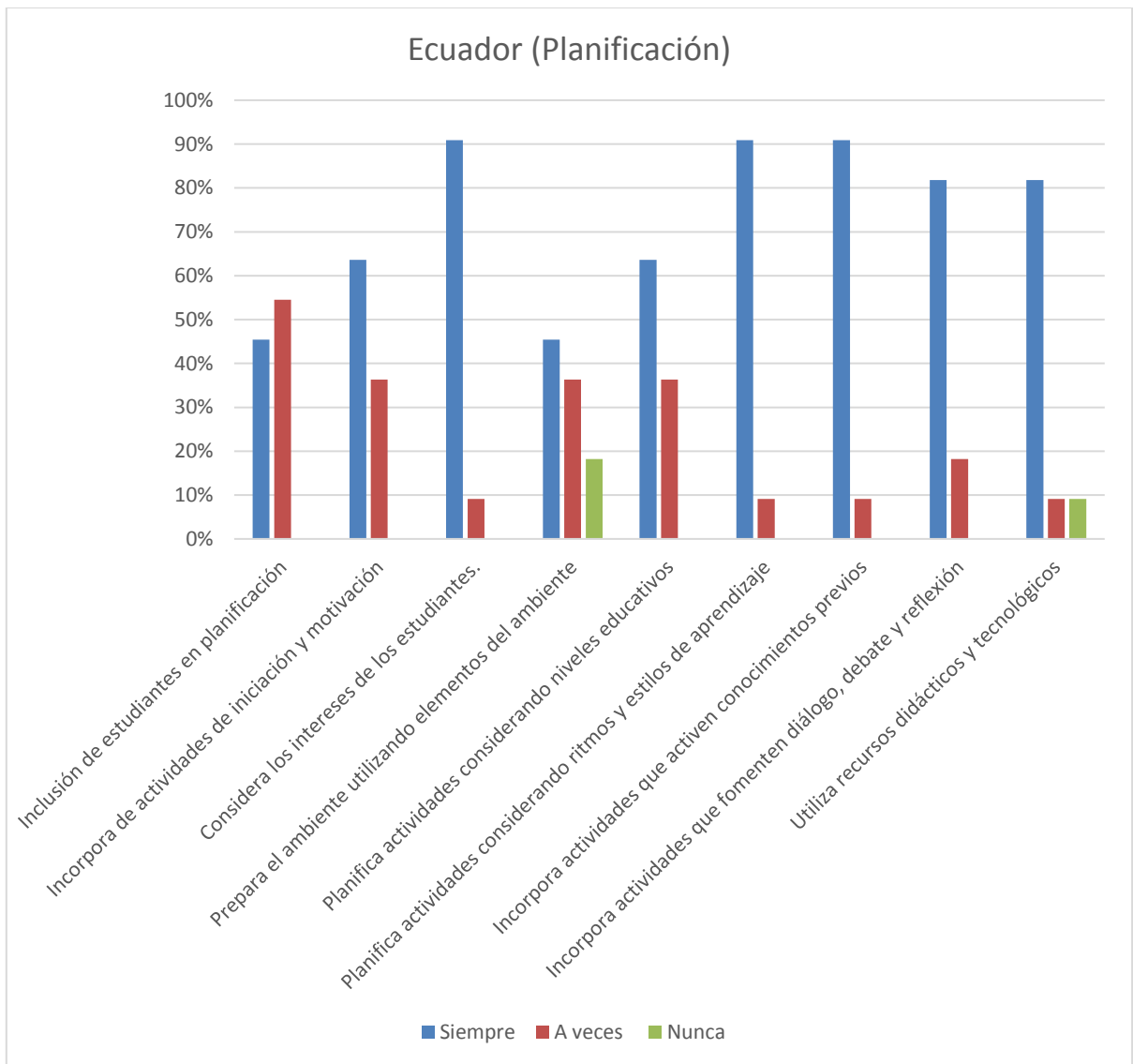
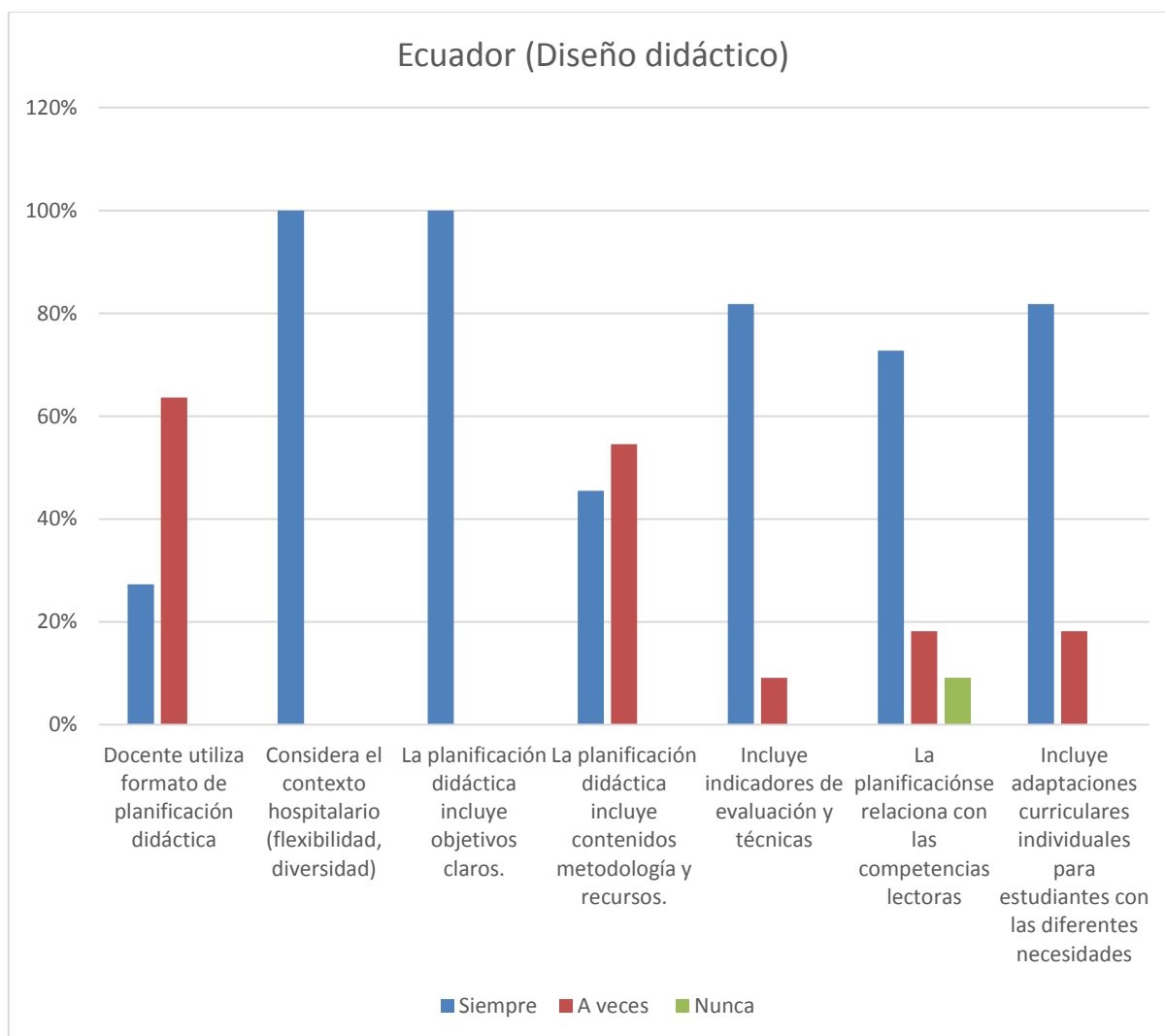


Figura 10. Aspectos a mejorar en Planificación Caso Ecuador
Promedio: 2,7

Componente 2: Diseño Didáctico Caso Ecuador

En este componente, en el caso ecuatoriano los docentes deben mejorar significativamente los aspectos relacionados con el Diseño Didáctico en los siguientes puntos:

- Usar el formato de planificación didáctica de las actividades académicas
- La Planificación didáctica debe tener correspondencia con aspectos de la cotidianidad del estudiante.
- La Planificación didáctica debe incluir adaptaciones curriculares que faciliten el aprendizaje del estudiante acorde a sus necesidades.



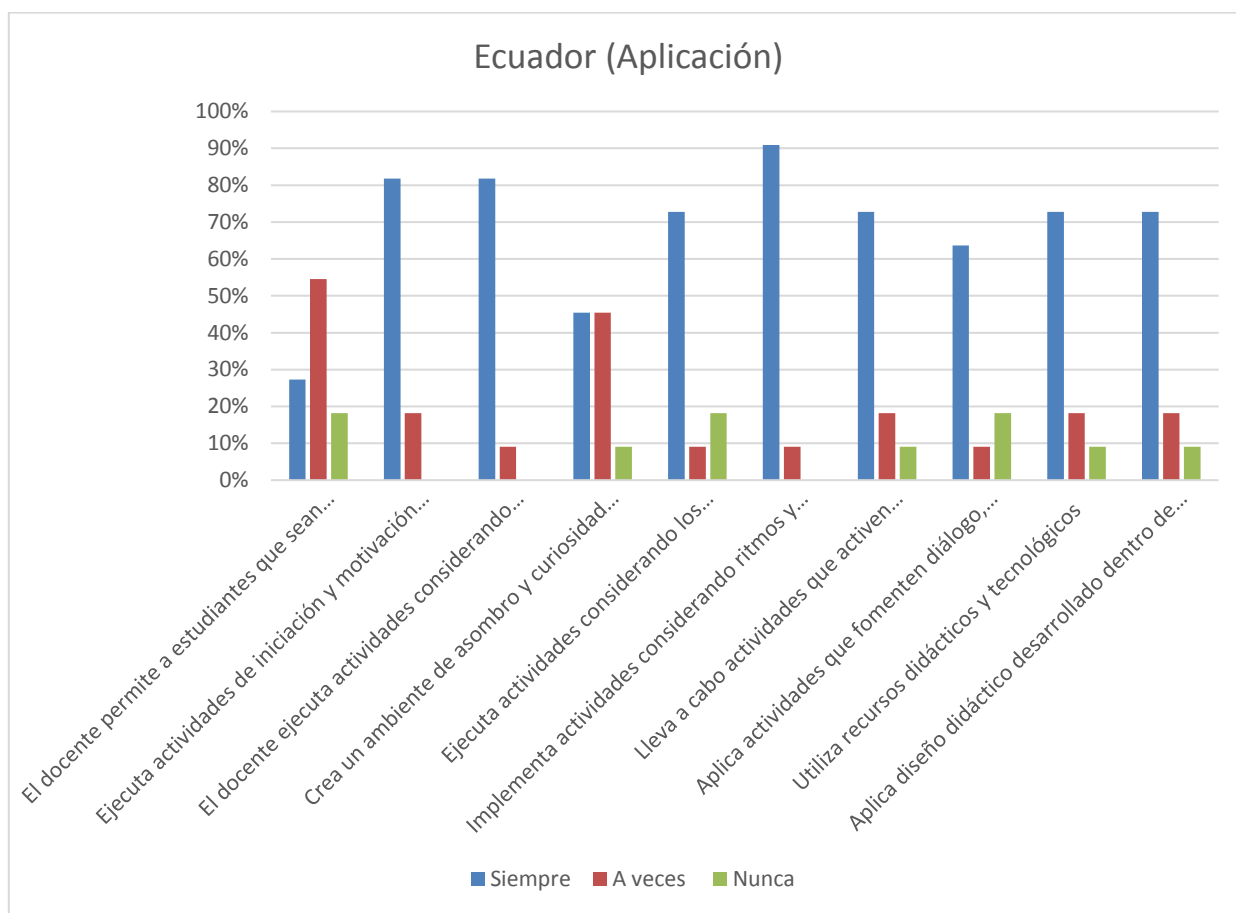
Promedio: 2,66

Figura 11. Aspectos a mejorar en Diseño Didáctico Caso Ecuador.

Componente 3: Aplicación Caso Ecuador

En este componente, en el caso ecuatoriano los docentes deben mejorar significativamente los aspectos relacionados con la Aplicación en los siguientes puntos:

- Los docentes deben permitir que los estudiantes sean parte activa y participativa de la planificación didáctica de las actividades en el AH
- El docente debe crear un ambiente agradable en el AH, en la atención domiciliario u otro entorno acordado para el acompañamiento académico.
- El docente debe ejecutar actividades considerando los niveles educativos de los pacientes hospitalizados.
- El docente debe implementar el dialogo y la reflexión partiendo desde la lectura.
- El docente debe utilizar recursos didácticos y tecnológicos en sus sesiones de lectura en el AH.



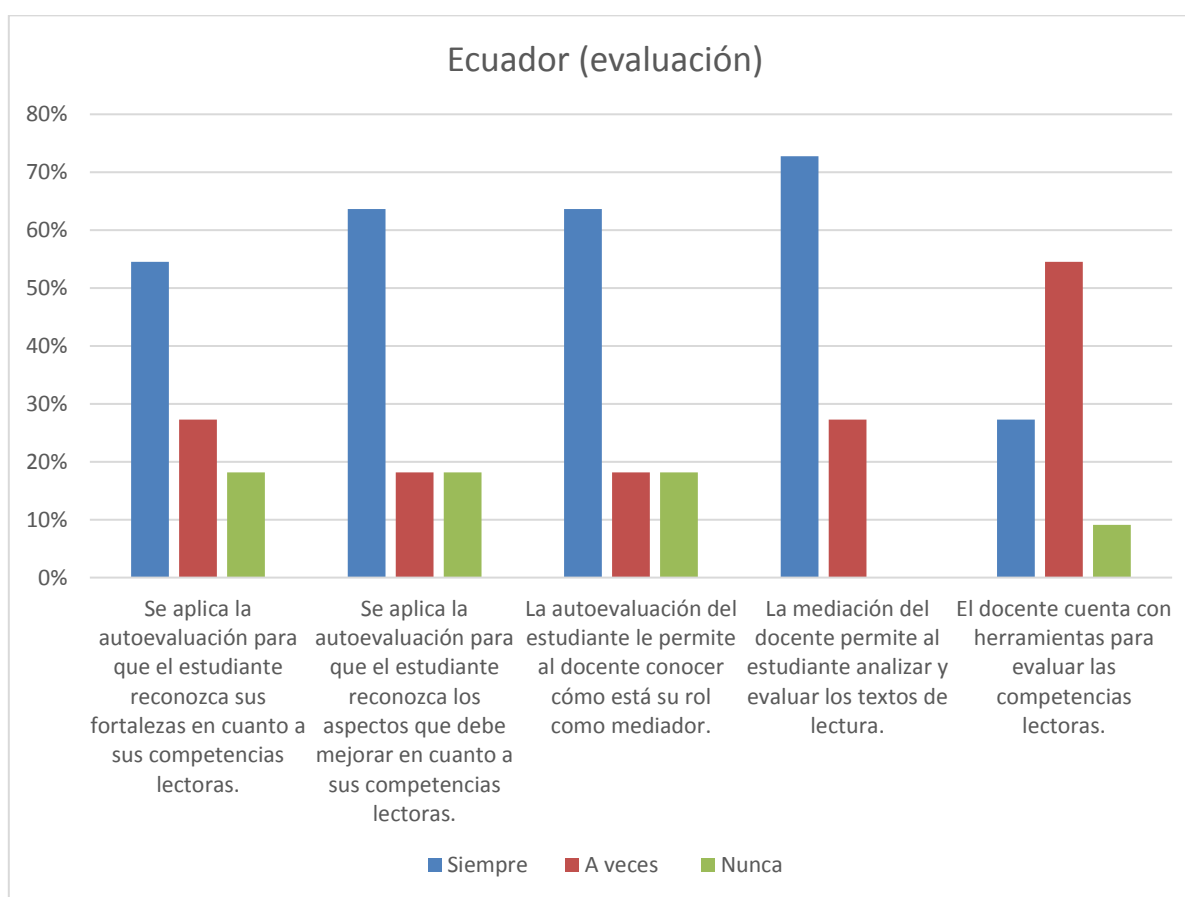
Promedio: 2,55

Figura 12. Aspectos a mejorar en Aplicación Caso Ecuador

Componente 4: Evaluación Caso Ecuador

En este componente, en el caso ecuatoriano los docentes deben mejorar significativamente los aspectos relacionados con la Evaluación en los siguientes aspectos:

- Aplicar la autoevaluación para que el estudiante hospitalizado reconozca sus fortalezas en cuanto a sus competencias lectoras.
- Aplicar la autoevaluación para que el estudiante hospitalizado reconozca los aspectos que debe mejorar en cuanto a sus competencias lectoras.
- Aplicar la autoevaluación el estudiante para que el docente conozca cómo está su rol de mediador.
- El docente debe contar con herramientas para evaluar las competencias lectoras del estudiante



Promedio: 2,4

Figura 13. Aspectos a mejorar en Evaluación Caso Ecuador

4.1.4 Análisis de datos de la observación directa no participante

En los Hospitales chilenos con AH, fueron observados directamente 10 docentes y en Ecuador 11, se concluyen los principales hallazgos obtenidos de la guía de observación:

4.1.4.1 Chile

Los hallazgos obtenidos de las guías de observación en el caso de los hospitales chilenos fueron los siguientes:

Información específica

Se observó que la PH utilizada por parte de docentes permanentes o itinerantes generaba la atención y el acompañamiento educativo al paciente hospitalizado y que a su vez le permitía trabajar autónomamente en el área lectora, en tal sentido la observación arrojó los siguientes resultados: las PH de 9 docentes favorecían los aspectos contemplados de forma positiva, mientras que un solo docente observaba debilidades a este respecto.

Metodologías lúdicas

Las PH empleadas por los 10 docentes observados, permite concluir que 9 docentes utilizan estrategias metodológicas lúdicas en el área de lectura, mientras que solo 1 no las implementa.

Metodologías activas

De los 10 docentes observados en sus prácticas de PH, se evidenció que solo el 80% (8 docentes) utilizan practicas metodológicas activas en sus sesiones de clase de lectura en el AH, mientras que el 20% equivalente a 2 docentes no lo hacen.

Metodologías participativas

En los Hospitales chilenos con educación hospitalaria observados en la presente investigación se evidenció un porcentaje mayoritario del 60% de los docentes que no aplican o implementan una metodología participativa como parte de sus prácticas de PH en el área de lectura, y solamente el 40% si asumen la participación de sus estudiantes como parte de su PH.

Desarrollo de habilidades cognitivas

De las prácticas de PH de los docentes chilenos evaluados sobre si estas generan desarrollo de habilidades cognitivas en el área de lectura, se evidencia que la totalidad de estas si lo permiten, favoreciendo a futuro un reintegro exitoso a sus escuelas de origen.

Desarrollo de destrezas

En cuanto al desarrollo de destrezas en el área de la lectura, un porcentaje muy alto (90%) genera a través de sus prácticas de PH un apropiado desarrollo de destrezas lectoras, mientras que las implementadas por el 10% no logra estas expectativas.

Dominio y conocimiento de los contenidos

De los 10 docentes observados en su PH logro evidenciarse que solo 8 (80%) tienen dominio y suficientes conocimientos del contenido del área de la lectura correspondiente a las particularidades de los niños hospitalizados y de los grados a los cuales asisten o cursan, sin embargo 2 docentes (29%) no dominan los contenidos programáticos curriculares del área de lectura.

Conocimiento sobre adaptaciones curriculares

Los docentes evaluados mediante la observación directa, evidenciaron en un 100% el dominio y conocimiento de las diferentes formas de cómo adaptar el currículo acorde a las necesidades de los estudiantes hospitalizados en el área de lectura.

Relaciones docente-alumno

Al observar en el periodo destinado y acordado para ello, durante las sesiones de clase de lectura, se evidenció una muy buena relación entre el docente y sus alumnos.

Recursos y materiales

Los 10 docentes observados en las AH evidenciaron un óptimo uso de recursos y materiales en el área de lectura.

Componentes a fortalecer

De los 10 docentes observados directamente en sus prácticas de PH durante sus sesiones de clase en el área de lectura, solo 1 debe ser fortalecido en cuanto al diseño didáctico de sus sesiones de clase, mientras que 9 de los docentes deben mejorar los aspectos de evaluación del contenido programático.

Componentes a mejorar

Planificación

- Incorporar actividades de inicio en cada clase dentro del AH
- Debe preparar el ambiente del AH para cada sesión de clase de lectura.
- Los docentes deben planificar los contenidos de acuerdo a los niveles de aprendizaje, dominio y ritmos de los alumnos hospitalizados.
- Considerar el uso de recursos y materiales en el área de lectura.
- Debe incluir a los estudiantes y sus intereses dentro de su planificación.

Diseño didáctico

- Usar el formato de planificación didáctica de las actividades académicas
- La planificación didáctica debe incluir actividades que fomenten el dialogo y la reflexión a partir de la lectura.
- La planificación didáctica debe incluir la evaluación de las competencias lectoras mediante indicadores.

Aplicación

- Los docentes deben permitir que los estudiantes sean parte activa y participativa de la planificación didáctica de las actividades en el AH
- El docente debe incluir actividades de iniciación y motivación en la planificación didáctica para que los estudiantes se interesen en la lectura
- El docente debe considerar los diferentes niveles educativos de los estudiantes
- El docente debe implementar el dialogo y la reflexión partiendo desde la lectura

Evaluación

- Aplicar la autoevaluación para que el estudiante hospitalizado reconozca sus fortalezas en cuanto a sus competencias lectoras.
- Aplicar la autoevaluación para que el estudiante hospitalizado reconozca los aspectos que debe mejorar en cuanto a sus competencias lectoras.
- Aplicar la autoevaluación el estudiante para que el docente conozca cómo está su rol de mediador.
- La función de mediador del docente le permita al estudiante abalizar y evaluar los textos de lectura.
- El docente debe contar con herramientas para evaluar las competencias lectoras del estudiante.

4.1.4.2 Ecuador

Los hallazgos obtenidos de las guías de observación en el caso de los hospitales ecuatorianos fueron los siguientes:

Información específica

Se observó que la PH utilizada por parte de docentes permanentes o itinerantes generaba la atención y el acompañamiento educativo al paciente hospitalizado y que a su vez le permitía trabajar autónomamente en el área lectora, en tal sentido la observación arrojó los siguientes resultados: las PH de 7 docentes favorecían los aspectos contemplados de forma positiva, mientras que cuatro docentes observaban debilidades a este respecto.

Metodologías lúdicas

Las PH empleadas por los 11 docentes observados, permite concluir que 9 docentes utilizan estrategias metodológicas lúdicas en el área de lectura, mientras que solo 2 no las implementan.

Metodologías activas

De los 11 docentes observados en sus prácticas de PH, se evidenció que solo el 45,5% (5 docentes) utilizan practicas metodológicas activas en sus sesiones de clase de lectura en el AH, mientras que el 54,5% equivalente a 6 docentes no lo hacen.

Metodologías participativas

En los Hospitales ecuatorianos con educación hospitalaria observados en la presente investigación se evidenció un porcentaje mayoritario del 63,6% de los docentes que si aplican o implementan una metodología participativa como parte de sus prácticas de PH en el área de lectura, y solamente el 36,4% no asumen la participación de sus estudiantes como parte de su PH.

Desarrollo de habilidades cognitivas

A efectos de presentar los resultados de las prácticas de PH de los docentes ecuatorianos evaluados sobre si estas generan desarrollo de habilidades cognitivas en el área de lectura, se evidencia que 10 docentes al aplicar estas PH sí lo permiten, favoreciendo a futuro un reintegro exitoso a sus escuelas de origen, mientras que solo un docente no logra generar con su PH el desarrollo esperado.

Desarrollo de destrezas

En cuanto al desarrollo de destrezas en el área de la lectura, un porcentaje muy alto (90,9%) genera a través de sus prácticas de PH un apropiado desarrollo de destrezas lectoras, mientras que las implementadas por el 9,1% restante no logra estas expectativas.

Dominio y conocimiento de los contenidos

De los 11 docentes observados en su PH logró evidenciarse que solo 1 docente (9,1%) no tiene dominio y suficientes conocimientos del contenido del área de la lectura correspondiente a las particularidades de los niños hospitalizados y de los grados a los cuales asisten o cursan, sin embargo 10 docentes (90,9%) dominan los contenidos programáticos curriculares del área de lectura.

Conocimiento sobre adaptaciones curriculares

Los docentes evaluados mediante la observación directa, evidenciaron en un 90,9% el dominio y conocimiento de las diferentes formas de cómo adaptar el currículo acorde a las necesidades de los estudiantes hospitalizados en el área de lectura, mientras que el 9,1% no los tiene.

Relaciones docente-alumno

Al observar en el periodo destinado y acordado para ello, durante las sesiones de clase de lectura, se evidenció una muy buena relación entre el docente y sus alumnos en el 81,8% de

los casos, mientras que en el 18,2% la situación no es satisfactoria en este sentido.

Recursos y materiales

Solo 9 docentes observados en las AH evidenciaron un óptimo uso de recursos y materiales en el área de lectura, mientras que 2 no lo hacen efectivamente.

Componentes a fortalecer

De los 11 docentes observados directamente en sus prácticas de PH durante sus sesiones de clase en el área de lectura, 6 deben ser fortalecidos en la Planificación, 2 cuanto al diseño didáctico de sus sesiones de clase, mientras que 3 de los docentes deben mejorar los aspectos de evaluación del contenido programático.

Componentes a mejorar

Planificación

- Debe incluir a los estudiantes y sus intereses dentro de su planificación
- Los docentes deben planificar los contenidos de acuerdo a los niveles de aprendizaje, dominio y ritmos de los alumnos hospitalizados.
- Los docentes deben contemplar en su planificación actividades donde se activen procesos de lectura
- Considerar el uso de recursos y materiales en el área de lectura

- Los docentes deben planificar los contenidos de acuerdo a los niveles educativos que cursan los niños hospitalizados.

Diseño didáctico

- Usar el formato de planificación didáctica de las actividades académicas
- La Planificación didáctica debe tener correspondencia con aspectos de la cotidianidad del estudiante.
- La Planificación didáctica debe incluir adaptaciones curriculares que faciliten el aprendizaje del estudiante acorde a sus necesidades.

Aplicación

- Los docentes deben permitir que los estudiantes sean parte activa y participativa de la planificación didáctica de las actividades en el AH
- El docente debe crear un ambiente agradable en el AH, en la atención domiciliario u otro entorno acordado para el acompañamiento académico.
- El docente debe ejecutar actividades considerando los niveles educativos de los pacientes hospitalizados.
- El docente debe implementar el dialogo y la reflexión partiendo desde la lectura.
- El docente debe utilizar recursos didácticos y tecnológicos en sus sesiones de lectura en el AH.

Evaluación

- Aplicar la autoevaluación para que el estudiante hospitalizado reconozca sus fortalezas en cuanto a sus competencias lectoras.
- Aplicar la autoevaluación para que el estudiante hospitalizado reconozca los aspectos que debe mejorar en cuanto a sus competencias lectoras.
- Aplicar la autoevaluación el estudiante para que el docente conozca cómo está su rol de mediador.
- El docente debe contar con herramientas para evaluar las competencias lectoras del estudiante

4.1.5 Resultados adicionales obtenidos en la observación en las AH de Ecuador

Además de los aspectos antes señalados, existen varias observaciones y posturas del autor de la presente investigación en su condición de observador, que se plantean como problemáticas porque son producto de la reflexión que va más allá de las circunstancias contempladas a través de los instrumentos aplicados y que se resumen a continuación. Sin embargo, es preciso señalar que estas observaciones de carácter cualitativas, se derivan del método reflexivo de la Escuela de Chicago asumido en esta investigación y que aportan aspectos muy importantes para el análisis de la situación objeto de estudio. Existe una confusión por parte de los docentes hospitalarios sobre el concepto de la pedagogía hospitalaria, no hay claridad en cómo deben llevar la situación, en cómo deben planificar las actividades, en qué es lo que deben apoyar a los niños, cuál es la metodología, en general, cuál es la pedagogía aplicada en estos casos.

Como razones que pudieran justificar algunas de estas reflexiones se puede señalar que:

- Los docentes contratados para este trabajo en el Ecuador no son docentes hospitalarios, en su mayoría no tienen especialidad en docencia hospitalaria o capacitación en la misma, en la universidad ecuatoriana, solamente existe en algunos casos una asignatura sobre el tema. Tampoco existe un perfil para la selección de este grupo de docentes.
- Los docentes itinerantes, no son fijos, lo cual por una parte evita que se involucren emocionalmente con niños que muchas veces recaen o inclusive pierden la vida y de un día al otro tienen la noticia de que ya no están, por ello es necesario docentes preparados para ello, de manera que se pueda tener docentes permanentes, entregados, pero capacitados para no involucrarse sentimentalmente.
- Este grupo de docentes actualmente en muchos casos no conoce el modelo de PH del país.

- Se utilizan actualmente 2 horas con cada estudiante, se podría realizar un trabajo autónomo con una guía.
- Actualmente las AH se gestionan como un refuerzo académico, coordinando las actividades con la escuela de origen, lo cual no es lo más apropiado para este grupo y es en ese punto donde se requiere la aplicación de una pedagogía específicamente hospitalaria.
- Otro aspecto preocupante, es que se llega al extremo donde se realizan solamente actividades lúdicas, pero sin propósitos claros y una orientación educativa, lo cual finalmente genera que no se fortalezcan competencias educativas.

En el Ecuador existe un modelo de gestión de atención, donde se menciona muchas veces a las AH, pero no está claro cómo se debe trabajar. Se busca no solamente que aprendan sino el saber hacer, es decir que puedan responder a diversas dificultades, puedan posteriormente insertarse exitosamente a su escuela de origen, con competencias alcanzadas y refuerzos en las debilidades observadas al inicio de su ingreso al AH.

4.2 Cuestionario sobre prácticas pedagógicas

El cuestionario aplicado de acuerdo a lo expuesto en la metodología, fue aplicado en 12 centros hospitalarios de Ecuador y Chile, con un total de 23 docentes de Aulas Hospitalarias. A continuación se presenta la siguiente tabla a modo de resumen de lo descrito en este párrafo.

Tabla 38. Centros Hospitalarios y número de entrevistas realizadas.

Entrevista No.	Establecimiento de especialidades	Ubicación	Distrito	Fecha
1	Hospital de especialidades Carlos Andrade Marin	Ecuador	Quito - 4	26/9/2019
2	Hospital Pediátrico Baca Ortiz	Ecuador	Quito - 5	25/9/2019
3	Hospital Oncológico de Solca	Ecuador	Quito - 5	24/9/2019
4	Hospital Oncológico de Solca	Ecuador	Quito - 5	24/9/2019
5	Hospital Pediátrico Baca Ortiz	Ecuador	Quito - 5	25/9/2019
6	Hospital Pediátrico Baca Ortiz	Ecuador	Quito - 5	25/9/2019
7	Hospital Pediátrico Baca Ortiz	Ecuador	Quito - 5	25/9/2019
8	Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón	Ecuador	Quito - 3	26/9/2019
9	Hospital de especialidades Carlos Andrade Marin	Ecuador	Quito - 4	26/9/2019
10	Colegio Hospitalario Hospital de Carabineros	Chile	Nuñoz	17/6/2019
11	Colegio Hospitalario Felix Bulnes Cerda	Chile	Providencia	17/6/2019
12	Colegio Hospitalario Felix Bulnes Cerda	Chile	Providencia	6/6/2019
13	Clinica Indisa	Chile	Providencia	6/6/2019
14	Colegio Hospitalario Felix Bulnes Cerda	Chile	Providencia	7/6/2019
15	Clinica Indisa	Chile	Providencia	6/6/2019
16	Escuela Hospitalaria INRPAC	Chile	Comuna	5/6/2019
17	Escuela Hospitalaria INRPAC	Chile	Comuna	5/6/2019
18	Escuela Hospitalaria INRPAC	Chile	Comuna	5/6/2019
19	Colegio Hospitalario San Borje Arrienren	Chile	Comuna	19/6/2019
20	Hospital San Juan de Dival	Chile	Santiago	18/6/2019
21	Hospital del Pino	Chile	San Bernardo	14/6/2019
22	Hospital San Juan de Dios	Chile	Comuna	14/6/2019
23	Hospital del Pino	Chile	San Bernardo	14/6/2019

Fuente: Trabajo de Campo

Elaborado por: Autor de la investigación

La entrevista (Ver Anexo N° 1), constó de 10 preguntas para determinar las Buenas prácticas pedagógicas desde la Teoría de Modificabilidad Cognitiva Estructural. A continuación se presenta una Tabla resumen con los valores promedios por país de las respuestas obtenidas en los diferentes centros hospitalarios a los docentes consultados.

Los resultados de los cuestionarios se presentan escaneados en el Anexo 6.

Tabla 39. Resultados promedios sobre las Buenas prácticas pedagógicas

Pregunta No.	Pregunta	Ecuador	Chile	Variación Porcentual
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	6,8	6,0	0,8
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	7,3	8,6	-1,3
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	8,5	9,6	-1,0
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	9,0	9,3	-0,3
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	8,9	8,8	0,2
6	¿Utiliza recursos didácticos? (Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)	7,8	9,2	-1,4
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	8,6	8,9	-0,3
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	7,1	6,8	0,3
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	8,0	6,2	1,8
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	5,4	4,6	0,9

Fuente: Trabajo de Campo

Elaborado por: Autor de la investigación

Al comparar los resultados se observa que de las 10 preguntas tanto los docentes de Aulas Hospitalarias en Ecuador como en Chile observan prácticas pedagógicas desde la Teoría de Modificabilidad Cognitiva Estructural para favorecer el acompañamiento académico a niños hospitalizados temporalmente.

En el caso ecuatoriano prevalecen como prácticas pedagógicas de mayor uso las siguientes:

- Desarrollo de actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura
- Favorecen actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura
- Se procuran adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes.
- Se utilizan actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes.

- Se aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar

Las que observan mayores debilidades en el ámbito ecuatoriano son las siguientes prácticas:

- Participación de los docentes en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras.
- Coordinación del docente con la institución educativa en la planificación para el desarrollo de competencias lectoras.
- Evaluación a los estudiantes sobre las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores.
- Utilización de un formato de planificación didáctica.
- Uso de recursos didácticos, como por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros.

En el caso chileno, prevalecen como prácticas pedagógicas de mayor uso las siguientes:

- Se utilizan actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes
- Desarrollo de actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura
- Uso de recursos didácticos, como por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros.
- Se procuran adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes.
- Favorecen actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura
- Utilización de un formato de planificación didáctica.

Las que observan mayores debilidades en el ámbito chileno son las siguientes prácticas:

- Participación de los docentes en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras.

- Coordinación del docente con la institución educativa en la planificación para el desarrollo de competencias lectoras.
- Evaluación a los estudiantes sobre las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores
- Se aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar

A continuación se presentan gráficamente estos resultados a fines comparativos



Figura 14. Resultados promedios sobre las Buenas prácticas pedagógicas
Elaborado por: Autor de la investigación

4.3 Entrevista Focus Group

A continuación, se presentan los hallazgos en los Hospitales donde se permitió la entrevista al grupo focal, cuyos asistentes se presentan a detalle en el capítulo metodológico.

4.4 Hospital San Borja Arriarán (Chile)

A continuación se presentan los resultados provenientes de la sesión de focus group en este Hospital chileno, ubicado en la región metropolitana de la ciudad de Santiago de Chile. Es un centro hospitalario cuya servicio de emergencia pediátrica del HCSBA es el más antiguo de América Latina.

Tabla 40. Resultados Grupo focal – Hospital San Borja Arriarán (Chile)

N°	Pregunta	Respuesta Grupal
1	¿Considera que es necesario contar con un formato de planificación didáctica? Si cree necesario, ¿Cuáles serían las ventajas?	Tenemos y lo hemos modificando a lo largo de los años, sin ese formato de planificación y las actividades multigrado los niños tampoco podrían avanzar no tendríamos ninguna organización. Las ventajas están en que se puede realizar las actividades multigrado acorde al currículo nacional de una manera sistematizada.
2	¿Cuál de las metodologías planteadas en el Modelo de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, aplica en su práctica pedagógica para el desarrollo de competencias lectoras? Lúdica; personalizada; flexible; innovadora; multinivel.	Se aplican todas porque generalmente la competencia lectora es donde hay más déficit así como en la resolución de problemas en matemáticas. Nos enfocamos en una atención más personalizada para que los niños la pasen bien y también aprendan, a través del juego de proyectos de producciones escritas puedan trabajar también esas áreas
3	En caso de que aplique actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura, mencione una que considere que ha sido eficaz.	La creación de textos de cuentos ilustrados y después la profesora de lengua los escanea, digitaliza y se hace un libro como el proyecto de este año.
4	¿Considera importante activar los conocimientos previos en los estudiantes antes de iniciar la lectura?, ¿Por qué?	Si, nosotros diagnosticamos los conocimientos previos pues son las evidencias para poder realizar las planificaciones. El Ministerio lo pide para ajustar el currículo por ejemplo si hay un niño que tenemos que ajustar los objetivos de su curso esa prueba puede ser un respaldo para hacer una planificación media o alta y después cuando vuelva al colegio se entregue su informe pedagógico con los ajustes para que el colegio siga al mismo ritmo.
5	¿Identifica en sus estudiantes los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje de los estudiantes?, ¿Cree importante planificar sus actividades a partir de los ritmos y estilos de aprendizaje?	Si, a nivel nacional de las aulas hospitalarias todo es personalizado no se hace planificación general, todo lo planificado es para el niño y cómo hay muchos hacemos clases multigrado, pero tenemos planificaciones individuales por lo mismo porque tenemos que pensar en las necesidades de cada uno.
6	Si aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión en los estudiantes, mencione una de ellas que ha sido eficaz.	El diálogo es lo más importante para fortalecer el área emocional, es continuo. Así expresan incluso su solidaridad a niños que tienen que salir a otros hospitales momentáneamente para recibir tratamientos más especializados.

7	¿Cuenta con herramientas para evaluar las competencias lectoras? (Por ejemplo: test, pruebas informales). ¿Considera necesarias? ¿Por qué?	No estandarizado todo lo hacemos nosotros, pero el currículo nacional cuenta con los indicadores para evaluar las competencias lectoras tomamos de ello y lo adecuamos, además es obligatorio para todos los docentes de Chile cumplir con esos indicadores de evaluación.
8	¿Considera que los resultados de la autoevaluación por parte de los estudiantes, le permitiría conocer cómo está su rol como docente mediador? ¿Por qué?	No tenemos la política de que todos hagan las autoevaluaciones, pero cuando lo creemos necesario lo hacemos y ellos se dan cuenta de muchas de sus debilidades académicas.
9	¿Cuáles con los factores externos que favorecen o limitan el desarrollo de competencias lectoras en los estudiantes atendidos en el Programa? 9.1. El tiempo de permanencia del niño hospitalizado y los tratamientos médicos 9.2. Asistencia al AH y número de estudiantes 9.3 Coordinación académica con la escuela de origen 9.4. Infraestructura hospitalaria para AH y recursos didácticos	<ul style="list-style-type: none"> • El tiempo de permanencia yo diría que en nuestro caso favorece a los niños por la atención personalizaba que aborda y mejora sus falencias académicas; • Los efectos del tratamiento o situación de enfermedad/hospitalización, pues a veces las quimioterapias los afectan y no quieren hacer nada, en esos casos los apoyamos emocionalmente en vez de seguir un currículo que les impide ser apoyados desde otras perspectivas. • Asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa se convierte en un problema y genera baja asistencia • El número de estudiantes atendidos simultáneamente no nos limita porque podemos separar a los más pequeños y a los más grandes, lo que si nos limita es la cantidad de profesores porque también tenemos que atender sala cama en un horario determinado • La coordinación con la institución de origen, nos limita porque en el caso de los colegios envían el material que ellos trabajan y no permiten ajustes acordes a la realidad del niño. • El espacio e infraestructura en donde se brinda la atención educativa es una fortaleza nuestra pues contamos con espacios para las actividades.
10	¿Considera que es necesario contar con orientaciones para mejorar sus prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras?, ¿Por qué?	Siempre, por la complejidad de nuestro trabajo.
11	¿Cuáles es la disposición que tienen los niños hacia la lectura?	Son muy pocos a los que les gusta leer, si hablamos de porcentajes podría ser menos del 50 %, pero esa es nuestra meta, que se vayan de acá queriendo leer algo que a ellos les guste.
12	¿La familia muestra interés por la lectura con los niños que participan en el Programa?	No la verdad es que también por eso también tenemos la biblioteca para los papás y siempre estamos en espera a que alguien se lleve un libro, pero la verdad es que prefieren estar más en el celular
13	¿El Programa cuenta con material didáctico que incentive la lectura en los niños?	Si
14	¿Los niños participan de manera grupal en experiencias de lectura?	Si generalmente lo hacemos 2 veces por semana cuando les toca lenguaje
15	Cuáles son las temáticas de interés en la lectura de textos por parte de los niños que participan en el Programa?	Los videojuegos en los varones y en las niñas todo lo que sean cuentos de princesas.

En el Hospital San Borja Arriarán (Chile), las fortalezas más evidentes son las siguientes:

- Cuentan con un formato de planificación didáctica de las actividades a realizar con cada niño.
- Se enfocan en una atención más personalizada para que los niños la pasen bien y también aprendan, para que a través del juego de proyectos de producciones escritas puedan trabajar el área lectora.
- La estrategia de mayor éxito en el área lectora es la creación de textos de cuentos ilustrados y después la profesora de lengua los escanea, digitaliza y se hace un libro como el proyecto de este año.
- Diagnostican los conocimientos previos pues son las evidencias para poder realizar las planificaciones.
- El diálogo es lo más importante para fortalecer el área emocional, es continuo. Así expresan su solidaridad a niños que tienen que salir a otros hospitales momentáneamente para recibir tratamientos más especializados.
- El tiempo de permanencia hospitalaria favorece a los niños por la atención personalizada que aborda y mejora sus falencias académicas
- El espacio e infraestructura en donde se brinda la atención educativa es una fortaleza pues cuentan con espacios para las actividades fortaleza.
- El número de estudiantes atendidos simultáneamente no nos limita porque pueden separar a los más pequeños y a los más grandes.
- Los docentes hospitalarios cuentan con orientaciones para mejorar sus prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras.
- Cuenta con suficiente material didáctico que incentive la lectura en los niños
- Los niños participan de manera grupal en experiencias de lectura por lo menos dos veces a la semana.

Algunos aspectos que se consideran como debilidades son los siguientes:

- No tienen oficialmente la política de que todos los niños hospitalizados hagan autoevaluaciones, solo cuando lo creen necesario.

- La coordinación con la institución de origen, pues envían el material que ellos trabajan y no permiten ajustes acorde a la realidad del niño, lo cual les limita parcialmente para innovar.
- La asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa se convierte en un problema y genera baja asistencia.
- La cantidad de profesores es insuficiente porque también atienden simultáneamente a niños en condición de sala cama en un horario determinado, además de los compromisos en el Aula Hospitalaria.
- Los padres no se involucran y no muestran interés en la lectura que pueda coadyuvar a los niños.

5 Hospital Colegio Hospitalario Hospital de Carabineros (Oncológico) de Chile

A continuación se presentan los resultados de las sesiones de focus group implementadas en este centro hospitalario que depende de la Dirección de Salud y Sanidad de Carabineros de Chile, y que a su vez integra la red asistencial del Sistema de Salud de Carabineros. Se ubica en la comuna de Ñuñoa, en la ciudad de Santiago de Chile.

Tabla 41. Resultados Grupo focal - Colegio Hospitalario Hospital de Carabineros (Oncológico) Chile

N°	Pregunta	Porque ayuda a la planificación
1	¿Considera que es necesario contar con un formato de planificación didáctica? Si cree necesario, ¿Cuáles serían las ventajas?	Si para poder planificar y cumplir los objetivos del Programa
2	¿Cuál de las metodologías planteadas en el Modelo de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, aplica en su práctica pedagógica para el desarrollo de competencias lectoras? Lúdica; personalizada; flexible; innovadora; multinivel.	Se trabaja mucho las competencias de la autonomía, jugando se realiza actividades que son didácticas y entretenidas que también ayudan pero hay chiquillos, más que todo las lúdicas
3	En caso de que aplique actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura, mencione una que considere que ha sido eficaz.	Cuentos, trabajamos también imágenes donde ellos puedan descubrir de que se va a tratar el cuento, presentaciones en Power Point, videos, títeres,
4	¿Considera importante activar los conocimientos previos en los estudiantes antes de iniciar la lectura?, ¿Por qué?	Si, para poder contextualizar la planificación curricular
5	¿Identifica en sus estudiantes los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje de los estudiantes?, ¿Cree importante planificar sus actividades a partir de los ritmos y estilos de aprendizaje?	Si la verdad es que con el tiempo ellos llegan hacen una evaluación diagnóstica de temas donde se aprecia lo que domina y lo que no, así entonces se planifica. Si mucho porque si no el niño se frustra, y no quieren ir a las clases, cree que no está aprendiendo, cree que es más lento que otros compañeros, entonces como son poquitos niños uno puede trabajar en forma individual, entonces cada uno trata de hacer a su tiempo y a su ritmo las actividades.
6	Si aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión en los estudiantes, mencione una de ellas que ha sido eficaz.	Si, inclusive en los recreos para vencer la timidez, en cada clase de lenguaje
7	¿Cuenta con herramientas para evaluar las competencias lectoras? (Por ejemplo: test, pruebas informales). ¿Considera necesarias? ¿Por qué?	No se cuenta con estas herramientas, pero se consideran necesarias y que sean atractivas,

8	¿Considera que los resultados de la autoevaluación por parte de los estudiantes, le permitiría conocer cómo está su rol como docente mediador? ¿Por qué?	No sé si mucho porque la autoevaluación va más de lo que hacen ellos de lo que hago yo, sin embargo, si nos ayudaría a saber lo que ellos ven de nosotros.
9	¿Cuáles con los factores externos que favorecen o limitan el desarrollo de competencias lectoras en los estudiantes atendidos en el Programa? 9.1. El tiempo de permanencia del niño hospitalizado y los tratamientos médicos 9.2. Asistencia al AH y número de estudiantes 9.3 Coordinación académica con la escuela de origen 9.4. Infraestructura hospitalaria para AH y recursos didácticos	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de permanencia de los estudiantes en el establecimiento de salud, es complejo pues en plena clase las enfermeras interrumpen para cumplir tratamientos o los retiran para lo mismo. • La asistencia voluntaria de los estudiantes al programa limita la asistencia continua de los niños y en eso la padres ayudan al incumplimiento pues a veces son muy aprehensivos con la patología del niño. • Los efectos del tratamiento limitan continuamente sus ganas de participar • El número de estudiantes atendidos simultáneamente es de 4 a 5 niños, de repente limita porque son de distintos cursos distintas edades, entonces es complicado hacer actividades multigrado • Es poca la comunicación que tenemos con los colegios de origen, estos se desligan totalmente hasta que nosotros terminemos con el aprendizaje de ellos durante la hospitalización. • El espacio o infraestructura en donde se brinda atención educativa es limitado y no muy favorable. • Los recursos didácticos son totalmente limitados y los hacemos nosotras en nuestro horario de trabajo limitando el tiempo efectivo para acompañar académicamente a estos. • El número de docentes para atender a los estudiantes es insuficiente, pues se atiende simultáneamente el servicio sala cama y entonces eso también nos quita mucho tiempo.
10	¿Considera que es necesario contar con orientaciones para mejorar sus prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras?, ¿Por qué?	Si, para mejorar el desempeño y ayudar a los niños.
11	¿Cuáles es la disposición que tienen los niños hacia la lectura?	Casi no le gusta mucho lenguaje, pero les encanta escuchar cuentos crear cuentos, aunque ellos digan que no les gusta lenguaje.
12	¿La familia muestra interés por la lectura con los niños que participan en el Programa?	Muy poco, estimamos un 20% que se interesa en la lectura conjunta con los niños.
13	¿El Programa cuenta con material didáctico que incentive la lectura en los niños?	Hay muy poco apoyo del gobierno en eso, poco a poco llegan cuentos y los tenemos en la biblioteca, el ministerio de educación sacó un programa que es lea primero que está con el tema de fomentar la lectura si incluso este año implementó unos cuadernos de lenguaje.
14	¿Los niños participan de manera grupal en experiencias de lectura?	Si, por lo menos en la hora de lenguaje, ellos están todos escuchando el cuento, viendo el cuento, o haciendo un cuento o jugando con títeres, juegan también en historias con sombras
15	Cuáles son las temáticas de interés en la lectura de textos por parte de los niños que participan en el Programa?	Cuentos infantiles todo lo que es mundo maravillosos fantasías eso es lo que les llama la atención

En el Hospital Colegio Hospitalario Hospital de Carabineros (Oncológico) Chile, las fortalezas más evidentes son las siguientes:

- Considera que si es necesario contar con un formato de planificación didáctica para poder planificar y cumplir los objetivos del Programa.
- Se trabaja mucho la competencia de la autonomía a través del juego.
- Las actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura utilizadas son: Cuentos, se trabaja también imágenes donde ellos puedan descubrir de que se va a tratar el cuento, presentaciones en Power Point, videos, títeres.
- Se considera importante activar los conocimientos previos en los estudiantes antes de iniciar la lectura para poder contextualizar la planificación curricular.
- Se fomenta el diálogo y la reflexión en los estudiantes, en cada clase de e inclusive en los recreos para vencer la timidez.
- Son identificados en los estudiantes los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje de los estudiantes para evitar que el niño se frustre, y no quiera asistir a las clases, cree que no está aprendiendo, porque se cree más lento que otros compañeros, entonces como son poquitos niños uno puede trabajar en forma individual, entonces cada niño trata de hacer a su tiempo y a su ritmo las actividades.
- Los docentes hospitalarios consideran que es necesario contar con orientaciones para mejorar sus prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras y su desempeño como maestro y ayudar a los niños.
- Los niños participan de manera grupal en experiencias de lectura por lo menos en la hora de lenguaje, ellos están todos escuchando el cuento, viendo el cuento, o haciendo un cuento o jugando con títeres, juegan también en historias con sombras.

Algunos aspectos que deben ser mejorados son los siguientes:

- No se cuenta oficialmente con herramientas para evaluar las competencias lectoras
- Al no haber una política definida sobre autoevaluación en el Hospital, no se considera resultados en este sentido por parte de los estudiantes, para orientar como los perciben estos en su rol como docente mediador.

- El tiempo de permanencia de los estudiantes en el Hospital, para el aprendizaje es complejo pues en plena clase las enfermeras interrumpen para cumplir tratamientos o los retiran para aplicárselos en otra área del centro de salud.
- Es poca la comunicación con los colegios de origen, estos se desligan totalmente hasta que la terminación del aprendizaje de los niños durante la hospitalización.
- La asistencia voluntaria de los estudiantes al programa limita la presencia continua de los niños y en eso los padres ayudan al incumplimiento pues a veces son muy aprehensivos con la patología del niño.
- El espacio o infraestructura en donde se brinda atención educativa es limitado y no muy favorable.
- Los recursos didácticos son totalmente limitados y los elaboran los maestros en el horario de trabajo limitando el tiempo efectivo para acompañar académicamente a estos.
- El número de estudiantes atendidos simultáneamente es de 4 a 5 niños, de repente limita la actividad docente porque son de distintos cursos, distintas edades, entonces es complicado hacer actividades multigrado.
- El número de docentes para atender a los estudiantes es insuficiente, pues se atiende simultáneamente el servicio sala cama.
- En cuanto al apoyo de los padres, se considera muy poco, se estima un 20% que se interesa en la lectura conjunta con los niños.

6 Colegio Hospitalario Félix Bulnes Cerda (Chile)

A continuación se presentan los resultados de las sesiones de focus group implementadas en este centro hospitalario perteneciente a la Fundación Carolina Labra Riquelme, ubicado en la ciudad de Santiago de Chile,

Tabla 42. Resultados Grupo focal - Colegio Hospitalario Félix Bulnes Cerda (Chile) Psiquiatría

N°	Pregunta	Respuesta Grupal
1	¿Considera que es necesario contar con un formato de planificación didáctica? Si cree necesario, ¿Cuáles serían las ventajas?	Si, porque establece un orden claro para llevar planificar todas las actividades didácticas en el área de la comprensión lectora, permite el trabajo de comprensión lectora, comprensión auditiva, expresión oral, a través de distintas dinámicas y alternativas.
2	¿Cuál de las metodologías planteadas en el Modelo de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, aplica en su práctica pedagógica para el desarrollo de competencias lectoras? Lúdica; personalizada; flexible; innovadora; multinivel.	Todas las aplicamos porque tenemos de todos los casos, multinivel, multigrado, atendemos niños de manera individual, depende del tipo de estudiantes, de cada paciente para cada caso, de acuerdo a las necesidades de los niños tenemos que aprender a saber cómo también aprende cada uno de ellos.
3	En caso de que aplique actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura, mencione una que considere que ha sido eficaz.	Trabajar con imágenes y videos
4	¿Considera importante activar los conocimientos previos en los estudiantes antes de iniciar la lectura?, ¿Por qué?	Si se hace el andamiaje entre el conocimiento que tiene, su experiencia y lo que va a aprender durante su estadía.
5	¿Identifica en sus estudiantes los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje de los estudiantes?, ¿Cree importante planificar sus actividades a partir de los ritmos y estilos de aprendizaje?	Si porque así se puede planificar una actividad en la que va a avanzar mucho en contenido. Si un niño tiene un ritmo de aprendizaje muy lento entonces hay que redactar más el contenido, hay que ejercitar más ese punto, entonces podemos quizás en una clase pasar distintos conceptos, lo contrario pasa con niños con un aprendizaje más activo y rápido.
6	Si aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión en los estudiantes, mencione una de ellas que ha sido eficaz.	Si, cuando les hacemos exponer y opinar sobre los capítulos del libro, ahí vamos reflexionando si van entendiendo, porque pasan esas cosas en el libro y vemos si están entendiendo.
7	¿Cuenta con herramientas para evaluar las competencias lectoras? (Por ejemplo: test, pruebas informales). ¿Considera necesarias? ¿Por qué?	Si, a través de una pantalla interactiva, en un PC
8	¿Considera que los resultados de la autoevaluación por parte de los estudiantes, le permitiría conocer cómo está su rol como docente mediador? ¿Por qué?	Aquí no se realiza autoevaluación, pero personalmente les preguntamos, un obstáculo para ello es que continuamente están medicados, no tenemos un formato oficial para hacerlo.

9	<p>¿Cuáles son los factores externos que favorecen o limitan el desarrollo de competencias lectoras en los estudiantes atendidos en el Programa?</p> <p>9.1. El tiempo de permanencia del niño hospitalizado y los tratamientos médicos</p> <p>9.2. Asistencia al AH y número de estudiantes</p> <p>9.3 Coordinación académica con la escuela de origen</p> <p>9.4. Infraestructura hospitalaria para AH y recursos didácticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de permanencia de los estudiantes en el establecimiento de salud para aprender es limitado, a veces nosotras tenemos actividades planificadas y de repente vienen las enfermeras lo sacan o ellos se van e interrumpen la clase. • Los efectos del tratamiento psiquiátrico les bajan el nivel cognitivo porque están somnolientos o tienen crisis. • La asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa, este año ha sido una limitante porque los niños asisten poco a las clases multigrado entonces nos tienen limitado ese aspecto. • El número de estudiantes atendidos simultáneamente es favorable porque es pequeño, se ayudan entre ellos, pero cuando es muy variable la situación se complica. • Hay poca coordinación con la institución educativa de origen, a veces trabajamos con los contenidos que ellos mandan. • La infraestructura en donde se brinda la atención educativa, favorece y permite estar cerca de ellos, permite trabajar en grupo, si está en sala cama es igual, entonces si es favorable. • Se cuenta con recursos didácticos.
10	<p>¿Considera que es necesario contar con orientaciones para mejorar sus prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras?, ¿Por qué?</p>	<p>Si hay capacitación que mejore nuestra labor sería muy buena. Ayudaría a potenciar lo que uno ya sabe, a refrescar el conocimiento, a actualizar las investigaciones hechas últimamente y las estrategias nuevas que se están aplicando.</p>
11	<p>¿Cuáles es la disposición que tienen los niños hacia la lectura?</p>	<p>Una actitud de rechazo, por eso efectuamos ferias de libros en el Hospital, libros para que aquellos a quienes no les gusta leer, dibujen historias cuando van escuchando.</p>
12	<p>¿La familia muestra interés por la lectura con los niños que participan en el Programa?</p>	<p>Algunas mamás colaboran, vienen a buscar los libros para leer a los niños pero no todas.</p>
13	<p>¿El Programa cuenta con material didáctico que incentive la lectura en los niños?</p>	<p>Tenemos cuentos ahora vienen con más imágenes, más ilustraciones y menos texto, y nos dan cajas con los libros de lectura que da el Ministerio y lo trabajamos aquí</p>
14	<p>¿Los niños participan de manera grupal en experiencias de lectura?</p>	<p>En las clases multigrado si hay lectura compartida</p>
15	<p>Cuáles son las temáticas de interés en la lectura de textos por parte de los niños que participan en el Programa?</p>	<p>Libros de texto escolar, comics y de suspenso.</p>

En el Hospital Colegio Hospitalario Félix Bulnes Cerda (Chile) Psiquiatría, las fortalezas más evidentes son las siguientes:

- Consideran que es necesario y cuentan con un formato de planificación didáctica, porque establece un orden claro para llevar a planificar todas las actividades didácticas en el área de la comprensión lectora, permite el trabajo de comprensión lectora, comprensión auditiva, expresión oral, a través de distintas dinámicas y alternativas.
- Aplican metodologías lúdicas; personalizadas; flexibles; innovadoras; multinivel, porque atienden todo caso de niños, multinivel, multigrado, consideramos niños de manera individual, depende del tipo de estudiantes, de cada paciente. para cada caso, de acuerdo a sus necesidades, se aprende a saber cómo aprende cada uno de ellos.
- Si se hace el andamiaje entre el conocimiento previo que tiene el niño, su experiencia y lo que va a aprender durante su estadía hospitalaria.
- Se implementan actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura, dentro de las cuales las de mayor éxito son: Trabajar con imágenes y videos.
- Son identificados los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje de los estudiantes para planificar las actividades, estrategias y dinámicas acorde a cada caso.
- Se fomenta el diálogo y la reflexión en los estudiantes cuando exponen y opinan sobre los capítulos del libro, se reflexiona y se observa si van entendiendo, relatan desde su perspectiva porque pasan esas cosas en el libro y se pregunta si están entendiendo.
- El Hospital cuenta con herramientas para evaluar las competencias lectoras mediante una pantalla interactiva en un PC.
- La infraestructura en donde se brinda la atención educativa, favorece y permite estar cerca de ellos, trabajar en grupo, igual si el paciente está en sala cama.
- Se cuenta con recursos didácticos para favorecer el aprendizaje y la lectura.
- El número de estudiantes atendidos simultáneamente es favorable porque es pequeño, se ayudan entre ellos.
- Los docentes hospitalarios consideran que es necesario contar con orientaciones para mejorar sus prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras de los niños y que los ayudarían a estar en el dominio de las últimas tendencias en esta área. Algunos aspectos que deben ser mejorados son los siguientes:

- No se realiza autoevaluación al estudiante, un obstáculo para ello es que continuamente están medicados, no se cuenta con un formato oficial para hacerlo.
- El tiempo de permanencia de los estudiantes en el establecimiento de salud para aprender es limitado, a veces se tienen actividades planificadas y de repente vienen las enfermeras lo sacan para aplicar tratamientos o ellos se van e interrumpen la clase.
- Hay poca coordinación con la institución educativa de origen, a veces se trabaja con los contenidos que ellos mandan.
- Los efectos del tratamiento psiquiátrico bajan el nivel cognitivo de los estudiantes porque están somnolientos o tienen crisis.
- La asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa, este año ha sido una limitante porque los niños asisten poco a las clases multigrado.
- Se observa en los estudiantes una actitud de rechazo hacia la lectura por eso efectuamos ferias de libros en el Hospital, libros para que aquellos a quienes no les gusta leer, dibujen historias cuando van escuchando, esto debe ser ampliado hacia otras alternativas.
- Se observa poco compromiso parental para involucrarse en actividades lectoras con sus niños hospitalizados.

7 Instituto de Rehabilitación PEDRO AGUIRRE CERDA (INRPAC) Parálisis - Chile

A continuación se presentan los resultados de las sesiones de focus group implementadas en este centro hospitalario público de referencia nacional en el área de rehabilitación a niños y jóvenes con algún tipo de discapacidad. Es parte integrante de la red medico asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, se ubica en la comuna de Peñalolén, en la ciudad de Santiago de Chile.

Tabla 43. Resultados Grupo focal - Instituto de Rehabilitación PEDRO AGUIRRE CERDA (INRPAC) Parálisis - Chile

N°	Pregunta	Respuesta Grupal
1	¿Considera que es necesario contar con un formato de planificación didáctica? Si cree necesario, ¿Cuáles serían las ventajas?	Si, los tienen, efectúan planificaciones en diversos periodos de tiempo, desde semanal hasta mensual. Tratamos de basar la planificación en el currículo nacional en las competencias curriculares, pero esto se adapta a las necesidades de los niños que tenemos hospitalizados
2	¿Cuál de las metodologías planteadas en el Modelo de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, aplica en su práctica pedagógica para el desarrollo de competencias lectoras? Lúdica; personalizada; flexible; innovadora; multinivel.	Se implementan todas en virtud de que la mayoría de niños tienen diferentes tipos de parálisis incluso la cerebral.
3	En caso de que aplique actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura, mencione una que considere que ha sido eficaz.	Esto no aplica en la mayoría de los casos, sin embargo a través de Tablets se trata de motivarlos, tratamos de entrar por todas las áreas sensitivas del niño que sea consciente de que está escuchando una historia de que la historia tienen un inicio, un desarrollo un cierre, después de que finalizó la historia se le indica que se acabó y que se hace un pequeño resumen de que la historia se trató de esto para que el niño sea consciente de que se leyó un texto y también tenga una comprensión dentro de sus posibilidades.
4	¿Considera importante activar los conocimientos previos en los estudiantes antes de iniciar la lectura?, ¿Por qué?	Se hace una evaluación diagnóstica previa para efectuar una planificación en base a la realidad y a las expectativas de los niños, los padres y el Hospital.
5	¿Identifica en sus estudiantes los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje de los estudiantes?, ¿Cree importante planificar sus actividades a partir de los ritmos y estilos de aprendizaje?	Cuando ellos llegan lo primero que tratamos de hacer es probar los diferentes estímulos en ellos entonces nos hemos dado cuenta que tenemos más niños musicales, más sonoros, necesitan más estímulos por esa vía y otros niños que son más visuales.
6	Si aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión en los estudiantes, mencione una de ellas que ha sido eficaz.	Muy complejo algunos ni siquiera han adquirido la comunicación oral

7	¿Cuenta con herramientas para evaluar las competencias lectoras? (Por ejemplo: test, pruebas informales). ¿Considera necesarias? ¿Por qué?	Si pero no se aplican
8	¿Considera que los resultados de la autoevaluación por parte de los estudiantes, le permitiría conocer cómo está su rol como docente mediador? ¿Por qué?	Si es fundamental también porque eh bueno si se pudiese en este contexto realizar la autoevaluación sería bastante importante porque sería otro método de evaluación que nos serviría para recolectar más información, mejorar las prácticas pedagógicas
9	¿Cuáles con los factores externos que favorecen o limitan el desarrollo de competencias lectoras en los estudiantes atendidos en el Programa?	<ul style="list-style-type: none"> • El tiempo de permanencia de los estudiantes en el establecimiento de salud, en este contexto siempre va a favorecer más que limitar. • Coordinación con la institución educativa de origen es muy escasa, han remitido información muy limitada del estudiante. • Efectos del tratamiento o situación de enfermedad / hospitalización, limita totalmente el aspecto de la lectura t de otras asignaturas. • Asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa está supeditada a l tiempo y condición de la hospitalización, desde los 3 días de hospitalizado comienzan a recibir educación hospitalaria. • Espacio (infraestructura) en donde se brinda la atención educativa, favorece en este contexto pues en el Hospital están los espacios para que se realicen actividades en el tema de la comprensión lectora. Hay una sala de lectura que se están usando hay libreros que está a la altura de ellos y si quieren leer pueden tomar los libros que deseen. • Los recursos didácticos son limitados pero la creatividad de las maestras les permite confeccionarlos • En cuanto al número de estudiantes atendidos simultáneamente, depende de la actividad a efectuar, si se propone una actividad grupal obviamente va a favorecer a todos los estudiantes, estos se pueden ayudar entre ellos pues siempre la relación entre pares puede ayudar, pero obviamente también es necesario hacer planificaciones individuales actividades para cada uno quizá para ver los progresos de ellos
10	.-¿Considera que es necesario contar con orientaciones para mejorar sus prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras?, ¿Por qué?	Si y las docentes están dispuestos a hacer cursos y ya algunas han hecho diplomados
11	¿Cuáles es la disposición que tienen los niños hacia la lectura?	No aplica
12	¿La familia muestra interés por la lectura con los niños que participan en el Programa?	Como el objetivo de la hospitalización es la rehabilitación, los padres se enfocan en estos aspectos y no comparten lecturas pues están ocupados en el tema de la funcionalidad corporal de su hijo.
13	¿El Programa cuenta con material didáctico que incentive la lectura en los niños?	No aplica

14	¿Los niños participan de manera grupal en experiencias de lectura?	No aplica
15	Cuáles son las temáticas de interés en la lectura de textos por parte de los niños que participan en el Programa?	Les gustan que les lean o proyecten historias de Superman, Ironman, El Capitán América, las princesas de Disney,

En el Hospital Instituto de Rehabilitación PEDRO AGUIRRE CERDA (INRPAC) Parálisis – Chile, las fortalezas más evidentes son las siguientes:

- Tienen formatos de planificación didáctica, efectúan planificaciones en diversos periodos de tiempo, desde semanal hasta mensual. Basan la planificación en el currículo nacional y en sus competencias curriculares, adaptándolas a las necesidades de los niños hospitalizados con diferentes tipos de parálisis.
- Se implementan todas las metodologías planteadas en el Modelo de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, en virtud de que la mayoría de niños tienen diferentes tipos de parálisis incluso la cerebral.
- La actividad de motivación lectora de mayor éxito es a través de Tablets, se trata de entrar por todas las áreas sensitivas del niño, que sea consciente de que está escuchando una historia de que la historia tienen un inicio, un desarrollo, un cierre, después de que finalizó la historia se le indica que se acabó y que se hace un pequeño resumen de que la historia.
- Se hace una evaluación diagnóstica previa para efectuar una planificación en base a la realidad y a las expectativas de los niños, los padres y el Hospital.
- Con respecto a los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje de los estudiantes, lo primero que se hace es probar los diferentes estímulos en ellos, evidenciando que en oportunidades se tienen niños musicales, sonoros, necesitan más estímulos por esa vía y otros niños que son más visuales.
- El espacio (infraestructura) en donde se brinda la atención educativa, favorece en este contexto pues en el Hospital están los espacios para que se realicen actividades en el tema de la comprensión lectora. Hay una sala de lectura que se están usando hay libreros que está a la altura de ellos y si quieren leer pueden tomar los libros que deseen.
- En cuanto al número de estudiantes atendidos simultáneamente, depende de la actividad a efectuar, si se propone una actividad grupal obviamente va a favorecer a todos los estudiantes, estos se pueden ayudar entre ellos pues siempre la relación entre pares puede beneficiar, pero obviamente también es necesario hacer planificaciones individuales de actividades para cada uno para ver los progresos de ellos.
- Los docentes están dispuestos a hacer cursos y ya algunas han hecho diplomados

En este hospital es muy complejo de remitir debilidades o aspectos que mejorar, pues los recursos para este tipo de niños hospitalizados por diferentes tipos de parálisis, son producto de la creatividad, ingenio de las docentes quienes a su vez los diseñan y elabora. En otro orden de ideas, como el objetivo de la hospitalización de los niños es la rehabilitación, los padres se enfocan en estos aspectos y no comparten lecturas pues están ocupados en el tema de la funcionalidad corporal de su hijo para su reinserción pronta a la normalidad.

Al analizar los resultados generales de las entrevistas se ha podido obtener entre los principales los siguientes hallazgos:

- En los hospitales chilenos existe la consideración de contar con una planificación que parte inclusive de un formato para a través de éste poder cumplir con los objetivos del programa. Hacen uso del currículo nacional pero adaptándolas a las necesidades de los niños.
- Las metodologías aplicadas se relacionan a la lúdica, a la personalización, consideran un trabajo flexible a multinivel, enfocándose de manera individual en los niños y deben variar o adaptarse de acuerdo al nivel y al tipo de pacientes, buscando entender la manera en que se llega en cada caso. Hacen uso en ciertos casos de casos de estímulos musicales de acuerdo a la motivación de cada niño y hacen uso de las metodologías del Modelo de Gestión Hospitalaria.
- En cuanto a actividades iniciales y de motivación se enfocan en la lectura, haciendo uso del cuento, las imágenes, presentaciones, títeres, utilizan tablets, para sensibilizar al niño. Algunos mencionan la importancia de entender los conocimientos previos del niño para aplicar la metodología, existiendo diagnósticos previos para poder planificar
- Manifiestan la importancia del diálogo, así como la reflexión para apoyar a las áreas emocionales del niño, la timidez.
- Existen espacios apropiados para este tipo de trabajo con los niños además de material didáctico adaptado a las edades y la pedagogía hospitalaria, sin embargo no en todos

los casos se menciona este aspecto y contrariamente en algunos casos indican la carencia de éste.

- En relación a la lectura existen experiencias grupales, donde escuchan cuentos, hacen cuentos, participan en historias con sombras.
- Algunos hospitales mencionan la disponibilidad y disposición y de hacer cursos especializados o inclusive diplomados.

Entre otros aspectos desfavorables se presentan algunos de los siguientes hechos:

- La asistencia es voluntaria y eso genera bajos porcentajes de asistencia, en algunos casos la permanencia es eventual o interrumpida debido a la necesidad y requerimientos de tratamiento.
- No cuentan con herramientas para evaluar las competencias lectoras y una mayoría menciona que no se realiza una autoevaluación del estudiante, pues no existe formatos oficiales, además mencionan en ciertos casos un rechazo a la lectura.
- Existen pocos profesores de acuerdo al requerimiento y la diferencia de edades complica en la aplicación de los planes y las actividades.
- En ciertos casos mencionan interrupciones por parte del personal médico debido al requerimiento de tratamiento.
- Hay poco involucramiento por parte de los padres quienes por ejemplo en el caso del fomento de la lectura no aportan mayormente.

En cuanto a sus fortalezas y debilidades detectadas se presentan las siguientes tablas de resumen:

Tabla 44. Resultados Focus Group.

Hospital	Fortalezas más evidentes	Aspectos a mejorar
<p>Hospital San Borja Arriarán (Chile)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuentan con formatos de planificación didáctica de las actividades a realizar. • Se enfocan en una atención personalizada para que los niños aprendan a través del juego de proyectos de producciones escritas puedan trabajar el área lectora. • La estrategia más exitosa en el área lectora es la creación de textos de cuentos ilustrados • Diagnostican los conocimientos previos para realizar las planificaciones. • El diálogo es lo más importante para fortalecer el área emocional, • El tiempo de permanencia hospitalaria favorece a los niños por la atención personalizada que mejora sus falencias académicas • El espacio e infraestructura en donde se brinda la atención educativa es amplio y suficiente • Los docentes hospitalarios cuentan con orientaciones para mejorar sus prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras. • Cuentan con suficiente material didáctico que incentive la lectura en los niños • Los niños participan grupalmente en experiencias de lectura por lo menos dos veces a la semana 	<ul style="list-style-type: none"> • No tienen oficialmente la política de autoevaluaciones, solo cuando lo creen necesario. • La coordinación con la institución de origen es débil, pues envían el material oficial y no permiten ajustes curriculares acorde a la realidad del niño, • La asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa genera baja asistencia. • La cantidad de profesores es insuficiente • Los padres no se involucran y no muestran interés en la lectura que pueda coadyuvar a los niños.

Colegio Hospitalario Hospital de Carabineros (Oncológico) Chile

- Consideran la necesidad de contar con un formato de planificación didáctica para planificar y cumplir los objetivos del Programa.
 - Se trabaja mucho la competencia de la autonomía a través del juego.
 - Las actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura utilizadas son: Cuentos, se trabaja también imágenes donde puedan descubrir la trama del cuento, presentaciones en Power Point, videos, títeres.
 - Se considera importante activar los conocimientos previos en los estudiantes antes de iniciar la lectura para poder contextualizar la planificación curricular.
 - Se fomenta el diálogo y la reflexión en los estudiantes en cada clase
 - Son identificados en los estudiantes los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje
 - Los docentes hospitalarios consideran necesario contar con orientaciones para mejorar sus prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras
 - Los niños participan grupalmente en experiencias de lectura por lo menos en la hora de lenguaje.
 - No cuentan con herramientas para evaluar las competencias lectoras
 - No hay una política definida sobre autoevaluación
 - El tiempo de permanencia de los estudiantes en el Hospital, para el aprendizaje es complejo pues es interrumpido para cumplir tratamientos médicos
 - Hay poca comunicación con los colegios de origen
 - La asistencia voluntaria de los estudiantes al programa limita la presencia continua de los niños
 - El espacio o infraestructura en donde se brinda atención educativa es limitado y no muy favorable.
 - Los recursos didácticos son totalmente limitados y los elaboran los maestros en el horario de trabajo
 - El número de estudiantes atendidos simultáneamente es de 4 a 5 niños, limitando la actividad docente porque son de distintos cursos, edades,
 - El número de docentes para atender a los estudiantes es insuficiente,
 - En cuanto al apoyo de los padres, se considera muy poco, se estima un 20% que se interesa en la lectura conjunta con los niños.
-

**Colegio Hospitalario Félix Bulnes Cerda
(Chile) Psiquiatría**

- Cuentan con un formato de planificación didáctica para planificar todas las actividades
- Aplican metodologías lúdicas; personalizadas; flexibles; innovadoras; multinivel,
- Si se hace el andamiaje entre el conocimiento previo que tiene el niño, su experiencia y lo que va a aprender durante su estadía hospitalaria.
- Se implementan actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura, las de mayor éxito son: Trabajar con imágenes y videos.
- Son identificados los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje de los estudiantes
- Se fomenta el diálogo y la reflexión en los estudiantes en la lectura de textos.
- El Hospital cuenta con herramientas para evaluar las competencias lectoras
- La infraestructura en donde se brinda la atención educativa, favorece y permite estar cerca de los estudiantes y trabajar en grupo, igual si el paciente está en sala cama.
- Se cuenta con recursos didácticos para favorecer el aprendizaje y la lectura.
- El número de estudiantes atendidos simultáneamente es favorable porque es pequeño.
- Los docentes hospitalarios consideran que es necesario contar con orientaciones para mejorar sus prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras de los niños.
- No se realiza autoevaluación al estudiante
- El tiempo de permanencia de los estudiantes en el establecimiento de salud para aprender es limitado debido a los tratamientos médicos
- Hay poca coordinación con la institución educativa de origen.
- Los efectos del tratamiento psiquiátrico bajan el nivel cognitivo de los estudiantes porque están somnolientos o tienen crisis.
- La asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa, es una limitante pues los niños asisten poco a las clases multigrado.
- Se observa en los estudiantes una actitud de rechazo hacia la lectura
- Se observa poco compromiso parental para involucrarse en actividades lectoras con sus niños hospitalizados.

**Instituto de Rehabilitación PEDRO
AGUIRRE CERDA (INRPAC) Parálisis -
Chile**

- Se implementan todas las metodologías planteadas en el Modelo de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, en virtud de que la mayoría de niños tienen diferentes tipos de parálisis incluso la cerebral.
 - La actividad de motivación lectora de mayor éxito es a través de Tablets, se trata de entrar por todas las áreas sensitivas del niño, que sea consciente de que está escuchando una historia de que la historia tienen un inicio, un desarrollo, un cierre, después de que finalizó la historia se le indica que se acabó y que se hace un pequeño resumen de que la historia.
 - Se hace una evaluación diagnóstica previa para efectuar una planificación en base a la realidad y a las expectativas de los niños, los padres y el Hospital.
 - Respecto a los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje de los estudiantes, se prueba los diferentes estímulos en ellos, evidenciando que en oportunidades se tienen niños musicales, sonoros, y estos necesitan más estímulos por esa vía y otros niños que son más visuales.
 - El espacio (infraestructura) en donde se brinda la atención educativa es favorable.
 - En cuanto al número de estudiantes atendidos simultáneamente, este depende de la actividad a efectuar, si se propone una actividad grupal va a favorecer a todos los estudiantes, estos se pueden ayudar entre
- En este hospital es muy complejo de remitir deficiencia o aspectos que mejorar, pues los recursos para este tipo de niños hospitalizados por diferentes tipos de parálisis, son producto de la creatividad, ingenio de las docentes quienes a su vez los diseñan y elaboran, Cómo el objetivo de la hospitalización de los niños es la rehabilitación, los padres se enfocan en estos aspectos y no comparten lecturas pues están ocupados en el tema de la funcionalidad corporal de su hijo para su reinserción pronta a la normalidad.
-

ellos pues siempre la relación entre pares puede beneficiar, pero obviamente también es necesario hacer planificaciones individuales de actividades para cada uno para ver los progresos de ellos.

- Los docentes están dispuestos a hacer cursos y ya algunas han hecho diplomados

Fuente: Focus Group realizado en los Hospitales.
Elaborado por el autor de la investigación.

4.4 Resultados PROLEC-R

La Batería de Evaluación de procesos lectores PROLEC-R está compuesta por tareas con las cuales se podrá identificar dificultades con relación al aprendizaje de la lectura. En este sentido se procede a evaluar cada de los índices de acuerdo a los resultados obtenidos en los cuestionarios.

Se realizó el test a un total de 28 alumnos (Ver resultados en el anexo 4).

Es importante observar los resultados uno a uno para detectar las falencias en la habilidad lectora de los niños, el cual se ha desarrollado de esa manera, sin embargo para el presente análisis se presentarán los resultados generales de todos los evaluados.

Existe variabilidad en los resultados como es evidente, pues los diferentes niños vienen con distintos conocimientos, los padecimientos y sus efectos son muy variables, y el efecto del padecimiento también tienen efecto sobre los resultados de la evaluación, por ello la importancia de observar esta variabilidad o entender si existen alguna constante del grupo en estudio.

Índices principales

A continuación se presentan los índices principales tanto en la Tabla como en la Figura correspondiente, para posteriormente presentar el análisis de las diferentes dificultades observadas en la aplicación de la Batería PROLEC-R en cada uno de sus ítems.

Tabla 45. Índices principales

Descripción	Dificultad severa	Dificultad Leve	Normal
NL	68%	32%	0%
ID	25%	0%	75%
LP	11%	61%	32%
LS	4%	39%	57%
EG	32%	14%	54%
SP	50%	21%	29%
CO	21%	36%	43%
CT	7%	21%	71%
CR	4%	7%	89%

Fuente: Cuaderno de anotaciones PROLEC-R
Elaboración propia del autor de la investigación

NL	Nombre letras	SP	Signos Puntuación
ID	Igual-Diferente	CO	Comprensión Oraciones
LP	Lectura Palabras	CT	Comprensión Textos
LS	Lectura Pseudopalabras	CR	Comprensión Oral
EG	Estructuras Gramaticales		

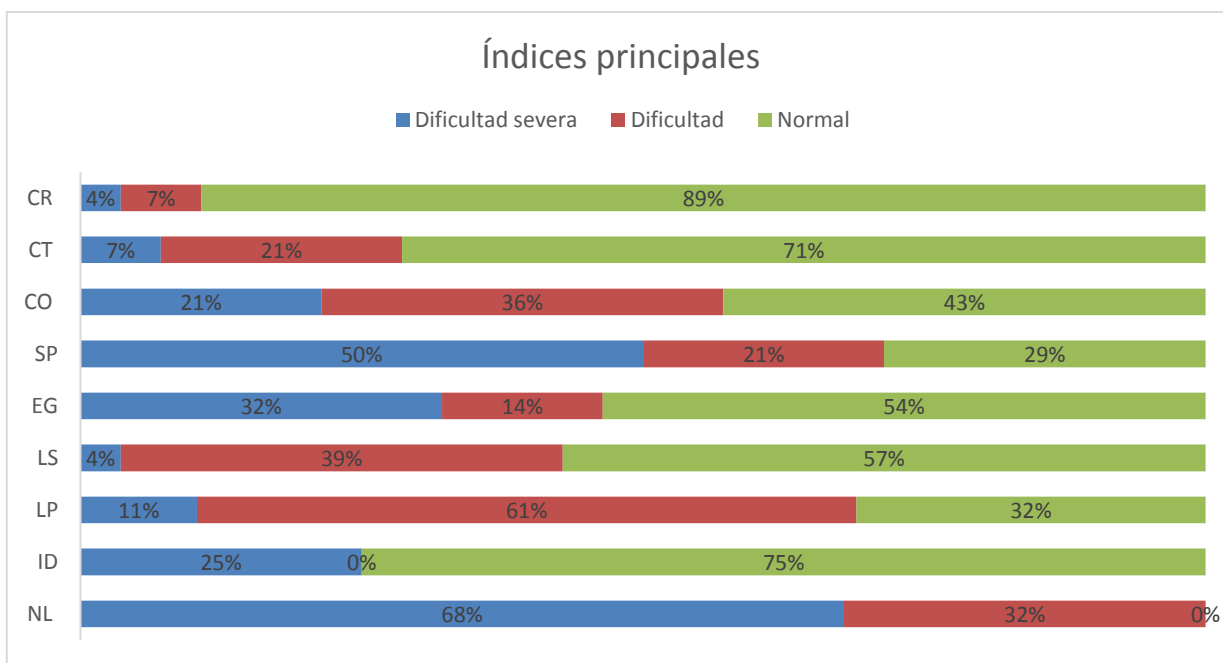


Figura 15. Índices principales
Fuente: Cuaderno de anotaciones PROLEC-R
Elaborado por: El autor

Con respecto a las variables de la identificación de letras NL, en el apartado de nombre o sonido de las letras, el 68% de los niños tiene dificultades severas en la relación

errores/tiempo en las letras y su pronunciación, es decir, existen problemas de transformación de letras y sonidos. Adicionalmente el 32% adicional de los encuestados tienen dificultad en la pronunciación afectando una lectura correcta.

Con respecto a igual o diferente ID, la prueba está orientada a conocer si el niño es capaz de segmentar e identificar letras. En este sentido el 75% de los niños realizan esta actividad de lectura logográfica de manera normal, mientras que el 25% de los niños tiene dificultad evidenciando que el niño no identifica las diferencias entre letras, sino que reconoce las palabras de manera global, no realiza un proceso de lectura logográfica adecuada.

Los procesos léxicos fueron evaluados por dos apartados el primer apartado de lectura de palabras LP, en el que implica el reconocimiento y la lectura de palabras en donde los resultados presentan un 61% de dificultad en la comprensión lectora, le lleva mucho tiempo leer al niño lo que provoca que no exista una adecuada comprensión, el 32% se encuentra en un rango normal existe una comprensión adecuada de la lectura; Sin embargo hay que destacar que el 11% de los niños mantienen dificultad severa lo que involucra que el niño no realiza un adecuado reconocimiento, por ende la comprensión de la lectura tiende a ser compleja e incomprensible.

Otro de los aspectos analizados fue la lectura de pseudopalabras LS, tareas que permite determinar la capacidad lectora al pronunciar nuevas palabras, el 57% de los niños está en un rango normal lo que implica facilidad para la pronunciación, el 39% presenta dificultad en la lectura no existe una capacidad lectora adecuada. Un porcentaje menor del 4% tienen dificultad severa evidenciando que no existe una adecuada adquisición de reglas de conversión grafema-fonema.

Adicionalmente se evaluó en el apartado de procesos gramaticales, la estructura gramatical EG y los signos de puntuación SP. Los resultados al analizar estas dos variables

fueron en cuanto a la estructura gramatical el 54% está dentro de un segmento normal denotando que existe capacidad lectora, es decir el niño realiza un procesamiento sintáctico de oraciones empleando diferentes estructuras gramaticales, el 32% presenta dificultades severas en los procesamientos sintácticos de oraciones que esta relacionados con los objetos y sujetos de las oraciones. El 14% de los niños presenta dificultad en las diferentes estructuras gramaticales entre ellas están activas, pasivas, objeto focalizado y subordinadas de reactivo.

Otro de los aspectos analizados fue los signos de puntuación prueba que está orientada a comprobar el conocimiento y uso de los signos de puntuación, los resultados evidencian que el 50% de los encuestados tienen dificultad severa lo que implica que existe un uso inadecuado de signos de puntuación, el 29% están dentro de un rango normal y el 29% poseen dificultad en cuanto a los signos de puntuación.

Al analizar los procesos semánticos se evalúa la comprensión de oraciones CO, obteniendo como resultado que el 43% de los niños está en un rango normal, el 36% presenta dificultad y el 21% dificultad severa. Si bien es una prueba que tiene como finalidad comprobar la capacidad lectora en cuanto a la extracción del significado, se evidencia que aún un porcentaje de los niños tienen dificultades en cuanto a lo que leen y expresan cada una de las oraciones.

Con respecto a la comprensión de textos CT, el 71% de los niños está dentro de un rango normal, el 21% presenta dificultad y el 7% dificultad severa. Esta prueba permite conocer si el lector es capaz de extraer el mensaje del texto para posteriormente integrarlo en sus conocimientos. Es relevante mencionar que no son pocos los niños que presentan dificultad en la comprensión de textos lo que implica considerar que la información que reciben no la pueden integrar a su conocimiento factor que muchas de las veces está relacionado al entorno en el que se desarrollan y muchos de los niños están acostumbrados a una estructura narrativa de cuentos, historias y fabulas, mecanismos utilizados por los padres durante el proceso de crianza, pero que deberían modificarse conforme a su crecimiento y desarrollo.

Como parte de los procesos semánticos se analiza finalmente la comprensión lectora y los resultados denotan que el 89% se encuentra en un segmento normal, el 7% presenta dificultad y el 4% dificultad severa. Los resultados de dificultad y dificultad severa evidencian que en este segmento los niños tienen problemas en cuanto a la comprensión general (oral y escrita), siendo necesario el desarrollo de pruebas complementarias para determinar los problemas existentes en cuanto al desarrollo de la inteligencia del niño.

Un alto porcentaje de los niños se encuentra en un segmento normal lo que implica que dentro de los indicadores iniciales no poseen dificultades en el aprendizaje; sin embargo, hay que destacar que existe dificultad severa en cuanto a la identificación de letras lo que provoca un proceso de transformación de letras y sonidos inadecuado dado que no existe un grado de automaticidad efectivo, siendo necesario establecer actividades complementarias dentro del sistema de lectura para evitar que el niño, tenga una contextualización inadecuada de todos los elementos que intervienen en la lectura para que el niño se convierte en un buen lector.

Otra de las variables en las que se evidencia dificultad severa y que está inmersa en los procesos gramaticales son los signos de puntuación, en el lenguaje oral se emplean los rasgos prosódicos para dar una entonación adecuada a las oraciones, las cuales permiten una lectura adecuada. Es fundamental que se realicen actividades complementarias para lograr que el niño o niña adquiera habilidades y capacidades que intervienen en la lectura.

Índices de precisión

Al analizar los índices de precisión se observa lo siguiente:

Tabla 46. Índices de precisión

Descripción	Dificultad		Normal	Dudas
	severa	Leve		
NL -P	21%	0%	57%	21%
ID-P	7%	11%	36%	46%
LP-P	18%	14%	43%	25%
LS-P	4%	7%	64%	25%
SP-P	25%	0%	43%	32%

Fuente: Cuaderno de anotaciones PROLEC-R
Elaborado por: El autor

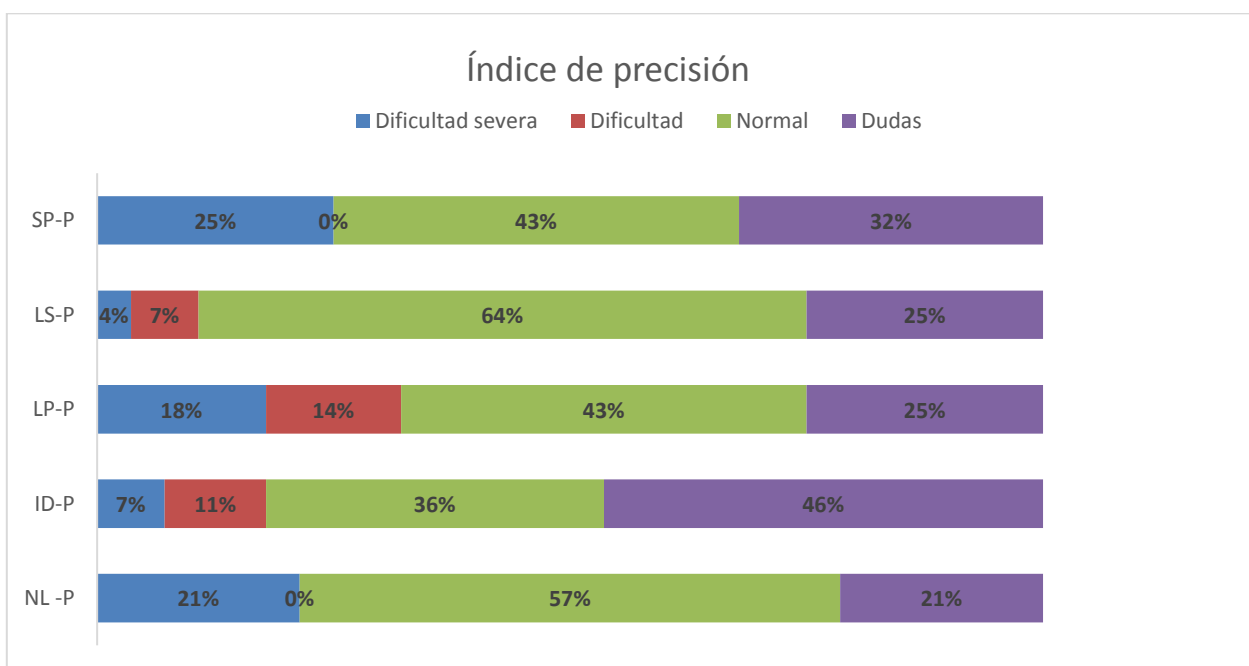


Figura 16. Índices de precisión

Fuente: Cuaderno de anotaciones PROLEC-R
Elaborado por: El autor

Con respecto a los índices de precisión se evalúa la variable nombre de letras NL-P, con el criterio de precisión, lo que implica que el 57% de los niños está dentro de un rango normal, el 21% presenta dificultades severas y dudas un criterio que se sitúa entre la normalidad y dificultad. Al contrarrestar con los resultados generales se evidencia que los casos de dificultad severa y dificultad disminuyeron con respecto a la precisión y obteniendo

como resultado un mayor segmento de niños normales quienes tuvieron mayor facilidad para transformar letras y sonidos a pesar de ser un criterio de precisión.

Con relación a la variable de igual -diferente ID-P, los resultados obtenidos destacan que el 46% de los niños están en rango de duda (normal y dificultad), el 36% normal y el 11% dificultad y el 7% dificultad severa. No obstante, el niño no está seguro de identificar con claridad letras y palabras que son pseudopalabras al realizar una lectura logo-gráfica bajo un criterio de precisión tiene duda. En contraste con los resultados obtenidos en el apartado anterior el 75% de los encuestados estaba en un rango normal y solo el 25% presentaba dificultad severa. No obstante, a mayor precisión el número de aciertos tiende a disminuir lo que implica que no identifican letras, sino que reconocen las palabras por su forma global, lo que supone evidenciar que no desarrollan la fase prelectora, habilidades, conocimientos y actitudes que el niño desarrolla en el proceso de aprendizaje como parte del sistema lector.

Al analizar los procesos léxicos en el apartado de lectura de palabras LP-P, el 43% de los niños se encuentra en el apartado de normal, el 25% dudas, el 18% dificultad severa y el 14% dificultad. En relación con el apartado anterior se evidencia que al establecer un criterio de precisión los resultados se modificaron reduciendo la dificultad y evidenciando un mayor número de niños dentro del rango normal. Lo que contrasta con la idea de que a mayor número de palabras leídas y en menor tiempo, mejores son los resultados.

Otro de los apartados analizados bajo el criterio de precisión es la lectura pseudopalabras LS-P, de la cual se obtuvo el 64% de los niños están en un rango normal, el 25% tiene dudas, el 7% dificultad, el 4% dificultad severa. No obstante, se evidencia menores dificultades al considerar elementos de precisión al evaluar las actividades. En contraste con lo expuesto en el apartado anterior se incrementó el rango de normal en un 7% evidenciando que la capacidad lectora en cuanto a la pronunciación o de nuevas o desconocidas palabras mejor considerablemente, es así que los niños cometieron menos errores en las pseudopalabras y existe una mejor comprensión a la actividad desarrollada en cada una de las pruebas expuesta en los siguientes ítems.

En los procesos gramaticales en cuanto a los signos de puntuación SP-P; el 43% estuvo en un rango normal, el 32% dudas y el 25% mantuvo dificultad severa. Al ser un criterio de precisión los resultados se modificaron tanto así que la dificultad severa se redujo al 25% evidenciando que existe prevalencia en problemas relacionados a los signos de puntuación a pesar de ser una prueba de comprensión los rasgos prosódicos que desarrollan en este apartado no son los correctos la entonación de las oraciones indicadas no cumplen con los 11 puntos que corresponden.

Con respecto a los índices de precisión los resultados de una mayor parte de estudiantes son normales y por consiguiente se evidencia que al compararlos con los índices principales, los niños que se encontraban en el rango de dificultades severas disminuyeron, hay que destacar que la variable de normal se incrementó al igual que la variable de dudas. Sin embargo, los resultados son mejores con respecto a los resultados obtenidos en la primera variable de análisis.

Índices de velocidad

Tabla 47. Índices de velocidad

Descripción	Muy lento	Lento	Normal	Rápido	Muy rápido
NL-V	89%	11%	0%	0%	0%
ID-V	0%	14%	61%	25%	0%
LP-V	32%	29%	36%	4%	0%
LS-V	18%	43%	29%	7%	4%
SP-V	39%	18%	29%	11%	4%

Fuente: Cuaderno de anotaciones PROLEC-R
Elaborado por: El autor

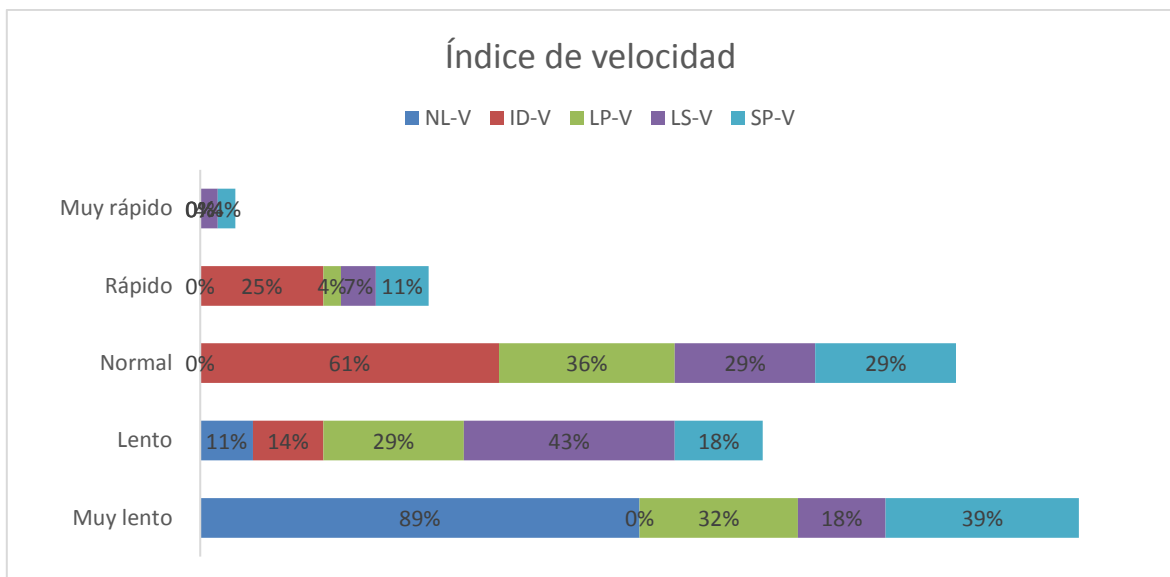


Figura 17. Índices de velocidad

Fuente: Cuaderno de anotaciones PROLEC-R
 Elaborado por: El autor

La velocidad fue parte de la evaluación para valorar el nivel lector de los niños. En este sentido los resultados de cada una de las intervenciones plantadas en la batería de evaluación de procesos lectores, en cuanto a los resultados estuvieron direccionados a los primeros indicadores.

En el caso del tiempo de cada uno de los estudiantes de igual manera y por la variabilidad de los estudiantes es diferente, con valores de 30 seg. Para el caso del niño IC en el caso de nombre de letras, lo cual implica un nivel de velocidad muy lento de acuerdo al curso (8vo). De esa manera en relación al total de niños, en cuanto a la variable de nombre o sonido NL-V, el 89% realizó esta prueba de manera muy lenta y el 11% lento lo que implica considerar que existió menor velocidad de acceso a la información, dicho factor puede estar relacionado con la agilidad y automatización de discernir las cosas, provocando que el proceso sea lento.

Con respecto a la variable de igual-diferente ID-V, el 61% de los niños están en un rango normal, el 25% realizó las actividades rápido y el 14% lento. Lo que implica considerar que dentro de un tiempo establecido los niños tienen mayor capacidad para asimilar la

información, variable que se mantiene dentro del rango normal, tanto en los indicadores principales como indicadores de velocidad.

Al hablar de los procesos léxicos, con respecto a la lectura de palabras LP-V, el 36% de los niños está en rango normal, el 32% muy lento y el 29% lento lo que implica que esta variable existe problemas tanto del reconocimiento como de la lectura; la comprensión lectora no es la esperada mantienen procesos muy lentos para la edad en la que se encuentran. Con respecto a los indicadores principales se mantienen los rangos normales al igual que los índices de velocidad, existe una prevalencia en los rangos normales a pesar de que existen dificultad y dificultades severas.

Al hablar de lectura de pseudopalabras LS-V, bajo los criterios de velocidad los resultados fueron el 43% de los niños evidencia lentitud, el 29% normal, el 18% muy lento, el 7% rápido y el 4% muy rápido. Lo que implica considerar que tomaron mayor tiempo del establecido para desarrollar las actividades que están relacionadas a palabras nuevas o desconocidas. Es uno de los apartados que a mayor complejidad las variables tendieron a modificarse provocando a la actividad pase de ser normal a lenta dado por requerir un mayor tiempo para la comprensión de una lectura léxica adecuada.

Finalmente, al evaluar la variable de los signos de puntuación SP-V, con el criterio de velocidad el 39% de los niños realiza estas actividades muy lento, el 29% normal, el 18% lento, el 11% rápido y el 4% muy rápido. Es una de las variables en las que se evidenció dificultad y en la que a pesar de las de precisión y velocidad de ejecución las tareas están por debajo de los estándares, a pesar de ser once signos de puntuación la percepción de los niños en cada uno de los textos es similar, por tanto, los rasgos prosódicos no se emplean adecuadamente y las entonaciones no varían.

La complejidad en cada una de las tareas se incrementó por la incorporación de criterios relacionados a la precisión y a la velocidad, si bien en cierto persisten rangos

normales, se evidencia tareas desarrolladas en un ritmo muy lento; que demuestran la dificultad que existe en el aprendizaje de lectura, evidenciando que aún se requieren sistemas de lectura que promuevan actividades que potencialicen sus habilidades y capacidades permitiendo que se conviertan en buenos lectores desde un enfoque integral.

Se pudo verificar que los valores de los índices principales se vieron afectados principalmente por la velocidad de los niños, esta velocidad puede tener en parte el efecto de la enfermedad, la misma capacidad que los niños traen desde sus escuelas o una suma de ambos, el resultado no es concluyente acerca de ello, pero es claro que existe un porcentaje importante de los niños presentan dificultades que deben y pueden potenciarse en relación a la lectura, con metodologías acorde tanto al grado de los niños, como a la situación hospitalaria que llevan.

La batería de evaluación presentada permite la recuperación de cada ítem o variable si se logra que el docente sea coparticipe a través de la intervención de estrategias que ayuden a los niños a mejorar la comprensión lectora.

4.5 Conclusiones del Capítulo IV

Considerados todos los resultados obtenidos de los diferentes instrumentos aplicados, producto de los aspectos metodológicos que orientaron a la presente investigación en el alcance de los objetivos propuestos se concluye en materia de:

Resultados de la aplicación de las entrevistas

- Al comparar los resultados de la entrevista aplicada a los docentes, se observa que tanto las Aulas Hospitalarias en Ecuador como en Chile observan prácticas pedagógicas desde la Teoría de Modificabilidad Cognitiva Estructural para favorecer el acompañamiento académico a niños hospitalizados temporalmente.

En este orden de ideas, en el caso ecuatoriano prevalecen como prácticas pedagógicas de mayor uso las siguientes:

- Desarrollo de actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura
- Favorecen actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura y se procuran adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes.
- Se utilizan actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes y se aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar.

Las que observan mayores debilidades y que deben ser reforzadas en el ámbito ecuatoriano son las siguientes prácticas:

- Participación de los docentes en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras, así como la coordinación del docente con la institución educativa en la planificación para el desarrollo de competencias lectoras.
- Evaluación a los estudiantes sobre las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores.
- Utilización de un formato de planificación didáctica y el uso de recursos didácticos, como por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros.

En el caso chileno, prevalecen como prácticas pedagógicas de mayor uso las siguientes:

- Se utilizan actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes, así como el desarrollo de actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura
- Uso de recursos didácticos, como por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros, procurando a su vez las adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes.
- Favorecen actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura y se utiliza un formato de planificación didáctica.

Las que observan mayores debilidades y que deben ser reforzadas en el ámbito chileno son las siguientes prácticas:

- Participación de los docentes en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras, así como la coordinación del docente con la institución educativa en la planificación para el desarrollo de competencias lectoras.
- Evaluación a los estudiantes sobre las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores y conjuntamente se aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar

Resultados de la implementación del Grupo Focal

En cuanto a la realización del grupo focal, se presenta a continuación un cuadro contentivo con los principales hallazgos, es importante recalcar que los resultados solo revelan la situación de los Hospitales que lo permitieron, por tanto los resultados son concluyentes solo para estos.

Fortalezas más evidentes	Aspectos a mejorar
<ul style="list-style-type: none"> • Cuentan o consideran necesario contar con formatos de planificación didáctica de las actividades a realizar. • Aplican metodologías lúdicas; personalizadas; flexibles; innovadoras; multinivel. • Se enfocan en una atención personalizada para que los niños aprendan a través del juego. • Diagnostican los conocimientos previos de los estudiantes para realizar las planificaciones. • Se fomenta el diálogo y la reflexión en los estudiantes mediante la lectura de textos. • La infraestructura en donde se brinda la atención educativa, favorece y permite estar cerca de los estudiantes y trabajar en grupo, igual si el paciente está en sala de cama. • Se cuenta con recursos didácticos para favorecer el aprendizaje y la lectura. • Los docentes hospitalarios consideran necesario contar con orientaciones para mejorar sus prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras • Los niños participan grupalmente en experiencias de lectura por lo menos en la hora de lenguaje 	<ul style="list-style-type: none"> • No tienen oficialmente la política de autoevaluaciones, solo cuando lo creen necesario. • La coordinación con la institución de origen es débil, pues envían el material oficial y no permiten ajustes curriculares acorde a la realidad del niño, • La asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa genera baja asistencia. • La cantidad de profesores es insuficiente • Los padres no se involucran y no muestran interés en la lectura que pueda ayudar a los niños • Interrupción de las actividades académicas por la aplicación de tratamientos médicos.

Resultados de la elaboración de las Guías de Observación

Los hallazgos obtenidos de las guías de observación que se consideran de mayor relevancia en ambos países se resumen a continuación para ambos países:

Chile	Ecuador
<ul style="list-style-type: none"> • La PH de 9 docentes favorecía los aspectos contemplados en materia de atención y acompañamiento educativo al paciente hospitalizado y que a su vez le permitía trabajar autónomamente en el área lectora, de forma positiva, mientras que un solo docente observaba debilidades a este respecto. • De 10 docentes evaluados, 9 utilizan estrategias metodológicas lúdicas en el área de lectura, mientras que solo 1 no las implementa • De 10 docentes observados en sus prácticas de PH, se evidenció que 8 utilizan practicas metodológicas activas en sus sesiones de clase de lectura en el AH, mientras que 2 docentes no lo hacen. • El 60% de los docentes no aplican o implementan una metodología participativa como parte de sus prácticas de PH en el área de lectura, y solamente el 40% si asumen la participación de sus estudiantes como parte de su PH. • En cuanto al desarrollo de destrezas en el área de la lectura, un porcentaje muy alto (90%) genera a través de sus prácticas de PH un apropiado desarrollo de destrezas lectoras, mientras que las implementadas por el 10% no logra estas expectativas. • 80% de los docentes tienen dominio y suficientes conocimientos del contenido del área de la lectura correspondiente a las particularidades de los niños hospitalizados y de los grados a los cuales asisten o cursan. • Se evidenció una muy buena relación entre el docente y sus alumnos 	<ul style="list-style-type: none"> • La PH de 7 docentes favorecía los aspectos contemplados en materia de atención y acompañamiento educativo al paciente hospitalizado y que a su vez le permitía trabajar autónomamente en el área lectora, de forma positiva, mientras que 4 docentes observaban debilidades a este respecto. • De 11 docentes evaluados, 9 utilizan estrategias metodológicas lúdicas en el área de lectura, mientras que solo 2 no las implementan • De 11 docentes observados en sus prácticas de PH, se evidenció que solo 5 utilizan prácticas metodológicas activas en sus sesiones de clase de lectura en el AH, mientras que 6 docentes no lo hacen. • El 63,6% de los docentes si aplican o implementan una metodología participativa como parte de sus prácticas de PH en el área de lectura, y solamente el 36,4% no asumen la participación de sus estudiantes como parte de su PH. • En cuanto al desarrollo de destrezas en el área de la lectura, un porcentaje muy alto (90,9%) genera a través de sus prácticas de PH un apropiado desarrollo de destrezas lectoras, mientras que las implementadas por el 9,1% restante no logra estas expectativas. • El 90,9% de los docentes dominan los contenidos programáticos curriculares del área de lectura. • Se evidenció una muy buena relación entre el docente y sus alumnos en el 81,8% de los casos, mientras que en el 18,2% la situación no es satisfactoria en este sentido.

Resultados de la aplicación de la batería de evaluación de procesos lectores PROLEC R

- Los resultados más significativos de la aplicación de la batería de pruebas de evaluación de procesos lectores PROLEC-R, señalan en los Índices principales que un alto porcentaje de los niños evaluados se encuentra en un rango de normalidad aceptable, lo que implica que dentro de los indicadores iniciales no poseen dificultades en el aprendizaje de la lectura; sin embargo, hay que destacar que existe dificultad severa en cuanto a la identificación de letras lo que genera un proceso de transformación de letras y sonidos inadecuados dado que no existe un grado de automaticidad efectivo, siendo necesario establecer actividades complementarias dentro del sistema de lectura para evitar que el niño, tenga una contextualización inadecuada de todos los elementos que intervienen en la lectura para que el niño se convierta en un buen lector.

Otra de las variables en las que se evidencia dificultad severa y que está inmersa en los procesos gramaticales son los signos de puntuación, en el lenguaje oral se emplean los rasgos prosódicos para dar una entonación adecuada a las oraciones, las cuales permiten una lectura apropiada. Es fundamental que se realicen actividades complementarias para lograr que el niño o niña adquiriera habilidades y capacidades necesarias en la lectura.

En los resultados de los Índices Secundarios de Precisión los hallazgos en una mayor parte de estudiantes se ubican dentro de un rango normal y por consiguiente se evidencia que al compararlos con los índices principales, los niños que se encontraban en el rango de dificultades severas disminuyeron, hay que destacar que la variable de normal se incrementó al igual que la variable de dudas. Sin embargo, los resultados son mejores con respecto a los resultados obtenidos en la primera batería de análisis.

Con respecto a los Índices Secundario de Velocidad, la complejidad en cada una de las tareas se incrementó por la incorporación de criterios relacionados a la precisión y a la velocidad, si bien en cierto persisten rangos normales, se evidencia tareas

desarrolladas a un ritmo muy lento; que demuestran la dificultad que existe en el aprendizaje de lectura, evidenciando que aún se requieren sistemas de lectura que promuevan actividades que potencialicen sus habilidades y capacidades permitiendo que se conviertan en buenos lectores desde un enfoque integral.

Se pudo verificar que los valores de los índices principales se vieron afectados principalmente por la velocidad de los niños, esta velocidad puede ser el resultado de la enfermedad, la misma capacidad que los niños traen desde sus escuelas o una suma de ambos, el resultado no es concluyente acerca de ello, pero es claro que existe un porcentaje importante de los niños presentan dificultades que deben y pueden potenciarse en relación a la lectura, con metodologías acorde tanto al grado de los niños, como a la situación hospitalaria que sobrellevan. La batería de evaluación presentada permite la recuperación de cada ítem o variable si se logra que el docente sea copartícipe a través de la intervención de estrategias que ayuden a los niños a mejorar la comprensión lectora.

Resultados de la observación particular del autor de la presente investigación en las AH de Ecuador

- Existe cierta confusión por parte de los docentes hospitalarios sobre el concepto de la PH, en cuanto a cómo deben planificar las actividades, en cuanto a cómo apoyar a los niños, cuál es la metodología a aplicar en estos casos.
- Los docentes contratados para este trabajo en el Ecuador no son docentes hospitalarios, no tienen especialidad en docencia hospitalaria o capacitación en la misma, tampoco existe un perfil para la selección de este grupo de docentes.
- Los docentes itinerantes, no son fijos, lo cual por una parte evita involucrarse emocionalmente con niños que muchas veces recaen o inclusive pierden la vida, por tanto, es necesario docentes permanentes preparados para ello e instruidos para no involucrarse sentimentalmente. Este grupo de docentes actualmente en muchos casos no conoce el modelo de PH del país.
- Actualmente las AH se gestionan como un refuerzo académico, coordinando las actividades con la escuela de origen, lo cual no es lo más apropiado para este grupo

de estudiantes y es en ese punto donde se requiere la aplicación de una pedagogía específicamente hospitalaria. Otro aspecto preocupante, es que se llega al extremo donde se realizan solamente actividades lúdicas, pero sin propósitos claros y una orientación educativa, lo cual finalmente genera que no se fortalezcan competencias educativas.

CAPITULO V
CONCLUSIONES

La presente investigación ha realizado un estudio para el enriquecimiento de la pedagogía hospitalaria, a través de la puesta en funcionamiento de un modelo de modificabilidad estructural cognitivo de Feuerstein en las aulas hospitalarias de la ciudad de Quito.

La escuela hospitalaria y el posterior acompañamiento académico domiciliario, representan un espacio y una oportunidad para niños y jóvenes, en etapa escolar, que han sido afectados por una problemática de salud que interrumpe temporalmente su educación en la escuela de origen brindándole la posibilidad de no perder la continuidad de sus estudios y poder retornar en condiciones de igualdad a aquellos que no han sido afectados ni hospitalizados.

Un factor importante durante el periodo de hospitalización y en el entendido de la continuidad educativa en el AH, es la inclusión de las estrategias pedagógicas lúdicas, ya que esto representa parte de la cotidianidad de los infantes y jóvenes, pues no solo se enfatiza en la salud física sino también emocional y social de los infantes y/o jóvenes. Por consiguiente, los centros hospitalarios preocupados por estos aspectos que pueden influir en la recuperación del individuo normalmente ofrecen terapia de juegos y música que favorecen la sensación de normalidad en el niño y/o adolescente.

Las técnicas de recolección de datos empleadas en esta investigación corresponden a la revisión bibliográfica, la observación directa, la aplicación de cuestionarios y de una guía de observación de la PH, la implementación de grupos focales, así como la aplicación de la Batería de Pruebas PROLEC-R para determinar la dificultad en los procesos de lectura de los niños hospitalizados. Igualmente a efectos de la elaboración de una propuesta razonable se hizo un estudio comparativo con Hospitales de Ecuador y Chile con experiencia en pedagogía hospitalaria.

En cumplimiento de los objetivos de la investigación, se presentan a continuación las conclusiones de acuerdo a cada uno de los objetivos específicos.

De acuerdo al objetivo específico 1 que se ha planteado diagnosticar la situación actual en relación a las prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras para pacientes de las aulas hospitalarias del área oncológica de la ciudad de Quito, se menciona lo siguiente:

1. Existen varias experiencias y muchos hospitales del mundo y en Ecuador existe el sistema nacional de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, el cual tuvo su origen en el Programa de AH iniciado en el año 2006, con el respaldo de la Fundación Juan José Martínez y en el marco del Acuerdo Ministerial N° 456 del 21 de septiembre del 2006.
2. El Currículo Oficial Educativo del Ecuador representa las aspiraciones del país en la formación de ciudadanos que se requieren para apuntalar el crecimiento y desarrollo de la nación. Al observar la carga horaria del Currículo por áreas de conocimiento, se evidencia claramente que el área de Lengua y Literatura, para todos los niveles de la Educación Básica es la que posee una mayor participación en las Horas pedagógicas por grado para los niveles Elemental y Media y para el nivel Superior se equipara con el área de Matemáticas con la mayor carga horaria pedagógica por grado.
3. El Currículo de Educación Básica por niveles para el área de lectura, tiene dentro de sus objetivos de aprendizaje, que los alumnos desarrollen y empleen habilidades de comprensión para entender los mensajes de los diferentes tipos de textos. Conjuntamente, plantea al cuerpo docente la trascendencia y significación de formar personas interesadas por la lectura, que a través de ella puedan satisfacer su necesidad de información y entretenimiento.
4. En el caso ecuatoriano prevalecen como prácticas pedagógicas de mayor uso, el desarrollo de actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura; se favorecen actividades para fomentar el diálogo y la reflexión a partir de la lectura y se procuran adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes; las actividades implementadas consideran los diferentes niveles educativos de los estudiantes y se

aplica la autoevaluación en los alumnos para que reconozcan sus fortalezas y aspectos a mejorar.

En base al planteamiento del objetivo específico 2 que establece identificar el desarrollo de competencias lectoras promovidas en el contexto de las prácticas pedagógicas hospitalarias, se plantean las siguientes conclusiones:

1. La competencia lectora es fundamental en el aprendizaje significativo, formando a un individuo autónomo, con capacidad de extraer información importante del texto, aumentar sus conocimientos, hacer uso de las competencias lingüísticas, y poder desarrollar una comunicación de alto nivel de complejidad.
2. Los modelos estratégicos usados en el AH son los siguientes: El modelo evolutivo, El modelo conductual, El modelo cognitivo, El modelo dinámico. Las técnicas más empleadas mediante estos modelos son las de expresión y comunicación como: la expresión plástica, la expresión dinámica, la expresión musical, la expresión corporal, la expresión dramática, el juego, los cuentos. De aquí se derivan los diferentes tipos de actividades como: musicoterapia, ludoterapia, mimoterapia, psicomotricidad, psicodrama, danzaterapia, según los casos concretos, siempre hablando de actividades creativas liberadoras.
3. El concepto de modificabilidad de la conducta planteado por Feuerstein, es de significativa importancia en la Teoría de la modificabilidad cognitiva estructural (SCM). La cual, no está referida sencillamente para la intervención de comportamientos específicos, sino a los cambios de naturaleza estructural, en otras palabras, cambios internos en la cognición en lugar del comportamiento externo, cambios que son duraderos, sustanciales y significativos para el individuo.
4. La SCM como teoría surgió del interés por ver a individuos cuyo funcionamiento era bajo y, en ciertos casos, considerablemente bajo, ser capaces de modificarse a sí

mismas mediante procesos cognitivos, de tal manera que pudieran adecuarse a los requerimientos de la sociedad. Trabajar con estas personas hizo a Feuerstein consciente de que la modificabilidad es verdaderamente factible, fue entonces cuando se generó la base teórica para los sólidos datos empíricos acumulados para la fecha de su propuesta.

5. Otro aporte de Feuerstein fue la experiencia de aprendizaje mediada (MLE) que se establece como el primordial componente para la modificación cognitiva de los individuos y esta a su vez se construye a través de una interacción de calidad que se da entre el individuo y su entorno. Por consiguiente, la MLE es referida como una la cualidad de interacción ser humano-entorno que es producto de los cambios implementados en esta interacción por un mediador humano interpuesto entre el organismo receptor y las fuentes de estímulo. Este estímulo que procede del entorno es transfigurado por un mediador, que puede estar representado en este caso por el propio docente, el personal de salud y su familia, quienes participan en función de apoyar en el proceso de recuperación y de normalización de la vida del educando.
6. Estas teorías cobran valor en el entorno de la educación hospitalaria, pues en el marco de las dificultades experimentadas por los niños y jóvenes internados temporalmente, se requiere de estímulos positivos para convertir su experiencia en algo provechoso que permita sobreponerse y continuar aprendiendo en un AH para luego reintegrarse favorablemente a su aula en la escuela tradicional. En este transcurso son importantes la intervención del maestro hospitalario, la familia y el personal de salud.

Considerando el tercero y último objetivo específico que plantea explicar los factores que favorecen y limitan el desarrollo de competencias lectoras en los estudiantes hospitalarios del área oncológica de la ciudad de Quito, las conclusiones obtenidas en relación a las fortalezas y aspectos a mejorar en relación a la pedagogía hospitalaria en los hospitales de Ecuador son las siguientes:

1. Como fortalezas:

- Cuentan con formatos para realizar la planificación didáctica de las actividades a realizar.
- Aplican metodologías lúdicas; personalizadas; flexibles; innovadoras; multinivel. Se enfocan en una atención personalizada para que los niños aprendan a través del juego.
- Diagnostican los conocimientos previos de los estudiantes para realizar las planificaciones.
- Se fomenta el diálogo y la reflexión en los estudiantes mediante la lectura de textos. La infraestructura en donde se brinda la atención educativa, favorece y permite estar cerca de los estudiantes y trabajar en grupo, igual si el paciente está en sala de cama.
- Se cuenta con recursos didácticos para favorecer el aprendizaje y la lectura.
- Los docentes hospitalarios consideran necesario contar con orientaciones para mejorar sus prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras.
- Los niños participan grupalmente en experiencias de lectura por lo menos en la hora de lenguaje

2. Los principales aspectos a mejorar:

- No cuentan oficialmente con política de autoevaluaciones.
- La coordinación con la institución de origen es débil, pues estas envían el material oficial y no permiten ajustes curriculares acorde a la realidad del niño.
- La asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa genera baja asistencia.
- La cantidad de profesores es insuficiente.
- Los padres no se involucran y no muestran interés en la lectura para ayudar a los niños
- Interrupción de las actividades académicas por la aplicación de tratamientos médicos.

3. Específicamente en el caso ecuatoriano deben ser reforzadas las siguientes prácticas en las cuales se observaron debilidades:
 - Participación de los docentes en procesos formativos en estrategias para el desarrollo de competencias lectoras, así como la coordinación del docente con la institución educativa de origen del estudiante hospitalizado en la planificación para el desarrollo de competencias lectoras;
 - Fomentar la evaluación a los estudiantes sobre las competencias lectoras que ha desarrollado en el AH mediante indicadores; implementación de la planificación didáctica y el uso de recursos didácticos.

4. En el caso chileno, prevalecen como prácticas pedagógicas de mayor uso las siguientes:
 - Las actividades implementadas consideran los diferentes niveles educativos de los estudiantes, y se desarrollan dinámicas de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura; uso adecuado de recursos didácticos; procuran las adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes; impulsan actividades para fomentar el diálogo y la reflexión a partir de la lectura y se utiliza un formato de planificación didáctica.

5. En el caso chileno, deben ser reforzadas las siguientes prácticas en las cuales se observaron debilidades:
 - Participación de los docentes en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras; coordinación con la institución educativa de origen del estudiante hospitalizado en la planificación para el desarrollo de competencias lectoras; evaluación a los estudiantes sobre las competencias lectoras que ha desarrollado en el AH a través de indicadores.

6. Como conclusiones principales en relación a las dificultades en el aprendizaje de la lectura se pudo determinar que los estudiantes de las aulas hospitalarias a nivel de Ecuador mostraron dificultad severa en cuanto a la identificación de letras, lo que

genera un proceso de transformación de letras y sonidos inadecuados dado que no existe un grado de automaticidad efectivo, siendo necesario establecer actividades complementarias dentro del sistema de lectura para evitar que el niño, tenga una contextualización inadecuada de todos los elementos que intervienen en la lectura para que se convierta en un buen lector.

7. Otra de las variables en las que se evidencia dificultad severa y que está inmersa en los procesos gramaticales son los signos de puntuación, en el lenguaje oral se emplean los rasgos prosódicos para dar una entonación adecuada a las oraciones, las cuales permiten una lectura apropiada.
8. En relación a la velocidad de lectura, persisten rangos normales, se evidencia tareas desarrolladas a un ritmo muy lento; lo que demuestra la dificultad que existe en el aprendizaje de lectura, lo cual puede ser el resultado de la enfermedad, la misma capacidad que los niños traen desde sus escuelas o una suma de ambos, el resultado no es concluyente acerca de ello, pero es claro que existe un porcentaje importante de los niños presentan dificultades que deben y pueden potenciarse en relación a la lectura, con metodologías acorde tanto al grado de los niños, como a la situación hospitalaria que sobrellevan. La batería de evaluación presentada permite la recuperación de cada ítem o variable si se logra que el docente sea copartícipe a través de la intervención de estrategias que ayuden a los niños a mejorar la comprensión lectora.

Implicaciones didácticas

1. A nivel de Ecuador, los docentes contratados para el trabajo en aulas hospitalarias, no son docentes hospitalarios, no tienen especialidad en docencia hospitalaria o capacitación en la misma y tampoco existe un perfil para la selección de este grupo de docentes.

2. Se presentan confusiones por parte de los docentes hospitalarios, desde el concepto de la PH y la manera en cómo deben planificar las actividades, por tanto en cómo apoyar a los niños y cuál es la metodología a aplicar en estos casos.
3. Los docentes itinerantes, no son fijos, lo cual por una parte evita involucrarse emocionalmente con niños que muchas veces recaen o inclusive pierden la vida, por tanto, es necesario docentes permanentes preparados para ello e instruidos para no involucrarse sentimentalmente. Este grupo de docentes actualmente en muchos casos no conoce el modelo de PH del país.
4. Actualmente las AH se gestionan como un refuerzo académico, coordinando las actividades con la escuela de origen, lo cual no es lo más apropiado para este grupo de estudiantes y es en ese punto donde se requiere la aplicación de una pedagogía específicamente hospitalaria. Otro aspecto preocupante, es que se llega al extremo donde se realizan solamente actividades lúdicas, pero sin propósitos claros y una orientación educativa, lo cual finalmente genera que no se fortalezcan competencias educativas.

Líneas de investigación futura

1. Es posible realizar nuevos estudios con otras variables de análisis, evaluando la situación actual de la pedagogía hospitalaria en el Ecuador y/o considerando un estudio más amplio y que pueda ser cuantitativo, sin embargo la presente investigación, a pesar de la variabilidad y cantidad de datos, ha permitido entender bastante en profundidad la situación debido al análisis cualitativo y desde varios frentes, pero una investigación cuantitativa y más amplia puede demostrar estadísticamente la situación actual y aportar a la toma de decisiones con respecto a la necesidad de cambio y fortalecimiento de la metodología.
2. Considerando los resultados y propuesta del presente estudio, puede iniciarse con una investigación exploratoria experimental en la que se aplique la propuesta presentada

en este estudio y se midan comparativamente con uno o más grupos de control, considerando alcance, efectividad en relación a aprendizaje, motivación, entre otros.

3. Se puede aplicar la metodología establecida en el presente estudio para realizar el mismo tipo de investigación a nivel de otros países, especialmente en Latinoamérica, debido a la realidad del sector y que a su vez permita entender la realidad de este ámbito muy importante que es la pedagogía hospitalaria en aporte a los niños en situación de vulnerabilidad.

Limitaciones de este estudio

1. La principal limitación del presente estudio está relacionada a la cantidad de datos obtenidos en cada uno de los cuestionarios planteados, puesto que no se pueden justificar estadísticamente, sin embargo hay que considerar el carácter de la investigación cualitativa y el porqué de esta, el que se ha justificado en la investigación.
2. Otra limitación ha representado la variabilidad de los niños en estudio, así como variación de los datos, lo cual se ha debido a la misma inestabilidad de las prácticas hospitalarias, así como de la adaptabilidad que tiene esta metodología, por lo cual se ha seleccionado la metodología presentada.

Propuesta
Guía para el re-diseño curricular
de la Pedagogía Hospitalaria

PROPUESTA- GUÍA

Guía para el re-diseño curricular de la Pedagogía Hospitalaria, a través del modelo de Modificabilidad Estructural Cognitiva de Feuerstein en aulas hospitalarias aplicada a niños-pacientes oncológicos de 7 a 15 años

1. Introducción

La hospitalización está relacionada a una situación de calamidad que deben afrontar las personas y en la mayor parte de casos, esto genera un alejamiento completo de la educación formal especialmente en el caso de los niños, debido a la situación que enfrentan. Algunas enfermedades, especialmente las que se presentan por largos períodos, las enfermedades crónicas incurables o las que inhabilitan al paciente, dificultan una educación continua en los infantes, inclusive no siempre se trata de una enfermedad, muchas de las veces la hospitalización está relacionada a un accidente, quemaduras, fisuras, roturas, entre otras circunstancias, que obligan a que el infante o adolescente se mantengan por largos periodos en el hospital. Bajo estas circunstancias es fundamental que el niño o adolescente participe de manera integral con la escuela o en su defecto sea el docente quien acuda a impartir las clases y cree un vínculo entre el hospital y la escuela para que el niño no esté fuera del aprendizaje y del entorno escolar.

En muchos casos existe desconocimiento en los protocolos relacionados a la educación, cuando un niño atraviesa por procesos de hospitalización, siendo indispensable que ante esta situación se informe a la institución, para que exista una coordinación, ya sea con el hospital, el grupo familiar u otros entes oficiales de apoyo, para que sea el maestro de su escuela de origen, quien acuda a las instalaciones del hospital para el acompañamiento académico respectivo y favorecer al estudiante en esta condición para que su derecho a la educación sea considerado en el marco de su interés superior. En este sentido, deberá el docente establecer estrategias específicas debidamente planificadas acorde con las circunstancias para que no afectar la prosecución escolar del niño hospitalizado o en recuperación domiciliaria por efecto de la enfermedad y del cumplimiento de las indicaciones terapéuticas indicadas.

El niño o adolescente que por cualquier condición de salud es hospitalizado, atraviesa por situaciones traumáticas, ansiedad, miedo entre otras manifestaciones propias de su situación y que tienden a afectar su proceso de aprendizaje y por consiguiente su rendimiento académico. Es por esta razón que se requiere de un proceso pedagógico no convencional que ofrezca soporte a los niños, sorteando los diferentes problemas que se presentan en estos casos, además de un proceso integral en el que participan médicos, especialistas de la conducta como psicólogos, terapeutas ocupacionales, docentes y familia.

Las consecuencias de la hospitalización pueden provocar reacciones negativas como el aislamiento y separación del entorno, siendo una necesidad mantener la interacción con todos los individuos que forman parte de la vida del niño, sin limitaciones que afecten su estado emocional ante esta realidad. Es por esta razón que los hospitales deben contar con aulas hospitalarias con todos los recursos didácticos necesarios, las unidades administrativas correspondientes, docentes especializados en pedagogía y educación hospitalaria que fomenten esta integración social y disminuyan el impacto no solo (sólo) en el ámbito educativo, sino también en el social y emocional del niño.

Dada la importancia de la inclusión en el ámbito educativo, existen varias estrategias, entre ellas las lúdicas, las tecnológicas y otras actividades significativas, que son empleadas como parte esencial para el aprendizaje en el periodo de hospitalización y que favorecen a la continuidad de la educación del niño hospitalizado. Bajo este precepto se trabaja en la armonía no solo en la salud física, sino emocional y social tanto de niños y adolescentes, además se puede trabajar complementariamente con terapias que equilibran el bienestar de los mismos. .

Se requieren de acciones que se integren como parte esencial de la metodología y que contribuyan a crear espacios integrales de enseñanza y aprendizaje. De esta manera, las prácticas pedagógicas hospitalarias son esenciales para brindar apoyo académico al paciente, mejorar sus expectativas en materia educativa y por ende mejorar su calidad de vida, en el transcurso de su proceso de la recuperación de su salud; en este sentido están inmersos aspectos sociales y afectivos, para ello es indispensable conocer la realidad que afecta al paciente y la forma como enfrentará y asumirá la enfermedad o la limitación que esta

generará, tanto en el ámbito educativo, familiar, social, emocional y en otros aspectos de su cotidianidad.

Es por ello que las acciones se deben orientar a generar un bienestar socioeducativo y emocional para niños y adolescentes, que por encontrarse en un estado de deterioro de su salud causado por una enfermedad, se ven imposibilitados temporalmente a la asistencia regular en sus sitios de estudio, lo que implica la necesidad de establecer una propuesta que contribuya a su educación, independientemente del estado de salud que lo aqueja. Es un programa de continuidad con el que se pretende que los pacientes participen acorde a sus capacidades y limitaciones ya sea en las aulas hospitalarias o en el domicilio.

En consecuencia, cabe mencionar que la atención educativa para niños y adolescentes es considerada una de las prioridades para el Estado ecuatoriano, en tal sentido, el Ministerio de Educación y Cultura de Ecuador incorporó un programa de atención hospitalaria que aborda la educación continua de los estudiantes hospitalizados o en recuperación domiciliaria en el marco de los derechos para toda la vida y el ejercicio de la ciudadanía. Por consiguiente, la educación es un proceso continuo y permanente que requiere de contextos y espacios que se adapten a diferentes realidades en la vida de educandos.

Con un enfoque de atención integral, en el Ecuador se planteó en la Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI) todos los aspectos procedimentales para garantizar una educación inclusiva alineada a la hoja de ruta del Plan Nacional del Buen Vivir que abarca el desarrollo de las competencia y capacidades desde una formación integral a través de un enfoque humanística y científica, todas estas consideraciones están asociadas al desarrollo de la personalidad del ecuatoriano para reforzar sus capacidades promoviendo la equidad e igualdad de oportunidades sin ninguna discriminación (LOEI, 2011).

La inclusión tiene como finalidad brindar respuesta aquellos grupos vulnerables que requiere de atención e integrar a los estudiantes mediante una enseñanza convencional en un sistema educativo, donde maestros y alumnos se siente satisfechos por participar en un proceso de enseñanza y aprendizaje apropiado en el marco de la diversidad.

A este proceso de inclusión se vio fortalecido por la carta de 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, que en el 2009 consolidó reglamentariamente los

derechos de educación que están orientados a una efectiva asistencia educativa para niños y jóvenes en situación de enfermedad y hospitalización que les impida temporalmente asistir a una institución educativa. El Estado garantizará la educación de calidad con profesionales que estén en capacidad de asistir estos requerimientos especiales, al igual que contenidos curriculares, metodología y forma de evaluación, acorde a sus capacidades y enfermedad. Por tanto, la educación deberá brindarse en instituciones de salud, que contarán con espacios propicios para el desarrollo de las actividades pedagógicas respondiendo a las tendencias actuales.

En este orden de ideas, el entorno familiar será esencial en el proceso, existirán estudiantes que por la condición de su enfermedad no asistirán a las aulas hospitalarias, sino que tendrán que guardar reposo temporal en su domicilio para cumplir con las terapias indicadas para su recuperación, sin embargo, la continuidad del proceso estará acorde a su condición de salud, la finalidad del programa de atención educativa hospitalaria y domiciliaria es que de maneje de manera integral de manera que los niños tengan la facilidad de contar con docentes especializados tanto en el aula del hospital como en su domicilio si fuera el caso.

El programa atenderá a todos los niños y jóvenes que presentan enfermedades que requieran hospitalización y permanencia domiciliaria para su recuperación. Para este grupo se adaptará, de acuerdo con las circunstancias, el currículo nacional para reducir los desfases generados por el absentismo escolar, con la finalidad de su posterior reinserción a su escuela de origen.

La presente propuesta se ha diseñado con el fin de ser una guía, tanto a nivel institucional gubernamental en el ámbito hospitalario y educativo, así como en el familiar, para generar un marco práctico en la aplicación de la pedagogía hospitalaria en los pacientes considerando los aspectos sugeridos por la Teoría de la Modificación Estructural Cognitiva propuesta por Feuerstein. De esta forma la presente guía contiene los objetivos que se persiguen, los conceptos con los que se trabajará, el perfil requerido del docente hospitalario, la metodología general de aplicación y la forma misma de aplicar la enseñanza en los niños, incluyendo actividades y herramientas que le permitan al docente hospitalario mantenerse permanentemente en su labor de enseñanza, optimizando el tiempo y los recursos existentes

en favor de los niños en situación vulnerable y, con todas las limitaciones buscar finalmente favorecer a su aprendizaje, cumpliendo además con la normativa y políticas a nivel nacional.

Funciones esencial de las aulas hospitalarias

De acuerdo con Grau (2001) las funciones esenciales de las AH son:

- Promover actividades de naturaleza formal e informal para brindar asistencia educativa y que se contrarreste la posible existencia de aplazamiento académico.
- Proseguir en la medida de las posibilidades con el currículo correspondiente de manera de favorecer la integración en el nivel académico al que pertenece en el momento de finalizar su periodo de hospitalización.
- Emplear el posible tiempo libre en actividades constructivas para coadyuvar en la evolución y desarrollo del niño y/o adolescente.
- Minimizar las situaciones de estrés, ansiedad y preocupación que puedan presentar estos educandos a través de una apropiada asistencia y suministro de información adaptada a la edad del niño y/o adolescente.
- Establecer una variedad de momentos y situaciones que faciliten las relaciones interpersonales entre los educados y los docentes, familiares, y profesionales de la salud, y con la generalidad de las personas con la que interactúa.

Objetivos del AH

- Asegurar la prosecución educativa del estudiante, como una vía para asistir al niño y/o adolescente a reincorporarse a su vida cotidiana en casa y escuela y a su familia para que pueda apoyar en el proceso y no ocurran episodios de apatía y aislamiento;
- Dar respuesta a los requerimientos educativos y de formación de los educandos, integrando el aula hospitalaria a un proceso consciente y de asistencia conformado con un conjunto de actividades y tareas que son orientadas a retomar habilidades y hábitos que se han disminuidos a causa de la enfermedad y de la reiterada ausencia al su entorno escolar;

- Asistir los aspectos más relevantes del desarrollo humano y que pueden verse comprometidos con la enfermedad como la cognición, las emociones y las relaciones sociales del niño y/o adolescente, así como su incidencia en el proceso de aprendizaje;
- Garantizar los derechos de niños y/o adolescentes en condición de hospitalización a recibir una educación de calidad, acorde con sus requerimientos individuales y en un ambiente apropiado;
- Dotar al docente con las herramientas necesarias para atender este tipo de aulas hospitalarias, para lo cual es indispensable realizar un análisis de las condiciones del espacio físico y los materiales con las que cuentan los docentes para el desarrollo de su actividad, así como el nivel de sensibilización y capacitación que poseen los docentes. Para finalmente contar con todo lo necesario para dar respuesta al educando.
- Promover un intercambio interpersonal en el niño y/o adolescente con las personas que le rodean, asimilar experiencias afrontadas y por afrontar;
- Fomentar la ejecución de un plan de capacitación profesional para los docentes que asuman la responsabilidad de ofrecer una educación oportuna y a su vez hospitalaria a los educandos;
- Fortalecer los estudios en todos los ámbitos de la pedagogía hospitalaria, publicando los resultados y prácticas de dicha actividad;
- Participar en la planificación y organización de seminarios y congresos destinados a la promoción y concientización de las aulas hospitalarias;
- Establecer un espacio para la sensibilización, concientización, el intercambio de experiencias, la reflexión y consideración de casos asumidos por los profesionales de la educación dedicados a la asistencia de niños y/o adolescentes que por razones de salud deben encontrarse recluidos en un hospital;
- Facilitar al docente hospitalario las herramientas que favorezcan su desarrollo pedagógico y su articulación con el sistema educativo
- Dar a conocer la normativa jurídica vigente en materia de aulas hospitalarias de manera que el docente conozca los detalles legales de la labor que presta en los ambientes hospitalarios;

- Construir una serie de propuestas educativas y metodológicas a partir del currículo y acorde con las necesidades del educando;
- Implementar propuestas pedagógicas acordes con las necesidades de las aulas pedagógicas hospitalarias y dando prioridad a las deficiencias del educando;
- Estimular y sensibilizar a toda comunidad en relación a la necesidad de desarrollar acciones educativas acordes con el derecho a la educación por a los niños y jóvenes hospitalizados y/o con tratamiento ambulatorio

2. Objetivos de la Propuesta

Los objetivos de la pedagogía hospitalaria se enmarcan en aspectos cognitivos, desarrollo motor, aspectos afectivos y desarrollo social que tienen que ir acorde al sistema de educación y en el que se definan con claridad las adaptaciones realizadas al plan curricular. La finalidad de todo este proceso procura la reincorporación del niño a la escuela una vez cumplida su estancia hospitalaria o recuperación domiciliaria. Por ende, la propuesta acoge todas las necesidades y las establece bajo los siguientes objetivos que se desarrollarán de forma integral:

- i. Primer objetivo general. Establecer una guía que permita desarrollar las prácticas pedagógicas hospitalarias para la potenciación de las competencias lectoras en los estudiantes hospitalarios en edades comprendidas entre los 7 a 15 años que pertenecen al área oncológica de la ciudad de Quito-Ecuador, en el marco la Teoría de la Modificación Estructural Cognitiva propuesta por Feuerstein.
- ii. Segundo objetivo general. Desarrollar una formación holística, en la que se integren el acompañamiento de la familia, especialistas de la salud, maestros, centros hospitalarios y escuela para un proceso educativo que contribuya a sobrellevar la enfermedad, brindándoles una orientación fundamentada en el aprendizaje para la posterior reincorporación al sistema educativo formal.

3. Alcance

El alcance de esta guía se orienta a niños-pacientes oncológicos cuyas edades están comprendidas entre 7 a 15 años, domiciliados u hospitalizados en centros especializados en la ciudad de Quito-Ecuador y que se encuentren inscritos en el sistema educativo nacional.

4. Definición de conceptos

Existen muchos autores y expresiones acerca de las aulas hospitalarias, los docentes hospitalarios, la pedagogía hospitalaria, la competencia lectora y la Teoría de la Modificación Cognitiva Estructural, términos necesarios para comprender y contextualizar la presente propuesta. A continuación se presenta una definición de conceptos planteada con el fin de estandarizar a nivel de Ecuador las definiciones, su expresión y sobre todo el entendimiento de los términos:

Competencia lectora: Consiste en “comprender, utilizar, reflexionar y comprometerse con textos escritos para alcanzar los propios objetivos, desarrollar el conocimiento y potencial personales y participar en la sociedad” (OCDE, 2005, pág. 9). En esta definición se abarcan aspectos como la cognición al referirse a la comprensión y la reflexión, pero al mismo tiempo se ocupa del sentido de la lectura que se orienta al logro de objetivos en el ámbito personal y/o social.

Docente hospitalario: Es un educador profesional especializado y con experiencia, asignado oficialmente por el Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria en Ecuador, tiene los mismos derechos y desempeñará todos los compromisos contemplados en la LOEI y su reglamento. Su trabajo se determina acorde a la oferta académica vigente. El espacio para su ejercicio profesional será el centro hospitalario, o Casa de Acogida y Tratamiento, Domicilio del estudiante, al que fue asignado y cumplirá su horario de trabajo, según lo acuerde la autoridad central de educación, la necesidad del estudiante y la disposición del grupo familiar en caso de acompañamiento domiciliario. El equipo recomendable de docentes permanentes para la atención educativa hospitalaria, estará integrado por: i) un educador permanente especializado en Educación Inicial, lo cual no aplica para las Casas de Acogida y Tratamiento; ii) un profesor permanente formado en Educación General Básica y

iii) un educador permanente para el Bachillerato General Unificado (Ministerio de Educación & Ministerio de Salud Pública, 2016)

Aulas hospitalarias: son los espacios académicos que surgen en los hospitales, con la finalidad de prestar atención escolar temporal a los niños y/o adolescentes hospitalizados, bien por causas de una enfermedad, accidentes o trastornos de la conducta, evitando así la interrupción de sus estudios y la probable marginación del sistema educativo formal (Aproximación conceptual de la autora de la presente investigación)

Pedagogía hospitalaria: PH es el resultado de la integración de la práctica pedagógica del docente en el entorno hospitalario y complejo en el que se encuentran los educandos, y que se trabaja desde diferentes enfoques, de lo cual se advierte un nivel de complejidad para el quehacer docente, en el proceso educativo envuelto en este ámbito, y en integración con la enfermedad que cursa el educando (Aproximación conceptual de la autora de la presente investigación)

Teoría de la Modificación Cognitiva Estructural: Referente teórico válido para comprender que toda persona es susceptible de cambios y de ser modificado cognitivamente al verse expuesto a experiencias y prácticas de aprendizaje apropiadas y bajo la dirección de un actor mediador.

5. Perfil del docente hospitalario

Para los autores Ochoa y Lizasoáin (2003), no es suficiente que el profesorado del AH conozca el currículum básico, sino que además, deben caracterizarse por ser profesionales polivalentes y polifacético, con gran versatilidad y flexibilidad, con experiencia previa en el aula, con capacidad de adaptación y empatía, capaz de vivir en lo provisional y con conocimientos de pedagogía hospitalaria, tanto teóricos como prácticos (Garanto, 2002).

El docente hospitalario debe poseer habilidades y actitudes, lo cual incluye estabilidad emocional, conocimientos generales, estabilidad psicológica, saber conectar con niños y adolescentes, saber planificar, lo cual supone:

- Conocimientos sobre: enfermedades y los efectos que las medicaciones y los tratamientos van a tener sobre el alumno, y por tanto sobre su capacidad de

aprendizaje; las diferentes escuelas de los alumnos; los diferentes tipos de niños y de afrontamiento de la enfermedad; aspectos médicos,

- Habilidades para: evaluar a cada niño acorde con sus circunstancias médicas; trabajar eficientemente como un miembro más del equipo multidisciplinar del hospital; manejar las situaciones dramáticas y también el temor ante la muerte; dar diferentes niveles al mismo tiempo;
- Actitudes que le permitan: manejarse en situaciones conflictivas; sensibilidad y comprensión ante la enfermedad de cada niño; respeto hacia el trabajo de los demás profesionales implicados; estabilidad emocional para trabajar en situaciones dolorosas sin verse emocionalmente afectado.

De acuerdo con Fernández (2000), el docente del niño y/o adolescente en condición de hospitalización deben tener las siguientes características:

- Poseer capacidad para atender una variedad de niños y jóvenes de distintas edades y niveles educativos, así como diferentes personalidades.
- Contar con gran experiencia en la atención a la diversidad, y en el desarrollo pedagógico y académico por medio de su desempeño en el aula de clases y espacios afines.
- Adquirir una sensibilización y una percepción que le permita entender los requerimientos educativos y emocionales del niño y/o adolescente.
- Gozar de una fuerte voluntad como para trabajar en condiciones irregulares.
- Hacerse de gran tolerancia frente a las continuas interrupciones en el trabajo escolar, y actuaciones que con normalmente se producen.
- Tener la capacidad para gestionar la enfermedad ante situaciones críticas y en especial la muerte.

En este sentido, la tarea que ejecuta el docente es enseñar y orientar en su circunstancia particular al niño y/o adolescente, y por el contrario no se debe dedicar a satisfacer los caprichos que puedan tener estos educandos o en su entretenimiento, su función está más bien orientada a brindar la guía necesaria a ellos y a sus familias sobre factores psicoeducativos que se afectan y como superar las dificultades.

Además, de acuerdo con Ortiz (1994) la actuación docente gira en torno al niño y/o adolescente en condición de hospitalización para suplir la carencia afectiva que se origina

por su separación del núcleo familiar; apoyar su adopción al entorno hospitalario, propiciar un ambiente flexible, y trabajar de forma integrada las áreas de conocimiento; y finalmente ofrecerle las herramientas necesarias para su reinserción social, familiar y académico. En torno a las necesidades educativas asistenciales y especiales, pueden dar lugar a una personalizada e interdisciplinaria oferta educativa.

En la actualidad, en cuanto al ámbito de recursos humanos, las AH cuenta con maestras/os hospitalarios formados en educación inicial, básica y bachillerato, que atienden a la población existente, sin contar con pedagogos hospitalarios de formación, así como una guía específica para la operación, sin existir en el país programas de estudio en pregrado y posgrado sobre pedagogía hospitalaria que brinde los conocimientos, habilidades, actitudes y prácticas pedagógicas necesarias para el trabajo en estas casas de salud.

A continuación se presenta el perfil propuesto del docente hospitalario mediante la siguiente matriz de requerimientos:

Tabla 48. Requerimientos, formación y funciones del docente hospitalario

Cargo	Docente hospitalario
Objetivo	Desarrollar las competencias de los niños en edad escolar, que se encuentran en situación de enfermedad, de acuerdo a los requerimientos individuales o grupales
Formación académica	Pedagogía infantil o psicólogo educativo De preferencia con: * Especialización en docencia hospitalaria * Maestría en docencia hospitalaria
	Casos especiales: Actualmente no existe la especialización o maestría en DH en el Ecuador, por lo que se plantea que sean: Psicólogos educativos o pedagogos infantiles con al menos 5 años de experiencia en educación a niños, de preferencia con niños con discapacidad, deficiencias o enfermos De preferencia con certificación, capacitación o cursos en Pedagogía hospitalaria.

Funciones	Experiencia
<ul style="list-style-type: none"> • Planificar las actividades para el desarrollo del proceso educativo a los niños • Coordinación con ayudantes y entidades para determinar el pensum de estudio y el nivel 	Trabajo en aulas hospitalarias al menos 3 años Trabajo con niños enfermos, con deficiencias o discapacidad, al menos 3 años
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar las clases con los niños de acuerdo con los requerimientos y planificación • Registrar actividades y avances realizado para constancia y fortalecimiento del programa. 	Conocimientos, capacidades y competencias <ul style="list-style-type: none"> • Gusto y empatía con los niños • Estabilidad emocional • Conocimiento y prácticas de metodologías activas y trabajo lúdico. • Conocimientos sobre enfermedades y efectos de las medicaciones

Elaborado por: Autora de la investigación

6. Inclusión de pasantes

Con el fin de que el docente hospitalario pueda desempeñar su trabajo de la mejor manera y disponga del tiempo para ocuparse principalmente de los niños, así como de realizar una correcta planificación y de encontrar las mejores actividades de acuerdo al caso, se incluye la figura del pasante, quien será por una parte un ayudante para las diversas tareas administrativas del docente hospitalario y con ello permitirle enfocarse en su trabajo y por otro lado, le permitirá integrarse a las actividades que realiza el docente del AH, realizar algunas de ellas y con ello ir adquiriendo experiencias y competencias pero aún de una forma guiada, de esta manera se puede ir logrando docentes capacitados con el tiempo, creando una escuela práctica en este ámbito.

Por tanto, se recomienda ir integrando pasantes al trabajo de modo que puedan ir adquiriendo las experiencias necesarias para integrarse a futuro. Los pasantes serán los encargados de coordinar con las instituciones educativas el pensum educativo y con la familia el trabajo que se está haciendo y cualquier documentación, esto le permite al docente hospitalario enfocarse en su planificación y la aplicación misma con los niños.

Tabla 49. Actividades de docentes hospitalarios y pasantes

Docente hospitalario	Pasante
Planificación de actividades de docencia	Coordinación con las instituciones educativas acerca del pensum de estudio correspondiente a cursar por los niños objeto de la presente propuesta-guía.
Actividades con niños	
Coordinación de reportes, información	Informes y reportes requeridos
	Registro de actividades realizadas y retroalimentación
	Apoyo en actividades de docentes hospitalarios
	Reemplazo en actividades de docentes hospitalarios en caso de ausencia

Elaborado por: Autora de la investigación

7. Metodología Docente

La pedagogía contribuye a la práctica tentativa de acciones que contribuyen a dinamizar el aprendizaje, es decir que se mantienen y adaptan a través de la práctica, las mismas que deben ser evaluadas para conocer el nivel del estudiante, para establecer qué competencias son requeridas de acuerdo a las necesidades de los niños o adolescentes.

La metodología debe fundamentarse en las practicas pedagógicas, es decir una guía de observación en la que se registran datos del trabajo que realiza el docente y el desarrollo que se evidencia en cuanto a la competencia lectora.

En este proceso de aprendizaje, la revisión de materiales se debe establecer de acuerdo al plan de sistematización partiendo de datos e información que proporcionan una revisión clave de los actores, al igual que datos de los involucrados (Fecha, actividad, observada).

Las estratégicas metodológicas son una herramienta clave para este grupo de niños y adolescentes que acuden a la AH, para lo cual los docentes deben tener el conocimiento y la experiencia para el desarrollo de las actividades, a continuación, se enunciarán algunas estrategias como son:

Lúdica: el estar en una situación desconocida genera un entorno significativo para el paciente la separación de la cotidianidad, hogar, entorno social y vida del niño o adolescente puede provocar factores de estrés, miedo, y alteraciones en su estado emocional. Es por esta razón que se plantea un aprendizaje basado en esta metodología, en la cual se importan alternativas dinámicas como son arte-terapia, músico-terapia, dramas, lecturas interactivas, expresiones plásticas, un ambiente amigable y de interacción.

Personalizada: la atención didáctica debe ser personalizada, trabajando con grupos pequeños y acorde a la condición del estudiante, si no puede acceder al AH, permitiendo un análisis integral tanto del contenido como del currículo.

Atención múltiple a través de un Plan de Trabajo Simultáneo: los niveles educativos deben contextualizarse de acuerdo a la multiplicidad de patologías, distintas edades y tipos de educación, habilidades, potenciales, requerimientos específicos e intereses particulares de cada alumno que se encuentran en un caso de enfermedad o accidente que requiere de un tiempo mayor en el hospital

Flexible con adaptaciones curriculares: la flexibilidad del plan curricular es clave y del cual constituye la interacción con el docente y el médico, conocer la situación del niño y del adolescente permitirá que la táctica educativa este acorde a las necesidades y las dificultades de aprendizaje que se pudieron desarrollar por factores externos.

Innovadora a través de las TIC y TAC como herramienta para el proceso educativo: Las TIC y TAC (Tecnología para la Adquisición de Conocimientos) herramientas comunicativas y sociales que son empleadas para el aprendizaje. Una herramienta muy utilizada para estos casos ya que permite la vinculación con el mundo exterior, ya sea su familia, amigos conocidos entre otros. El acercamiento con el aprendizaje es factible a través de un computador, teléfono, portátil y tablets opciones que se adaptan con facilidad a la realidad.

De acuerdo a lo planteado por Guillén y Mejía, (2002) y García-Pérez (2015), las metodologías académicas generalizadas en un AH son las siguientes:

Operatividad: es preciso evaluar las capacidades del niño y/o adolescente y su entorno, su condición de salud, para poder definir y ejercer una actuación pedagógica acorde

con las necesidades del educando, y el nivel de aceptación de los padres, ocupando una metodología que incluya tanto actividades de tipo colectivo como las individuales.

Normalización: el trato para con el paciente debe ser de forma normal, e incluir en la medida de lo posible las variaciones propias de la enfermedad y necesarias de acuerdo al estado de salud del educando.

Enseñanza individualizada y personalizada: la planificación y acción pedagógica tiene que ser ajustada a la situación específica del educando, su nivel escolar, sus intereses, estado emocional y afectivo y realizando las adaptaciones y ajustes necesarios en el currículo, de forma asertiva y con el criterio del docente.

Formación global: se busca que los contenidos programáticos que se impartan sean útiles en su cotidianidad y le sean un recurso real para el desarrollo de su vida, por medio de la integración del entorno hospitalario en el proceso de enseñanza y aprendizaje, donde el hospital se convierte en un proveedor de recursos educativos, con un enfoque positivo y realista.

Socialización: es necesario incorporar prácticas de interrelación entre iguales a través de la conformación del grupo de estudiante del aula hospitalaria, dándoles la oportunidad de apoyarse, compartir experiencias, y en la medida de lo posible normalizar su situación. Igualmente, el niño y/o adolescente puede identificarse con sus pares que se encuentran en situaciones similares, de tal forma que participen, compartan, jueguen y estudien juntos.

Acción participativa: las acciones a implementar requieren de una programación que debe estar coordinada con las acciones de los profesionales de la salud quienes pueden orientar en relación a los diversos factores que involucran la mala condición de salud del educando, e informar cuáles son sus limitaciones físicas y de salud que pueden influir en proceso de enseñanza y aprendizaje, igualmente, se debe contar con la información suministrada por los docentes del colegio al que pertenece el estudiante de forma tal que se le brinde al docente hospitalario una visión general de la situación del educando con lo que podrá adaptar su programación, los lapsos de tiempo que se emplearan y las características que poseerá el programa educativo una vez que se hayan considerado todos los factores involucrados para definir la programación más efectiva a desarrollar. Destacándose que se deben incluir los padres en la recuperación del educando y en los procesos educativos.

Las técnicas empleadas son las de expresión y comunicación como: la expresión plástica, la expresión dinámica, la expresión musical, la expresión corporal, la expresión dramática, el juego, los cuentos. De aquí se derivan los diferentes tipos de actividades como: musicoterapia, ludoterapia, mimoterapia, psicomotricidad, psicodrama, danzaterapia, según los casos concretos, siempre hablando de actividades creativas liberadoras.

El AH comprende tres áreas o ambientes:

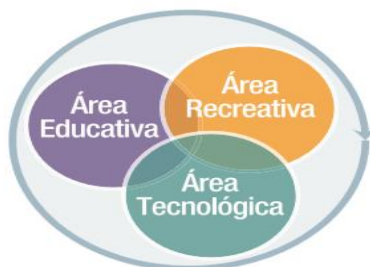


Figura 18. Áreas del Aula Hospitalaria
Fuente: (Ministerio de Educación, 2017)

A. Área educativa: Es un espacio adecuado para desarrollar actividades propias del proceso enseñanza aprendizaje descrito en el Currículo Nacional. Facilitará la aplicación de metodologías adaptadas a las necesidades de los estudiantes hospitalizados o en tratamiento en el marco de sus posibilidades emocionales y de salud. El área educativa se caracteriza por ser un espacio inclusivo, de respeto a la diversidad y donde se podrá encontrar material didáctico apropiado a su edad y nivel escolar.

B. Área recreativa: El área recreativa propende a desarrollar el aprendizaje y las habilidades sociales, a través de técnicas y metodologías lúdicas. Este espacio dispone de materiales como juguetes, disfraces, títeres, etc.

c. Área Tecnológica: Es un área destinada a reforzar y ampliar los contenidos impartidos por los docentes del Programa en el área educativa; y, además, facilita el desarrollo de habilidades de comunicación. En este espacio el estudiante podrá acceder a instrumentos tales como el computador, calculadora, proyectores, medios audiovisuales, etc.

Los fundamentos para la realización de actividades en el AH, se contemplan a continuación:

El aprendizaje de los niños no es fijo, habrá mucha ausencia de acuerdo a los tratamientos, al impacto de los medicamentos o a la situación de salud, es por ello que las actividades deberán buscar el mayor impacto considerando el aprendizaje, así como el desarrollo de destrezas, pero con la mayor motivación de los estudiantes. Hay que considerar que en muchas ocasiones existirá una variedad de niños, con diferentes niveles de aprendizaje, así como con diferentes situaciones emocionales, o predisposición, por lo que el docente debe estar en capacidad para planificar adecuadamente y también para variar la planificación y enfrentarse permanentemente a situaciones cambiantes.

Es necesario ir integrando al estudiante, considerando que el mismo puede encontrarse en diferentes fases, entre ellas:

- No tener ningún ánimo de ingresar a clase debido a su situación
- Ver con apatía las clases
- Tener gran necesidad de participar en el aprendizaje para sentirse integrado
- Tener motivación, pero las circunstancias emocionales o físicas dificultan el aprendizaje
- Estar incapacitado para recibir apoyo académico en el aula de clases

Existen muchas otras circunstancias que afrontará el niño de acuerdo al caso, las principales se presentan conjuntamente con alternativas de aplicación particulares, sin embargo será responsabilidad del docente hospitalario analizar las diferentes situaciones y apoyar acorde a la circunstancia específica. Ver la siguiente tabla.

Tabla 50. Realización de actividades posibles en circunstancias específicas de ausencia escolar hospitalaria

Situación	Actividades y acciones posibles
No tener ánimo de ingresar a clase debido a su situación	No se debe obligar a la participación, pero sí se puede motivar a la misma, es decir mencionando que hay una actividad muy bonita que se va a realizar como la pasada de un video o la lectura de unos cuentos, se va a pintar, es decir plantearlo como actividades y no como aprendizaje, motivarlos a su participación e integrar a los niños en actividades de este nivel de motivación. Plantearles que para olvidarnos de esta situación fea que están pasando es bueno entretenerse un poco.
Ver con apatía las clases	Similar al caso anterior, motivar a actividades por realizar, plantearle actividades de entretenimiento y no integrarles a clases más formales.
Tener gran necesidad de participar en el aprendizaje para sentirse integrado	A este grupo es posible entregar una información más formal, de acuerdo al pensum que tienen de clases, De cualquier manera, aún en esta situación en la que el niño tiene una motivación propia para el aprendizaje y por integrarse al mismo, es necesario mantener clases y procedimientos interesantes y que logren mantener el interés en el aprendizaje mientras se encuentren en las aulas hospitalarias.
Tener motivación, pero las circunstancias emocionales o físicas dificultan el aprendizaje	Se puede realizar un trabajo intermedio, es decir realizar un trabajo de desarrollo de actividades motivantes que permitan el desarrollo de las habilidades e ir integrando poco a poco a actividades más formales, midiendo que sea un tiempo prudente que no altere emocional y físicamente al paciente.
Estar incapacitado para recibir en el aula de clases	Enviar una laptop, videos, libros o material didáctico a la habitación para que pueda realizar actividades. Considerar la parte emocional del niño para manejarlo de acuerdo a la misma.

Elaborado por: Autora de la investigación

Por tanto, dependiendo de la situación de los diferentes niños, se debe realizar la planificación considerando en cual tipo de grupo podrán integrarse los estudiantes hospitalizados, los recursos con los que se cuenta, la cantidad de niños y la disponibilidad de docentes, de modo que se puedan establecer las actividades en un marco de creatividad y buscando la mayor efectividad para cada grupo. Si la mayor parte del grupo se encuentra muy motivado y son homogéneos, es posible crear grupos más grandes que trabajen bajo estas circunstancias. Si no se dispone de suficientes docentes, espacios o recursos para atender a diferentes grupos, es necesario buscar actividades intermedias, es decir que fomenten la actividad, la participación, la lectura de una manera entretenida, aun cuando no se desarrolle un trabajo formal con los estudiantes.

De esta manera se puede llegar inclusive a plantear actividades semiformales a los estudiantes, pero éstas tienen que ir integradas con actividades lúdicas o entretenidas que tengan como fundamento el desarrollo de habilidades, inteligencia, competencias y para que a la mayor parte de los niños estas actividades sean motivantes, agradables, bajo la perspectiva de la PH. .

Es necesario motivar no obligar. Unos de los aspectos importantes es saber cómo abordar la situación con los niños, para ello se requiere la experiencia y atención del DH con el fin de entender por una parte la situación individual de los niños y en base a esta comprensión realizar actividades que estén acorde al nivel de aprendizaje del niño y que a su vez permitan su integración a la actividad.

Finalmente considerando que existe solamente un tiempo limitado con el estudiante, el docente recomendará a los padres actividades que pueden realizarse en casa o en la estancia hospitalaria, mismas que irán desde lecturas entretenidas, el uso de tecnología para el aprendizaje, hasta la interacción y participación del padre en la educación.

Características de las Actividades

Para las actividades se pueden considerar la plástica, la expresión dinámica, la expresión musical, la expresión corporal, la expresión dramática, el juego, los cuentos. Además la musicoterapia, ludoterapia, mimoterapia, psicomotricidad, psicodrama, danzaterapia, según los casos concretos, siempre hablando de actividades creativas liberadoras.

Adicionalmente se deben presentar:

- Prácticas de lectura
- Fomento de la lectura
- Juegos de lectura
- Aprendizaje con música

En cuanto al ámbito de recursos materiales, las TIC pueden ser claves para impulsar la creatividad, mejorar destrezas y capacidades.

A continuación se presenta una primera lista de actividades que pueden ser utilizadas, especialmente para el fomento de la lectura, las mismas servirán como un primer registro para ser aplicado y evaluado en los niños y que debe irse incrementando con el tiempo con el fin de disponer de una librería importante que favorezca las actividades, que pueden evaluarse para evidenciar su efectividad en cada caso y con ello fortalecer aún más la eficiencia de la DH.

Actividades relativas al aprendizaje y fomento de la lectura

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	BENEFICIOS	ENLACE
Cada oveja con su pareja:	Los niños deberán adivinar descubrir qué portada pertenece a cada sinopsis. Crear portadas con los niños de sus cuentos	Causar interés en los niños	http://blog.tiching.com/actividades-fomentar-el-placer-por-la-lectura/
Booktrailer	Se la realiza con la ayuda del internet Consiste en resumir, una lectura imágenes y audios, el libro que han leído.	Fomentar la lectura Interés por la lectura	http://blog.tiching.com/actividades-fomentar-el-placer-por-la-lectura/
¿Cómo acaba tu obra?:	Leer una historia para que los niños propongan el final	Fomentar la creatividad e imaginación	http://blog.tiching.com/actividades-fomentar-el-placer-por-la-lectura/
Construye tu banda sonora:	Todas las películas tienen banda sonora y pedir a los niños que sus libros tengan banda sonora	Fomenta de creatividad Oportunidad para crear espacio	http://blog.tiching.com/actividades-fomentar-el-placer-por-la-lectura/
Qué te suscita?:	Apuntar las partes de los libros de mayor interés o que a su vez generaron emociones en los niños	Fomenta el interés Los niños expresan sus emociones	http://blog.tiching.com/actividades-fomentar-el-placer-por-la-lectura/
Crea tu guía de viaje	Es un espacio para que puedan crear sus propias historias	Fomenta la investigación Fomenta a la lectura y la creatividad	http://blog.tiching.com/actividades-fomentar-el-placer-por-la-lectura/
Booktubers en acción:	La animación se junta para que los niños puedan crear sus historias con herramientas tecnológicas	Fomenta la investigación Fomenta a la lectura y la creatividad	http://blog.tiching.com/actividades-fomentar-el-placer-por-la-lectura/
Clubs de lectura	Es un espacio para que los niños cuenten que libros han leído, que emociones tuvieron, ¿Qué les gusto? ¿Qué no les gusto?	Fomenta el interés por la lectura. Fomenta la comunicación e interacción.	http://blog.tiching.com/actividades-fomentar-el-placer-por-la-lectura/

Nubes de palabras	Es una actividad que permite a los niños expresar aquellas palabras que no conocen y que muchas veces por miedo no demuestran el desconocimiento.	Participación activa de los niños Promueve la adquisición de vocabulario	http://blog.tiching.com/ac-tividades-fomentar-el-placer-por-la-lectura/
Lectura en voz alta	El niño leerá en voz alta partes de una historia para sus compañeros	Participación de los niños sin miedos Todos pueden equivocarse Mejora la entonación Respeta los signos de puntuación Fluidez lectura	http://blog.tiching.com/ac-tividades-fomentar-el-placer-por-la-lectura/
Conferencia y charlas a distancia	Escuchar y participar en la charla, espacio para que comenten sus libros y las historias que les gustaría escribir	Esta orientado a compartir otras exposiciones de otras escuelas. Se aplican herramientas tecnológicas como Skype o Google Hangouts Se comparte contenido interesante Se motiva y fomenta la lectura.	https://rpp.pe/campanas/contenido-patrocinado/5-actividades-para-fomentar-el-uso-de-las-tic-en-el-aula-noticia-1148174
Dramatiza la lectura	Organizar una obra de teatro de una lectura que les haya causado interés	Fomenta el interés por la lectura Fomenta la participación y creatividad	https://www.aulaplaneta.com/2015/03/18/recursos-tic/cinco-ideas-y-diez-recursos-para-fomentar-la-lectura-entre-tus-alumnos/
Planeta lector	Una plataforma que contiene un gran número de libros	Fomenta el interés de los niños por la lectura. Permite mantener un seguimiento continuo de acuerdo al avance en el aula.	https://www.aulaplaneta.com/2015/03/18/recursos-tic/cinco-ideas-y-diez-recursos-para-fomentar-la-lectura-entre-tus-alumnos/
Cíceros	Aplicación on line que puede ser descargable contiene material de animación de lectura que puede ser empleado	Fomenta a la lectura Existen tareas complementarias que permite la evaluación del niño Evita que los niños se aburran, existe un mayor control logrando el conocimiento.	https://www.aulaplaneta.com/2015/03/18/recursos-tic/cinco-ideas-y-diez-recursos-para-fomentar-la-lectura-entre-tus-alumnos/
Seis historias para pensar	Es una herramienta de alto impacto que es empleada para motivar a los niños a la lectura. Es una aplicación que cuenta con cuentos en video además pueden ser escuchados	Fomenta el interés de los niños por la lectura. Se trabaja de forma integral con todas las actividades. Se complementa el trabajo con los ejercicios Propuesta lúdica con ilustraciones e imágenes.	https://www.aulaplaneta.com/2015/03/18/recursos-tic/cinco-ideas-y-diez-recursos-para-fomentar-la-lectura-entre-tus-alumnos/
Lectómetro	El lectómetro es una herramienta empleada para medir el número de libros de lectura. En un estante el niño deberá colorear cada uno de los libros que estén en el estante.	Fomentar el interés de lectura. Promueve a la participación Se evalúa el constante interés por la lectura	https://eligeeducar.cl/6-sencillos-e-increibles-ideas-fomentar-amor-la-lectura

Reto de lectura	Para logra un nuevo enfoque y convertir a la lectura en un reto, se profundiza el conocimiento y adentrarse en las temáticas del libro y la lectura.	Interés por la lectura y el mundo que esta relacionado con la lectura. Los retos se establecen de acuerdo a categorías Premios Biografía Clásicos Audio libros Libros interactivos	https://eligeeducar.cl/6-sencillas-e-increibles-ideas-fomentar-amor-la-lectura
Sorbo de lectura	Una actividad que está ligada a ubicar un espacio con vasos los cuales contienen cuentos o lecturas que han sido desarrollada por otros niños.	Motivar a la creatividad Fomenta a la lectura Fomenta a la participación	https://eligeeducar.cl/6-sencillas-e-increibles-ideas-fomentar-amor-la-lectura

Registro de actividades para las AH

Los docentes hospitalarios dejarán un registro de las actividades. Este registro permitirá ir disponiendo de una base de datos con las actividades realizadas permanentemente con el fin de que las mejores puedan ser replicadas, además que se registren actividades para nuevos docentes, probadas ya sea en aprendizaje, motivación o desarrollo de destrezas y con observaciones para colocar cualquier indicación. Se trabajará en Excel de modo que pueda ser ordenado o filtrado para disponer de información valiosa para el mismo docente o para otros nuevos.

Actividad	Fecha de aplicación	Documento-referencia		Autoevaluación			Observaciones
				Desarrollo de destrezas	Motivación del niño	Efectividad en el aprendizaje	
		Documento:	Link:				

Documento – referencia: Se creará un archivo clasificado donde se integre el detalle de las actividades realizadas, ya sea creado por el mismo docente con ayuda del pasante u obtenido de algún documento o fuente documental autorizada

8. Aplicación de la metodología de Feurestein

Aplicando la metodología de la modificabilidad cognitiva de Feuerstein a los procesos lectores podemos señalar que el docente como mediador, una vez realizada la actividad de lectura, deberá alentar a los estudiantes a dialogar a través de un círculo de preguntas y respuestas sobre los temas leídos y que no quedaron en claro.

El docente utilizará una o más de las siguientes actividades:

- Enseñar a cómo tratar un problema a través de la lectura
- Enseñar repertorios verbales para ayudar a comprender los párrafos y expresiones del texto.
- Fomentar el uso del diccionario y/o herramientas digitales para fortalecer
- Ayudar a establecer relaciones o conexiones de los problemas y actividades
- Enseñar la información más importante para resolver los problemas
- Ayudar a identificar palabras clave y detalles importantes
- Organizar la información
- Analizar y apoyar a que se planifique para poder resolver
- Apoyar el trabajo independiente mientras sea posible y mientras estos apoyen al aprendizaje
- Conversar acerca de los logros que se obtienen en la lección
- Se fomenta también un pensamiento crítico
- Establecer el fondo y principios de la lección
- Vocalizaciones y aplicaciones a la vida
- Resumir lo aprendido

Referente a la secuenciación de las actuaciones del docente, se requiere por parte del docente definir los objetivos de la clase o lección y se plantea una discusión introductoria,

entendiendo el tema a tratar y despertando la motivación por la tarea y las actividades a realizar.

Una manera de trabajar es realizando un trabajo independiente por parte del estudiante con una supervisión, para ello, se debe disponer de la sensibilidad para desarrollar motivación, autoimagen, expectativas, interacción

El maestro debe ser muy flexible para cambiar el método e introducir innovaciones o inclusive a recibir sugerencias por parte de los niños. Las actividades permitirán no que el niño memorice los resultados o información, sino que permita procesar la misma. El maestro debe tener atención para entender las deficiencias y donde se producen y luego aportar en corregirlas.

El programa busca proporcionar a los niños en la situación problemática experiencias de aprendizaje mediado para favorecer el funcionamiento cognitivo y beneficiarse de todos los estímulos, de manera que sea posible tales como:

Corregir las funciones cognitivas que sean deficientes

Adquisición de conceptos relevantes en las diferentes actividades

- Formación de hábitos de trabajo
- Motivación intrínseca
- Pensamiento reflexivo
- El estudiante ha de realizar aprendizaje por descubrimiento propio y que pueda ser aplicado a situaciones varias
- Las tareas se van haciendo en orden progresivo de dificultad.

En tal sentido, las actividades de comprensión lectora se enfocaran desde los referentes teóricos de Feuerstein, en tal sentido se presentan los aspectos que pueden modificar estructuralmente la conducta de los estudiantes, y que contemplan tanto la rehabilitación neuropsicológica como la neurocognitiva.

• Rehabilitación neuropsicológica, desde la perspectiva de la Autoplasticidad Cerebral, explicada por Feuerstein, y que tiene como finalidad que las áreas cerebrales que no se encuentren deterioradas ayuden en la recuperación y funcionalidad de las áreas perjudicadas. En la infancia el cerebro es mucho más plástico, por tanto, el recobro espontáneo de la

funcionalidad neurocognitiva y la restauración mediante la rehabilitación se origina con mayor claridad y más rápidamente (Velarde, 2008; Grau C. , 2001).

Para Feurstein el Programa de SCM, se fundamenta en el principio de autoplaticidad del cerebro que permite al individuo adaptarse y actualizarse rápidamente con los cambios alistándolo para afrontar los desafíos actuales del mundo que demanda una esperanza solidaria e igualitaria de cambio para toda la humanidad, especialmente los más vulnerables (Velarde, 2008)

- Rehabilitación neurocognitiva, que incluye programas para mejorar la memoria, atención e inteligencia.

Los programas para mejora de la memoria y atención permiten optimizar y desarrollar las siguientes funciones:

- i) Registro, referida a la sagacidad perceptiva; lo que no logra percibirse no puede memorizarse. El registro se mejora a través de ejercicios que beneficien tanto la estimulación sensorial como la atención voluntaria:
- ii) Organización y fijación, la primera, introduce un orden en la desorganización de las percepciones. Hay dos clases de organización lógica: la categórica y la jerárquica. La categórica se basa en ordenar distintos componentes en categorías, en torno de un criterio frecuente. La segunda los reagrupa de acuerdo a un modelo de jerarquía;
- iii) Recuerdo y la evocación, revivir una información fijada radica en buscarla y ubicarla, luego, extraerla, en otras palabras, apropiarse de ella, sacándola de lo más profundo y trayéndola al plano superficial de la memoria. Estas fases pueden ser reforzadas a través de un entrenamiento que favorezca la noción de referencias y luego la integración asociativa (Grau, 2001)

Los programas para mejorar la inteligencia pretenden modificar las funciones cognoscitivas con déficits en la fase de input, elaboración y output. Para ello se debe usar el PEI de Feuerstein, cuyos objetivos, entre otros son la mejora de:

- i) funciones desequilibradas que perturban la fase de entrada de información;
- ii) alteraciones que inciden directamente a la fase de elaboración de la información y

iii) funciones alteradas que menoscaban a la salida de información.

Asimismo, el PEI de Feuerstein, igualmente, pretende conseguir en este tipo de niños y/o jóvenes afectados por enfermedades crónicas:

- Adquisición de conceptos básicos y vocabulario, operaciones y relaciones relevantes para el problema.
- Desarrollo de una motivación intrínseca en la formación de hábitos hacia la tarea.
- Favorecer procesos reflexivos en el alumno, confrontando sus éxitos y fracasos.
- Cambiar la actitud del alumno consigo mismo de tal manera que se autoperciba como una persona independiente, activa y capaz de generar información (Grau C. , 2001, pág. 31)

9. Forma de aplicación

El docente hospitalario será un tutor prácticamente individual por cada niño, que estará encargado de entender su situación, determinar los requerimientos de educación, planificar las actividades propicias para desarrollar no solamente conocimientos, sino habilidades, solución de problemas, pensamiento crítico, haciendo uso de herramientas diversas y a su vez debe establecer la manera en la que aprenderá el niño.

Más concretamente se podrían señalar las siguientes actuaciones:

- Se debe considerar un programa individual para cada estudiante y realizar las agrupaciones de niños siempre que el caso lo permita y con una adecuada planificación, realizando el maestro una planificación basada en el caso específico del grupo considerando no solamente el pensum requerido, sino también la situación del padecimiento.
- El alumno asiste al aula hospitalaria, mientras su condición física lo permita. En el caso de que no pueda desplazarse al aula, el docente asistirá a la habitación siempre que sea factible y organizará las actividades de acuerdo a la situación y a la disponibilidad.
- La finalidad es siempre la misma: evitar o reducir en lo posible las consecuencias negativas que su estancia en el hospital les puede causar tanto a nivel educativo como personal, especialmente en los casos de los niños que están más tiempo hospitalizados, por padecer una enfermedad crónica.

- Se pueden crear áreas de trabajo cuando se trabaje con más personas
- Existen varias maneras de realizar la planificación, en la presente guía se presentan algunas herramientas que pueden facilitar la planificación
- Se debe realizar una coordinación (fuera de clase) en colaboración con el padre de familia, así como con la institución educativa para planificar las clases y las actividades que se puedan realizar fuera de las horas establecidas



Figura 19. Dinámica de AH.

10. Planificación de las actuaciones en la clase hospitalaria.

La planificación se tendrá que realizar por semana en el caso de que se puedan tener grupos con mayor permanencia hospitalaria o en muchos casos de forma diaria si la estancia hospitalaria es algo breve, pues los diferentes niños pueden ser dados de alta, en otros casos pueden ser trasladados a centros hospitalarios con mayor especialización médica, en otras circunstancias por ingresos de nuevos niños y, en casos extremos y eventuales estos se agravan o fallecen. Es necesario entender esta situación, tanto para estar preparados emocionalmente como para la planificación correspondiente.

De esta manera para una mejor planificación se harán uso de los siguientes formatos, los cuales permiten disponer de información sobre los estudiantes, el problema de salud, las materias y de ello establecer las posibles actividades:

Ficha de planificación

Semana: 2 ene – 6 ene 2020

Paciente/Estudiante	Edad	Problema de salud	Curso/grado	Materias principales	Pensum actual de aprendizaje	Actividades previstas

Complementariamente se utilizará una ficha de seguimiento en la que se ingrese la información de las actividades realizadas con su fecha y los resultados obtenidos para poder realizar el seguimiento correspondiente.

Ficha de seguimiento

Estudiante / Paciente: _____

Fecha _____	Actividades realizadas: _____ _____ _____ _____ _____	Observaciones: _____ _____ _____ _____ _____
Fecha _____	Actividades realizadas: _____ _____ _____ _____ _____	Observaciones: _____ _____ _____ _____ _____
Fecha _____	Actividades realizadas: _____ _____ _____ _____ _____	Observaciones: _____ _____ _____ _____ _____

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, M., & Cepeda, B. (2005). *Pisa para docentes: evaluación como oportunidad de aprendizaje*. México : INEE.
- Alpizar, L. (2005). *Los principios psicopedagógicos de Reuven Feuerstein para la atención en crisis de familias con enfermos alcohólicos estudio de caso (Tesis de Maestría)*.. San José, Costa Rica: Universidad de La Salle.
- Arango, P., Castañeda, G., Henao, Z., Jaramillo, P., & Londoño, J. (2004). *Fundamentación teórico práctica De la pedagogía hospitalaria y estrategias metodológicas para la intervención con el niño hospitalizado*. Medellín: Universidad de Antioquia .
- Arrendondo, A. (2010). Análisis de barreras que dificultan el desarrollo del enfoque inclusivo. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva* , 20-28.
- Arroyo, Y. (2002). *Antología: Intervención en crisis para víctimas de desastres*. San José, Costa Rica: Universidad Fidélitas.
- Asamblea General REDLACEH. (2019). Pedagogía hospitalaria: Innovación educativa, políticas, formación de profesionales . *IV Congreso Internacional de REDLACEH* (págs. 2-15). Panamá : REDLACEH .
- Asamblea Nacional. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Registro Oficial N° 449.
- Asensio-Ramón , P. (2017). *Las Aulas Hospitalarias en España. Un estudio comparado de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Extremadura, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana* . Valencia - España : Universitat de València - Facultat de Filosofia I Ciències de L'educació.
- Beltrán, A., Martínez, R., Jaén, J., & Tapia, S. (2016). La autoevaluación como actividad docente en entornos. *Revista de educación a distancia* , 3-11.
- Blanco, F., & Latorre, M. (. (2011). Implicaciones de la acción educativa en espacios específicos de proyección profesional en España . *Ecucacao e Pesquisa* , 583-598.
- Buela, G., & Sierra, C. (1997). *Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Cáceres-Núñez , A., Donoso-González , P., & Guzmán-González , J. (2012). *Comprensión Lectora: Significados que le atribuyen las/los docentes al proceso de comprensión ñectora en NB2*. Santiago de Chile: Universidad de Chile - Recuperado de:

http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2012/cs-caceres_a/pdfAmont/cs-caceres_a.pdf.

- California Department of Education. (2018). *Home & Hospital Instruction*. Obtenido de <https://www.cde.ca.gov/sp/eo/hh/>
- Cárdenas, R., & López, F. (2006). Hacia la construcción de un modelo social de la Pedagogía hospitalaria. *Revista interuniversitaria* , 59-70.
- Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado. (1986). *La normativa que apoya los derechos de los niños y niñas hospitalizados*. Barcelona.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos-España. (2007). *Evaluación de la Bateria PROLEC-R*. Madrid: En línea: <https://www.cop.es/uploads/PDF/PROLEC-R.pdf>.
- Constitución del Ecuador . (2008). *Salud, educación y vida integral* . Ecuador : Asamblea Constitucional .
- Cooper, D. (2005). *Cómo comprender la Lectura* . España : Visor .
- Courlander, H. (2002). *Special courses for hospital teachers*. Amsterdam: IV Congrés europeu de mestres i pedagogs a l'hospital.
- Cuetos , F., Rodríguez , B., Ruano , E., & Arribas, D. (2014). *Prueba PROLEC R- Bateria de Evaluación de los Procesos Lectores - Revisada, Quinta Edición*. Madrid: TEA: Ediciones.
- De Miguel, M. (1989). *Modelos de investigación sobre organizaciones educativas*,. *Revistas de investigación educativa* .
- De Souza-Minayo, M. (2017). Origen de los argumentos científicos que fundamentan la investigación cualitativa. *Rev. Salud colectiva*, vol. 13, núm. 4., En línea: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/731/73157096002/html/index.html>.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948). *Educación* . Estados Unidos : Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Delgado-Cedeño, J., Vera-Vera, M., Cruz-Mendoza, J., & Pico-Mieles, J. (2018). EL CURRÍCULO DE LA EDUCACIÓN BÁSICA ECUATORIANA: UNA MIRADA DESDE LA ACTUALIDAD. *Revista Cognosis. Revista de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación*. Recuperado de: <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/Cognosis/article/view/1462/1718> , pp. 47-66.

- Everston, C., & Green, J. (1989). *La observación como indagación y como método. La investigación de la enseñanza II. Métodos cualitativos y de observación*. Madrid: Paidós-MEC.
- Fernández, C., Orrego, J., & Zamora, M. (2018). *Los Docentes Hospitalarios: Características personales al servicio de la Pedagogía*. Viña del Mar: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
- Feuerstein, A. (2000). School characteristics and parent involvement: Influences on participation in children's schools. *The Journal of Educational Research*, 29-40.
- Feuerstein, R. (1963). *Children of the Melah. Socio-cultural deprivation and its educational significance*. Israel .
- Feuerstein, R. (1996). *The mediated learning experience: Langeveld memorial lecture*. . Estados Unidos : University of Utrecht .
- Feuerstein, R. (Julio de 1997). *Modificabilidad Estructural Cognitiva y Experiencia de Aprendizaje Mediado*. Obtenido de <https://educra.cl/modificabilidad-estructural-cognitiva-y-experiencia-de-aprendizaje-mediado/>
- Feuerstein, R., & Kozulin, A. (1995). The Bell Curve: Getting the facts straight. *Educational Leadership* , 71-74.
- Feuerstein, R., & Rand, Y. (1974). Mediated Learning Experiences: An outline of the proximal etiology for differential development of cognitive functions. *International Understanding*, 7-36.
- Feuerstein, R., Klein, P., & Tannenbaum, A. (1994). Mediated Learning Experience: Theoretical. *Psychosocial and Learning Implications*. Freund Publishing House., 56-78.
- Feuerstein, R., Naegelé, B., Pépin, J., & Lévy, P. (1997). Frontal lobe-related cognitive functions in patients with sleep apnea syndrome before and after treatment. *Acta Neurológica Bélgica*, 96-107.
- Feuerstein, R., Rand, Y., & Hoffman, M. B. (1980). *Instrumental Enrichment: an intervention program for cognitive modifiability*. Baltimore: University Park Press.
- Flores, G., Abreu, M., & Chaisson, C. E. (2003). Keeping children out of hospitals: Parents' and physicians' perspectives on how paediatric hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions can be avoided. *Pediatrics*, vol. 112, n°5, pp. 10. .

- Foro Mundial sobre Educación. (2016). *Iniciativa de educación* . Estados Unidos : UNICEF .
- Fuentes, S. (1992). *Teoría de la Modificabilidad Cognitiva Estructural. Programas PEI y LPAD de Dr. Feuerstein*. Santiago, Chile: Facultad de Educación Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Fundación Juan José Martínez. (2010). Ministerio de educación .
- Gadamer, H. (1991). *Verdad y Método* . Salamanca : Sígueme sígueme .
- Garanto, J. (2002). *La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*. Archidona: Aljibe.
- García, A. (2017). The role of pedagogy into hospital education in South Africa: an institutional and curricular study. *Tendencias Pedagógicas N°29*, PP. 169-188.
- García, P. (1993). *Una escuela comun para niños diferentes : la integración escolar*. Barcelona: PPU.
- García-Álvarez, A. (2013). La Educación Secundaria en la modalidad de la Educación Hospitalaria: España y Argentina. *Revista Latinoamericana de Educación Comparada* , 114-116.
- García-Álvarez, A. (2014). La educación hospitalaria en Argentina: entre la supervivencia y compromiso social . *Revista Foro de Educación*, vol. 12, núm. 16, enero-junio, pp. 123-139.
- García-Pérez, J. (23 de Septiembre de 2015). *Las aulas hospitalarias en el camino de la mejora y la innovación*. Obtenido de INED21: <https://ined21.com/las-aulas-hospitalarias-en-el-camino-de-la-mejora-y-la-innovacion/>
- Gardner, H. . (1985). *Inteligencias múltiples. La teoría en la práctica*. Barcelona: Paidós. 309 p.
- Gee, J. P. (2003). *What video games have to teach us about learning and literacy*. Nueva York: Ed. Palgrave/Macmillan.
- Gobierno de México y Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México. (1 de Junio de 2017). *Objetivos y Antecedentes del Programa Pedagogía Hospitalaria*. Obtenido de <https://www.gob.mx/aefcm/documentos/objetivos-y-antecedentes-del-programa-pedagogia-hospitalaria>
- Gonzales, J., & Polaino, A. (1990). *Pedagogía Hospitalaria*. Narcea: Madrid.

- Grau, C. (2001). *Las necesidades educativas especiales de los niños con enfermedades crónicas y de larga duración*. En C. Grau y M^a.C. Ortiz. *La Pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*. Archidona:: Aljibe, 57-129. ISBN: 84-95212-96-X.
- Grau, C. (2001). *Las necesidades educativas especiales derivadas de enfermedades crónicas y de larga duración* . España : Universidad de Valencia.
- Grau, R., & Ortiz, G. (2001). *La pedagogía hospitalaria en el marco de una*. España : Aljibe.
- Grynspar, R. (2001). *Efecto de Programa de Enriquecimiento Instrumental sobre las estrategias de comunicación verbal en el departamento de enfermería en el Hospital de Niños*. San José, Costa Rica: Universidad de La Salle.
- Guillén, M., & Mejía, A. (2002). *Actuaciones educativas en aulas hospitalarias. Atención escolar a niños enfermos* . Madrid : Narcea .
- Gutierrez, P., & Muñoz, V. (2013). *Estrategias de intervención didáctica en el contexto de Aulas Hospitalarias* . Madrid : UNED .
- Haller, Talbert, & Dombro. (1978). *El niño hospitalizado y su familia*. Buenos Aires : El ateneo .
- Haywood, M. (1992). Effective Training: Toward a Strategic Approach . *SAGE Journals*, 92-105.
- Hernández, E., & Rabadán, J. (2013). La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. . *Perspectiva educacional* , 167-181.
- Hernández, I. (2012). Investigación cualitativa: una metodología en marcha sobre el hecho social. *Revista Rastros Rostros*, 57-68.
- Hernández, R., Fernández, C., & Batista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* . México: Mc Graw hill .
- Hobbs, N. (1980). Feuerstein's instrumental Enrichment; teaching intelligence to adolescents. *Educational Leadership*, Vol. 37 (7)., pp. 566-568.
- Hopia, H., Tomlinson, P. S., & Paavilainen, E. (2005). Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health.doi: 10.1111/j.1365-2702.2004. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 14, n° 2., pp. 212-222.
- Howard County Public School System. (2019). *Home and Hospital*. Obtenido de <https://www.hcpss.org/home-hospital-teaching/>

- Hurtado, J. (2012). *El proyecto de investigación* . México : Sypal .
- INEC. (Octubre de 2012). *Hábitos de lectura en Ecuador*. Obtenido de Ecuadorencifras:
<http://www.celibro.org.ec/web/img/cms/ESTUDIO%20HABITOS%20DE%20LECTURA%20INEC.pdf>
- Instituto Nacional de Evaluación Educativa, OECD, & Ministerio de Educación. (2018). *Educación en Ecuador: Resultados de PISA para el Desarrollo*. Quito: INEVAL. Recuperado de: http://www.evaluacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/12/CIE_InformeGeneralPISA18_20181123.pdf.
- Jackson, Y., & Feuerstein, R. (2011). *The pedagogy of confidence*. New York: Teachers College Press.
- Kassam, & Hall. (1988). Participatory. *Research International Encyclopedia of education*, 25-78.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *Cómo planificar la investigación-acción*. Barcelona : LAERTES .
- Kinnear, C., & Taylor, R. (1998). *Investigación de Mercados* . México : Mc GrawHill.
- Kuhn, T. (1989). *Que son las revoluciones científicas* . Barcelona : Universidad de Barcelona .
- Laco, L., Natale, L., & Ávila , M. (2006). *La lectura y la escritura en la formación académica, docente y profesional* . Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento .
- Lakin, M. (1990). *Declaración Mundial sobre Educación para Todos*. Jomtein.
- Lam, W., & Chang, A. M. (2006). Parents' experiences of participation in the care of hospitalised children: A qualitative study. . *International Journal of Nursing Studies*, vol. 43, n° 5, Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu>., pp. 535-545,.
- LEY ORGANICA DE SALUD. (2012). *Ley Organica De Salud-Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006-Ultima modificación: 24-ene.-2012*. Quito: CN-AN. Recuperado de: https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf.
- Lizasoáin, O. (2000). *Educando al niño enfermo. Perspectivas de la Pedagogía Hospitalaria*. Pamplona: Eunate.

- Lizasoáin, O., & Polaino, A. (1996). La Pedagogía Hospitalaria como un concepto unívoco e innovador. *Revista Comunidad Educativa*, 14-16.
- LLECE, & OREALC/ UNESCO. (2013). *Tercer Estudio Regional Comparativo y Explicativo (TERCE)*. Recuperado de: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/TERCE-Chile-Atilio-Pizarro.pdf>. Santiago de Chile: OREALC/ UNESCO Santiago .
- Llorens- Esteve, R. (2015). *La comprensión lectora en Educación Primaria: importancia e influencia en los resultados académicos*. Castellón de la Plana: Universidad Internacional de La Rioja- Facultad de Educación. Recuperado de: <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3411/LLORENS%20ESTEVE%2C%20RUBEN.pdf?sequence=1>.
- LOEI. (2011). *Ley Orgánica De Educación Intercultural*. Quito: Segundo Suplemento -- Registro Oficial N° 417 -- Jueves 31 de Marzo del 2011 -.
- Mairena-Zeledon , L., & Vanegas-Rodriguez, L. (2017). *Educación inclusiva en atención a la diversidad del Programa de Educación Especial (Aula-Hospitalaria), del Ministerio de Educación (MINED), para la asistencia de niñas y niños ingresados en el Hospital Escuela Cesar Amador Molina (HECAM), Matagalpa*. Matagalpa, Nicaragua: FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE MATAGALPA .
- Martínez, M. (2002). *Estrategias de lectura y escritura de textos: Perspectivas teóricas y talleres*. Cali-Colombia: Cátedra UNESCO-MECEAL.
- Ministerio de Cultura y Patrimonio, IFAIC, & Ministerio de Educación. (2017). *Plan Nacional de Lectura José de la Cuadra*. Quito: Ministerio de Cultura y Patrimonio de la República del Ecuador. Recuperado de: https://cerlalc.org/wp-content/uploads/2018/09/42_Plan_Nacional_Lectura_Ecuador-1.pdf.
- Ministerio de Educación . (2016). *Currículo 2016*. Obtenido de Currículo: <https://educacion.gob.ec/curriculo/>
- Ministerio de educación . (2016). *Modelo nacional de gestión de atención educativa hospitalaria y domiciliaria*. Ecuador : Ministerio de Educación .
- Ministerio de Educación. (2016). *Introducción - Lengua y Literatura*. Quito: En Línea: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/03/0-LL.pdf>.
- Ministerio de Educación. (22 de 06 de 2017). *Aula Hospitalaria*. Obtenido de <https://slideplayer.es/slide/12366806/>

- Ministerio de Educación. (2018). *Acuerdo Nro. MINEDUC-MINEDUC-2018-00089-A*. Quito: Ministerio de Educación. Recuperado de: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/09/MINEDUC-MINEDUC-2018-00089-A.pdf>.
- Ministerio de Educación b. (2016). *Educación General Básica Elemental - Lengua y Literatura*. Quito: En Línea: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/03/2-LL.pdf>.
- Ministerio de Educación C. (2016). *Educación General Básica Media - Lengua y Literatura*. Quito: En Línea: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/03/3-LL.pdf>.
- Ministerio de Educación D. (2016). *Educación General Básica Superior-Lengua y Literatura*. Quito.: En Línea: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/03/4-LL.pdf>.
- Ministerio de Educación, & Ministerio de Salud Pública. (2016). *Modelo nacional de gestión y atención educativa hospitalaria y domiciliaria*. Quito: RD SOLUCIONES GRAFICAS.
- Ministerio de salud pública . (2016). *Registro oficial* . Ecuador : Lexis .
- Molina, M. Y. (2001). *Modelos de intervención asistencial, socioeducativo y terapéutico en trabajo social*. San José, Costa Rica: : EUCR.
- Myers, D. (2005). *Psicología*. Buenos Aires: Medica Panamericana. 980 p.
- Nickerson, R., Perkins, D., & Smith, E. (1990). *Enseñar a pensar: Aspectos de la aptitud intelectual*. Barcelona: Paidós.
- Nisselle, A., Hanns, S., Green, J., & Jones, T. (2012). Accessing flexible learning opportunities: patients' use of laptops in a pediatric hospital. *Technology, Pedagogy & Education*, 2-30.
- Noguez-Casados, S. (2002). The Development of the Potential of Learning An Interview with Reuven Feuerstein. *Revista Electrónica de Investigación Educativa* Vol. 4, No. 2, En línea: <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/67/1383>.
- Nottingham City Council. (2019). *Hospital and Home Education Learning Centre (HHELC)*. Obtenido de <http://www.eduserve.co.uk/additional-needs/hospital-and-home-education-learning-centre-hhelc/>
- OCDE. (18 de 05 de 2005). *Proyecto DESECO: La definición y selección de competencias clave*. Obtenido de Resumen ejecutivo:

<http://www.deseco.admin.ch/bfs/desecco/en/index/03/02.parsys.78532.downloadList.94248.DownloadFile.tmp/2005.dsccexecutivesummary.sp.pdf> .

- Ochoa, B., & Lizasoáin, R. (2003). *Intervención psicopedagógica en el desajuste del niño enfermo crónico hospitalizado*. Pamplona: EUNSA.
- Orrú, S. (2000). *Re-inventar la inclusión* . Brasil : IPUFU .
- Ortiz. (1994). Pedagogía Hospitalaria. *Revista Siglo Cero* , 41-45.
- OREALC/UNESCO . (2015). *Informe de resultados - Resumen ejecutivo - TERCE*. Santiago de Chile: UNESDOC-Biblioteca Digital. Recuperado de: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000243983>.
- Otzen , T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1), pp. 227-232.
- Palomares-Ruiz, A., Sánchez-Navalón, B., & Garrote-Rojas, D. (2016). Educación inclusiva en contextos inéditos: La implementación de la Pedagogía Hospitalaria. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (2). , pp. 1507-1522.
- Parada, A., & Avendaño, W. (2013). Ambitos de aplicación de la teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva de Reuven Feuerstein. *Scielo* , 15-29.
- Piaget, J. (1980). *Psicología y pedagogía*. . Barcelona: Editorial Ariel.
- Piaget, J. (2005). *The Psychology Of Intelligence*. Estados Unidos .
- Piovani, J., & Krawczyk, N. (2017). Los Estudios Comparativos: algunas notas históricas, epistemológicas y metodológicas. *Educação & Realidade*, vol. 42, núm. 3, En Línea: DOI: 10.1590/2175-623667609.
- PISA . (2015). *Marco de evaluación y análisis PISA para el desarrollo* . París: OCDE .
- Plan Nacional del buen Vivir . (2017). *Objetivos estratégicos* . Ecuador : CPN.
- Polaino, A., & Lizasoain, O. (1990). *La Pedagogía hospitalaria desde la perspectiva médica*. Madrid: Narcea.
- Power, N. Y. (2008). Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04643.x . *Journal of Advanced Nursing*, vol. 62, n° 6., pp. 622-641,.
- Prieto, S. . (1989). *La Modificabilidad Estructural Cognitiva y el Programa de Enriquecimiento Instrumental de R. Feuerstein*. Madrid, España: Ed. Bruño.

- Programa Arce . (12 de 05 de 2011). *Aulas hospitalarias* . Obtenido de Marco Téorico : <http://www.aulashospitalarias.es/marco-teorico2/>
- Psico360. (2017). *La importancia de la lectura en el desarrollo cognitivo en niños*. Obtenido de <https://psico360.com/importancialecturadesarrollocognitivo/>
- Puente, A. P. (1989). *Psicología cognoscitiva: desarrollo y perspectivas*.. Caracas: McGraw-Hill.
- Quiñones , M., & Acosta, M. (2017). *Elementso del diseño cualitativo, en Introducción a la sociología cualitativa: Fundamentos epistemológicos y elementos de diseño y análisis. Mariela Quiñones, Marcos Supervielle y María Julia Acosta*. Montevideo, Uruguay: Unidad de Comunicación de la Universidad de la República-Ucur.
- Read, E. (1978). The education of the burned child in hospital. *Buns* , pp. 94-96.
- Reason, P. (1994). *Three Approaches to Participative Inquiry*. en Deninz .
- REDLACEH. (15 de Mayo de 2015). *Ley Marco Sobre El Derecho A La Educación De Los Niños, Niñas Y Jovenes Hospitalizados O En Situación De Enfermedad En America Latina Y El Caribe*. Obtenido de XXX Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano celebrada en mayo de 2015, en ciudad de Panamá.: <http://www.redlaceh.org/DocumentosWeb/idCarp-5--0549c22f3796ba5789c434a8b1e3f4ab.pdf>
- Ripol, A. (2001). *Familias, trabajo social y mediación*. España: Paidós Ibérica.
- Riquelme, S. (2013). *Modelo de intervención educativo y administrativa en el ámbito hospitalario* . Barcelona : Universitat de Baracelona .
- Rives, M. (11 de Febrero de 2019). *Proyecto de aula hospitalaria a su disposición*. Obtenido de <http://imaxinante.com/proyecto-de-aula-hospitalaria-a-su-disposicion/>
- Rodríguez, A., Briones, N., Cedeño, R., & Ponce, C. (2019). La enseñanza de la lectura en el currículo de la carrera de educación básica. *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo (septiembre)*, En Línea: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/09/ensenanza-lectura-educacion.html>.
- Romero, K., & Alonso, L. (2007). Un modelo de práctica pedagógica para las aulas hospitalarias: el caso del Hospital Universitario de Los Andes. *Revista de Pedagogía*, 407-411.
- Sánchez, E. (2011). *La comprension Lectora* . España .

- Sasson, D. (2000). *Primer congreso Latinoamericano de Aprendizaje Mediado*. . Buenos Aires, Argentina.: Universidad de La Salle. Buenos Aires, Argentina.
- Satir, V. (1990). *En contacto íntimo, cómo relacionarse con uno mismo y con los demás*. México, D.F.: Ed. : Concepto.
- SEP . (12 de 06 de 2011). *Habilidades y conocimiento* . Obtenido de http://www.sems.gob.mx/en_mx/sems/2009
- Serradas, M. (2003). La pedagogía Hospitalaria y el niño enfermo: un aspecto más en la intervención socio-familiar”, . *Revista de pedagogía*, 450-458.
- Serradas-Fonseca, M. (2017). El abordaje de la pedagogía hospitalaria en el contexto venezolano. *Ediciones Universidad de Salamanca, Revista Aula*, 23. , pp. 121-134.
- SIPI. (2013). *Sistema de Información sobre la primera infancia en América Latina* . Obtenido de Acuerdo Ministerial N° 295 (2013): <http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/normativas/1020/acuerdo-ministerial-no-2952013-expide-la-normativa-referente-la-atencion-los>
- SIPI. (2013). *Sistema de Información sobre la primera infancia en América Latina* . Obtenido de Acuerdo Ministerial N° 295 (2013):: <http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/normativas/1020/acuerdo-ministerial-no-2952013-expide-la-normativa-referente-la-atenci>, SIPI. .
- Skjong, R., & Wentworth, B. (2000). *Expert Judgement and risk perception*. Obtenido de <http://research.dnv.com/skj/Papers/SkjWen.pdf>
- Solé, I. (2012). Competencia lectora y aprendizaje. *Revista Iberoamericana de educación*, 43-61.
- Stabback, P. (2016). *Qué hace a un currículo de calidad*. En Línea: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000243975_spa: UNESCO. Biblioteca Digital.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación*. Antioquia : Universidad de Antioquia .
- Suazo, S. (2006). *Inteligencias Múltiples: Manual práctico para el nivel elemental*.. San Juan: Universidad de Puerto Rico. 304 p.
- Subsecretaria de Educación Media Superior . (22 de 08 de 2009). *Proceso de lectura* . Obtenido de http://www.sems.gob.mx/en_mx/sems/2009

- Swallow, V. M. (2001). Mothers' evolving relationships with doctors and nurses during the chronic childhood illness trajectory. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 36, n° 6. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.02041.x, pp. 755-764.
- Tan, O. (2003). Mediated learning and pedagogy: Applications of Feuerstein's theory in twenty-first century education. *REACT*, Vol. 22, No. 1, June. Nanyang Technological University & National Institute of Education. <https://repository.nie.edu.sg/bitstream/10497/3866/1/REACT-2003-1-53.pdf>, pp. 53-63.
- Troya, I., Lalama, A., Pacheco, M., & Yépez, M. (2018). *Los retos de la docencia, frente a la educación inclusiva en el Ecuador*. Ecuador : Espirales .
- UNESCO . (2005). *Guidelines for inclusión: Ensuring Access to Education for All*. París : UNESCO .
- UNESCO . (2008). *Inclusión Educativa: El Camino del Futuro . 48ª reunión de la Conferencia Internacional de Educación (CIE 2008)* (págs. 1-16). Quito : UNESCO .
- UNICEF. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Madrid: En línea: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>.
- UNICEF. (2009). *Educación para todos*.
- Vacchieri, A. (2013). *Las políticas TIC en los sistemas educativos de América Latina: CASO ARGENTINA*. Argentina : Unicef .
- Velarde, E. (2008). La Teoría de Modificabilidad Estructural Cognitiva de Reuven Feuerstein. *Investigación Educativa*, vol. 12 N.º 22, Julio-Diciembre, pp. 203 - 221.
- Violant, V., Molina, M., & Pastor, C. (2011). *Pedagogía Hospitalaria. Bases para la atención integral*. . Barcelona: Laertes.
- Vygotsky, L. S. (1985). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: Pléyade. 429 p.
- Zapata, C. (2012). *Pedagogía Hospitalaria: Una oportunidad para el encuentro con el Ser humano*. España .

ANEXOS

ANEXO 1.

CUESTIONARIO SOBRE PRÁCTICAS PEDAGÓGICAS PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS LECTORAS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EDUCATIVA HOSPITALARIA Y DOMICILIARIA

Objetivo 1

1.- Diagnosticar la situación actual referida con respecto a las prácticas pedagógicas presentes en el contexto hospitalario para el desarrollo de competencias lectoras en los pacientes de larga estancia que se encuentran en el Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria de la ciudad de Quito.

Introducción: En el marco de la investigación doctoral, se considera importante conocer sus prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras de los estudiantes que reciben atención educativa en el Programa. Por lo tanto, su información será relevante en este proceso para fortalecer sus competencias.

La información que usted reporte es totalmente confidencial, garantizando el anonimato de sus respuestas.

Instrucciones:

Lea atentamente cada enunciado, marque en la línea de 0 a 10 puntos con una raya vertical lo que más se ajusta numéricamente a su opinión personal. Donde 0 puntos representa nunca de acuerdo o nada y 10 es siempre de acuerdo o completamente.

Si desea modificar, tendrá que hacer un círculo sobre la respuesta que quiera cambiar, y otra raya para la nueva respuesta.

DATOS GENERALES

Nombre del establecimiento de salud donde funciona el Programa:

Ubicación: Ciudad _____ Distrito _____

Tipo de establecimiento: Red de salud pública _____ Red de salud privada _____

Caracterización del docente: Permanente _____ Itinerante de Lengua y Literatura _____

Fecha: _____

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ | 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ | 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ | 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ | 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? <i>(Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)</i>	0 | _____ | 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ | 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | 10

ANEXO 2. GRUPO FOCAL

GRUPOS DE DISCUSIÓN EN LAS AULAS HOSPITALARIAS DE LA CIUDAD DE QUITO

Objetivo3.- Identificar los factores que favorecen y limitan el desarrollo de competencias lectoras en los estudiantes del Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria de la ciudad de Quito.

ORGANIZACIÓN DEL GRUPO FOCAL

Al utilizar el grupo focal como técnica de recogida de datos, se presenta un grado de estructuración metodológico tentativo a ser tomado en cuenta al inicio de la investigación para recogida de datos, para esto constará de la siguiente estructura:

- 1.- Cantidad de personas.** - Se contará con la presencia de 6 personas pertenecientes al Programa de atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, de los hospitales de Baca Ortiz, Solca y Hospital Militar 14 personas
- 2.- Moderador.** – Mtr. Dinora Hidalgo
- 3.- Fecha:** primera semana de marzo (4 de marzo)
- 4.- Cronograma de actividades.** -

HORA DE INICIO	SECUENCIA DE ACTIVIDADES	DE	RECURSOS	RESPONSABLES DE LA ORGANIZACIÓN Y EJECUCIÓN	TIEMPO ESTIMADO
11h00-11h05	Saludo y bienvenida Presentación de los participantes.	los	Cartulinas para nombres de las personas participantes. Marcador	Moderador	5 minutos
11h05-11h10	Introducción Pautas a seguir Orden de la palabra Organización		Guión establecido Mesa redonda Sillas para cada participante	Moderador	5 minutos
11h10-11h15	Apertura de la discusión Planteamiento de la temática		Guía de entrevista	Moderador Docentes hospitalarias	5 minutos
11h15-12h00	Dirección de la discusión		Guión del moderador Libreta de notas	Moderador	45 minutos
5 minutos por participante	Control del tiempo De las intervenciones Concede la palabra		Cronómetro Reloj	Moderador	30 minutos
	Cierre				

12h30-12h35	Consensos a los que se llegó Agradecimiento a los participantes.	Actas	Moderador	5 minutos
12h35-13h35	Elaboración de informe Con detalles fundamentales De forma inmediata.	Apuntes Ordenador Impresora Internet	Moderador	1 hora
TOTAL				2H35

Fuente: Tomado de Hurtado Jacqueline, (2012).

GUÍA DE ENTREVISTA. GRUPO FOCAL

Tema: Buenas prácticas pedagógicas desde la Teoría de Modificabilidad Cognitiva Estructural.

1. ¿Considera que es necesario contar con un formato de planificación didáctica? Si cree necesario, ¿Cuáles serían las ventajas?

- 2.- ¿Cuál de las metodologías planteadas en el Modelo de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, aplica en su práctica pedagógica para el desarrollo de competencias lectoras?
 - (lúdica
 - personalizada,
 - flexible,
 - innovadora,
 - multinivel)

- 3.- En caso de que aplique actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura, mencione una que considere que ha sido eficaz.

- 4.- ¿Considera importante activar los conocimientos previos en los estudiantes antes de iniciar la lectura?, ¿Por qué?

- 5.- ¿Identifica en sus estudiantes los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje de los estudiantes?, ¿Cree importante planificar sus actividades a partir de los ritmos y estilos de aprendizaje?

- 6.- Si aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión en los estudiantes, mencione una de ellas que ha sido eficaz.

- 7.-¿Cuenta con herramientas para evaluar las competencias lectoras? (Por ejemplo: test, pruebas informales). ¿Considera necesarias? ¿Por qué?

8.- ¿Considera que los resultados de la autoevaluación por parte de los estudiantes, le permitiría conocer cómo está su rol como docente mediador? ¿Por qué?

9.- ¿Cuáles son los factores externos que favorecen o limitan el desarrollo de competencias lectoras en los estudiantes atendidos en el Programa?

Nº	FACTORES	LIMITA N	FAVOREC E
1	Tiempo de permanencia de los estudiantes en el establecimiento de salud		
2	Coordinación con la institución educativa de origen		
3	Efectos del tratamiento o situación de enfermedad / hospitalización		
4	Asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa		
5	Espacio (infraestructura) en donde se brinda la atención educativa		
6	Recursos didácticos limitados		
7	Número de estudiantes atendidos simultáneamente		
8	Nº de docentes para atender a los estudiantes		
9	Otro: _____		
10	Otro: _____		

10.-¿Considera que es necesario contar con orientaciones para mejorar sus prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras?, ¿Por qué?

Instrumentos de Registro. -

Se emplearán para la reunión del grupo focal los siguientes instrumentos:

- 1 libreta de notas donde se registrará los aspectos relevantes de la información recibida.
- 1 Grabadora de voz.

Duración de la reunión. -

El tiempo empleado en el desarrollo del grupo focal una hora con 30 minutos.

Logística. -

La investigadora gestionará para contar con un espacio (aula hospitalaria de consulta externa) libre de ruidos y de interrupciones destinado al grupo focal.

Se hará uso de una mesa y 9 sillas (tomando en cuenta al escribano, moderador, investigadora y seis docentes hospitalarios), que estarán distribuidas en forma de herradura para que cada participante pueda mirarse mientras hablan y no exista ningún tipo de orden o jerarquía (Hurtado, 2012).

Antes de iniciar la sesión la investigadora proporcionará los nombres realizados en cartulina a cada participante, solicitando que se coloque al lado derecho del pecho.

La moderadora tendrá listo el guión para llevar a cabo el grupo focal.

El refrigerio será proporcionado una vez terminado la sesión (sánduches y jugo natural)

GUIÓN DEL MODERADOR

Grupo:

Fecha: 04 de marzo de 2019

Saludo y Bienvenida

Buenos días les doy la más cordial bienvenida a este grupo focal.

Agradecimiento a los participantes por su presencia.

Agradezco su presencia pues la información recibida será de gran aporte en la investigación que se está realizando.

Presentación del moderador

Mi nombre es Dinora Hidalgo soy de profesión Antropóloga de formación, y seré la moderadora en esta sesión

Introducción

Los objetivos de esta reunión es el poder conocer las percepciones que ustedes tengan acerca de las buenas prácticas pedagógicas llevadas a cabo por los docentes que pertenecen al Programa de aulas hospitalarias.

Los participantes de este grupo fueron seleccionados bajo los siguientes parámetros:

- Años de servicio en el área

- Que sean docentes hospitalarios
- Experiencia adquirida (de 5 a 7 años)
- Género (femenino y masculino) preguntar a Dinora
- Conocimiento sobre el tema
- Capacidad de colaboración

Durante la sesión se utilizarán instrumentos como un cuaderno de notas que estará a cargo de la Mtr. Tamara Espinosa y una grabadora de voz para recoger la información vertida.

Descripción de la dinámica de la sesión

De acuerdo a Hurtado, Jacqueline (2012), el moderador indicará al grupo la metodología de trabajo considerando los siguientes aspectos:

- Tiempo que durará la sesión (1 hora con 30 minutos)
- Tiempo de cierre de la sesión (12h30).
- El tiempo con el que cuenta cada participante en su intervención (5 minutos)
- Establecimiento de normas fijadas para la sesión
- Se remarcará sobre la confidencialidad y discreción de los participantes.
- Se garantizará el anonimato al momento de sistematizar la información
- Lo necesario de estar centrado en el tema.
- Los participantes emitirán opiniones y no experiencias personales
- Enfatizar en la importancia de la participación abierta y sincera de cada persona del grupo focal.
- Solo la persona que tiene la palabra podrá hablar, señalando en la necesidad de respetar el orden de la palabra.

Presentación de los participantes

Cada participante deberá indicar el nombre, profesión y lo que hacen.

Desarrollo de la actividad

De acuerdo a la guía de entrevista

Cierre de la sesión

Resumen final

Agradecimiento a los participantes

Despedida

ANEXO 3

GUÍA DE OBSERVACIÓN

OBJETIVO ESPECÍFICO 1

- Identificar los factores que favorecen y limitan el desarrollo de competencias lectoras en los estudiantes del Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria de la ciudad de Quito

Inicio del período de observación: 11 de marzo de 2019

Período: tres semanas del mes

Hora de la observación: Una hora los días martes, miércoles y jueves de 9:00-10:00

Frecuencia: tres días a la semana (sujeto al horario de los docentes hospitalarios)

Condiciones en las que se realiza la observación: al momento que los docentes ejerciendo el área académica, en hospitalización.

Posición espacial del observador: en un extremo de la habitación.

GUÍA DE OBSERVACIÓN

1.- Caso observado.-

- Prácticas pedagógicas

2.- Lugar.- Hospitales que cuentan con el Programa de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria Área de hospitalización.

3.- Hora de inicio.- 9:00 de la mañana

4.- Hora de cierre: 10:00 de la mañana

5.- Observador.- Betty Procel (investigador)

6.- Fecha de observación y hospital

- 12,13,14 marzo 2019 En Hospital Militar
- 19,20,21 marzo 2019 Hospital Julio Endara

7.- Episodio (Componentes)

- Introducción a la sesión de clase Componente 1.- planificación
- Técnica aplicada durante la clase Componente 2.- Diseño didáctico
- Materiales utilizados durante la clase Componente 3.- Aplicación
- Evaluaciones realizadas Componente 4.- Evaluación
- Cierre de la sesión
- Notas adicionales del observador (Hernández, 2012)

GUÍA DE OBSERVACIÓN

A.- INFORMACION GENERAL

NOMBRE DEL OBSERVADOR: _____

FECHA: _____ HORA: _____ DURACION: _____

NOMBRE DEL DOCENTE: _____

B.- INFORMACION ESPECIFICA

ATENCION EDUCATIVA TRABAJO AUTONOMO DOCENTES
PERMANENTE ITINERANTE

C.- METODOLOGIA

LUDICA ACTIVA PARTICIPATIVA

D.- GENERA DESARROLLO DE:

HABILIDADES SI NO

DESTREZAS SI NO

TIENE CONOCIMIENTOS DEL CONTENIDO SI NO

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE ADAPTACIONES SI NO

RELACION DOCENTE - ALUMNO MUY BUENO BUENO REGULAR

E.- RECURSOS Y MATERIALES

ADECUADO NO ADECUADO

ANEXO 4

RESULTADOS PROLEC-R

1

Iniciales nombres y apellidos CI

Edad 12 Curso 8vo

Sexo V

RESUMEN DE PUNTUACIONES

ÍNDICES PRINCIPALES								
ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	67	D	.	x	.	
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	58	N	.	.	x	Medio
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	115	N	.	.	x	Bajo
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	64	N	.	.	x	Bajo
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	16	N	.	.	x	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	17	DD	x	.	.	Severa
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	16	N	.	.	x	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	16	N	.	.	x	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	8	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN								
ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	20	N	.	.	.	x
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	18	¿?	.	.	x	.
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	38	D	.	x	.	.
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	37	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	11	N	.	.	.	x

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	30	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	31	R	.	.	.	x	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	33	N	.	.	x	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	58	N	.	.	x	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	63	ML	x	.	.	.	.

2

Iniciales nombres y apellidos

LB

Edad

12 Curso

9no

Sexo M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	65	D	.	x	.	Medio
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	53	N	.	.	x	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	106	D	.	x	.	
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	60	D	.	x	.	
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	16	N	.	.	x	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	20	D	.	x	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	15	D	.	x	.	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	16	N	.	.	x	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	8	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	20	N	.	.	.	x
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	18	¿?	.	.	x	.
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	37	DD	x	.	.	.
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	36	¿?	.	.	x	.
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	11	N	.	.	.	x

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	31	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	34	N	.	.	x	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	35	N	.	.	x	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	60	L	.	x	.	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	55	ML	x	.	.	.	.

Iniciales nombres y apellidos

MC

Edad

10 Curso

6to

Sexo

M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA							
			PD	DD	D	N								
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	69	D	.	x	.	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Alto</td></tr> <tr><td>Medio</td></tr> <tr><td>Medio</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Bajo</td></tr> </table>		Alto	Medio	Medio		Bajo
Alto														
Medio														
Medio														
Bajo														
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	74	N	.	.	x							
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	133	N	.	.	x							
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	71	N	.	.	x							
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	16	N	.	.	x							
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	20	N	.	.	x							
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	16	N	.	.	x							
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	16	N	.	.	x							
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	8	N	.	.	x							

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	20	N	.	.	.	x
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	20	N	.	.	.	x
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	40	N	.	.	.	x
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	39	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	11	N	.	.	.	x

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	29	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	27	R	.	.	.	x	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	30	N	.	.	x	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	55	N	.	.	x	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	55	L	.	x	.	.	.

Iniciales nombres y apellidos

SR

Edad

11 Curso

8vo

Sexo

F

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	71	D	.	x	.	Medio
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	57	N	.	.	x	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	116	N	.	.	x	Bajo
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	60	D	.	x	.	
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	16	N	.	.	x	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	19	D	.	x	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	16	N	.	.	x	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	16	N	.	.	x	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	8	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	20	N	.	.	.	x
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	17	¿?	.	.	x	.
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	36	DD	x	.	.	.
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	36	¿?	.	.	x	.
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	11	N	.	.	.	x

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	28	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	30	R	.	.	.	x	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	31	N	.	.	x	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	60	L	.	x	.	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	57	ML	x	.	.	.	.

Iniciales nombres y apellidos

SM

Edad

11 Curso

7mo

Sexo

M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	33	DD	x	.	.	Bajo
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	29	D	.	x	.	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	76	D	.	x	.	
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	62	N	.	.	x	
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	16	N	.	.	x	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	18	D	.	x	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	15	D	.	x	.	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	16	N	.	.	x	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	8	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	20	N	.	.	.	x
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	20	N	.	.	.	x
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	38	D	.	x	.	.
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	37	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	11	N	.	.	.	x

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	60	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	70	L	.	x	.	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	50	ML	x	.	.	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	60	L	.	x	.	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	62	ML	x	.	.	.	.

Iniciales nombres y apellidos

CF

Edad

12 Curso

8vo

Sexo M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	63	D	.	x	.	Bajo
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	34	N	.	.	x	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	82	D	.	x	.	
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	44	D	.	x	.	
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	7	DD	x	.	.	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	16	DD	x	.	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	16	N	.	.	x	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	16	N	.	.	x	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	8	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	19	¿?	.	.	x	.
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	20	N	.	.	.	x
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	40	N	.	.	.	x
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	37	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	9	¿?	.	.	x	.

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	30	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	58	N	.	.	x	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	49	ML	x	.	.	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	85	ML	x	.	.	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	58	ML	x	.	.	.	.

Iniciales nombres y apellidos

MR

Edad

12 Curso

8vo

Sexo M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	34	DD	x	.	.	Alto
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	34	N	.	.	x	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	100	D	.	x	.	
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	98	N	.	.	x	
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	12	D	.	x	.	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	16	DD	x	.	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	10	DD	x	.	.	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	12	N	.	.	x	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	4	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	20	N	.	.	.	x
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	20	N	.	.	.	x
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	30	DD	x	.	.	.
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	39	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	10	N	.	.	.	x

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	58	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	59	N	.	.	x	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	30	N	.	.	x	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	40	N	.	.	x	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	62	ML	x	.	.	.	.

Iniciales nombres y apellidos

RV

Edad

12 Curso

8VO

Sexo M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	17	DD	x	.	.	Medio
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	36	N	.	.	x	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	139	N	.	.	x		Medio
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	105	N	.	.	x	Medio
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	11	D	.	x	.	Alto
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	37	N	.	.	x	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	16	N	.	.	x	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	10	D	.	x	.	Alto
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	2	D	.	x	.	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	11	DD	x	.	.	.
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	20	N	.	.	.	x
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	39	¿?	.	.	x	.
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	40	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	11	N	.	.	.	x

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	64	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	56	N	.	.	x	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	28	N	.	.	x	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	38	N	.	.	x	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	30	R	.	.	.	x	.

Iniciales nombres y apellidos

PC

Edad

12 Curso

8VO

Sexo M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	42	DD	x	.	.	Bajo
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	33	N	.	.	x	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	100	D	.	x	.	
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	55	D	.	x	.	
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS (EG)	9	DD	x	.	.	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	10	DD	x	.	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	12	DD	x	.	.	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	4	DD	x	.	.	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	0	DD	x	.	.	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	20	N	.	.	.	x
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	17	¿?	.	.	x	.
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	39	¿?	.	.	x	.
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	35	¿?	.	.	x	.
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	5	DD	x	.	.	.

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	48	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	51	N	.	.	x	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	39	I	.	x	.	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	64	I	.	x	.	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	50	I	.	x	.	.	.

Iniciales nombres y apellidos

EM

Edad

8 Curso

3RO

Sexo M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	35	D	.	x	.	
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	30	N	.	.	x	Medio
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	64	N	.	.	x	Medio
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	25	D	.	x	.	
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	9	D	.	x	.	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	9	D	.	x	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	13	D	.	x	.	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	4	DD	x	.	.	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	2	D	.	x	.	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	14	DD	x	.	.	.
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	15	¿?	.	.	x	.
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	36	¿?	.	.	x	.
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	27	DD	x	.	.	.
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	5	DD	x	.	.	.

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	40	L	.	x	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	50	R	.	.	.	x	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	56	N	.	.	x	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	110	L	.	x	.	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	55	N	.	.	x	.	.

Iniciales nombres y apellidos

KG

Edad

9 Curso

5to

Sexo M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	36	dd	x	.	.	Medio
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	28	N	.	.	x	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	65	D	.	x	.	
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	36	D	.	x	.	
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	10	D	.	x	.	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	22	N	.	.	x	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	16	N	.	.	x	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	13	D	.	x	.	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	4	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	18	¿?	.	.	x	.
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	17	¿?	.	.	x	.
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	40	N	.	.	.	x
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	40	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	11	N	.	.	.	x

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	50	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	60	N	.	.	x	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	62	L	.	x	.	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	110	ML	x	.	.	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	49	N	.	.	x	.	.

12

Iniciales nombres y apellidos

RD

Edad

11 Curso

7MO

Sexo M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	54	DD	x	.	.	
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	25	D	.	x	.	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	139	N	.	.	x	Medio
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	108	N	.	.	x	Medio
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	13	N	.	.	x	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	23	N	.	.	x	Bajo
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	14	D	.	x	.	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	13	N	.	.	x	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	6	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	19	¿?	.	.	x	.
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	16	¿?	.	.	x	.
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	39	¿?	.	.	x	.
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	39	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	11	N	.	.	.	x

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	35	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	65	L	.	x	.	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	28	N	.	.	x	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	36	N	.	.	x	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	47	L	.	x	.	.	.

Iniciales nombres y apellidos

EP

Edad

8 Curso

4to

Sexo V

RESUMEN DE PUNTUACIONES

ÍNDICES PRINCIPALES				CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA
ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	34	D	.	x	.	
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	14	D	.	x	.	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	50	D	.	x	.	
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	58	N	.	.	x	Medio
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	7	DD	x	.	.	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	3	DD	x	.	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	12	DD	x	.	.	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	7	D	.	x	.	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	3	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN				CATEGORÍA			
ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	PD	DD	D	¿?	N
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	17	¿?	.	.	x
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	15	D	.	x	.
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	40	N	.	.	x
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	29	D	.	x	.
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	2	DD	x	.	.

ÍNDICES DE VELOCIDAD				CATEGORÍA				
ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	PD	ML	L	N	R	MR
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	50	ML	x	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	110	L	.	x	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	80	L	.	x	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	50	R	.	.	.	x
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	70	N	.	.	x	.

Iniciales nombres y apellidos

SA

Edad

8 Curso

4to

Sexo M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	24	DD	x	.	.	
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	16	D	.	x	.	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	28	DD	x	.	.	
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	18	DD	x	.	.	
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	10	D	.	x	.	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	3	DD	x	.	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	13	DD	x	.	.	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	7	D	.	x	.	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	4	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	19	N	.	.	.	x
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	14	DD	x	.	.	.
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	33	DD	x	.	.	.
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	31	¿?	.	.	x	.
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	2	DD	x	.	.	.

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	80	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	90	N	.	.	x	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	120	ML	x	.	.	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	170	ML	x	.	.	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	58	N	.	.	x	.	.

Iniciales nombres y apellidos

DD

Edad

13 Curso

9no

Sexo M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	45	DD	x	.	.	
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	28	D	.	x	.	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	87	D	.	x	.	
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	83	N	.	.	x	Medio
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	14	N	.	.	x	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	11	DD	x	.	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	16	N	.	.	x	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	13	N	.	.	x	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	4	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	19	¿?	.	.	x	.
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	19	N	.	.	.	x
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	39	¿?	.	.	x	.
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	38	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	6	DD	x	.	.	.

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	42	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	69	I	.	x	.	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	45	ML	x	.	.	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	46	N	.	.	x	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	57	ML	x	.	.	.	.

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	50	DD	x	.	.	
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	36	N	.	.	x	Medio
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	98	D	.	.	.	
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	61	N	.	.	x	Bajo
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	16	N	.	.	x	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	16	D	.	x	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	16	N	.	.	x	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	16	N	.	.	x	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	7	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	20	N	.	.	.	x
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	18	¿?	.	.	x	.
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	39	¿?	.	.	x	.
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	37	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	11	N	.	.	.	x

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	40	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	50	N	.	.	x	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	40	L	.	x	.	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	60	L	.	x	.	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	68	ML	x	.	.	.	.

Iniciales nombres y apellidos

VH

Edad

12 Curso

8VO

Sexo

M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	32	DD	x	.	.	
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	33	N	.	.	x	Bajo
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	133	N	.	.	x	Medio
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	105	N	.	.	x	Medio
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	6	DD	x	.	.	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	26	N	.	.	x	Medio
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	16	N	.	.	x	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	13	N	.	.	x	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	6	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	12	DD	x	.	.	.
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	13	DD	x	.	.	.
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	40	N	.	.	.	x
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	40	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	9	¿?	.	.	x	.

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	38	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	40	N	.	.	x	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	30	N	.	.	x	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	38	N	.	.	x	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	35	N	.	.	x	.	.

Iniciales nombres y apellidos

XR

Edad

9 Curso

5TO

Sexo

V

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	20	DD	x	.	.	Bajo
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	24	D	.	x	.	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	44	D	.	x	.	
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	32	D	.	x	.	
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	10	D	.	x	.	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	8	DD	x	.	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	15	D	.	x	.	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	9	D	.	x	.	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	5	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	12	DD	x	.	.	.
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	17	¿?	.	.	x	.
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	40	N	.	.	.	x
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	35	¿?	.	.	x	.
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	8	¿?	.	.	x	.

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	60	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	70	N	.	.	x	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	90	ML	x	.	.	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	110	ML	x	.	.	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	60	N	.	.	x	.	.

Iniciales nombres y apellidos

MP

Edad

11 Curso

7MO

Sexo M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	48	DD	x	.	.	
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	33	N	.	.	x	Bajo
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	109	D	.	x	.	Bajo
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	106	N	.	.	x	Medio
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	14	N	.	.	x	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	9	DD	x	.	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	15	D	.	x	.	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	12	N	.	.	x	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	7	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	20	N	.	.	.	x
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	15	D	.	x	.	.
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	38	D	.	x	.	.
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	37	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	6	DD	x	.	.	.

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	42	L	.	x	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	46	R	.	.	.	x	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	35	R	.	.	.	x	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	35	R	.	.	.	x	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	70	N	.	.	x	.	.

20

Iniciales nombres y apellidos

ST

Edad

11 Curso

7MO

Sexo M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	50	DD	x	.	.	Alto
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	67	N	.	.	x	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	67	DD	x	.	.	Bajo
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	62	N	.	.	x	
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS (EG)	14	N	.	.	x	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	15	DD	x	.	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	14	D	.	x	.	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	13	N	.	.	x	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	5	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	20	N	.	.	.	x
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	20	N	.	.	.	x
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	40	N	.	.	.	x
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	37	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	9	¿?	.	.	x	.

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	40	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	30	R	.	.	.	x	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	60	ML	x	.	.	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	60	L	.	x	.	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	60	ML	x	.	.	.	.

Iniciales nombres y apellidos

JS

Edad

8 Curso

4to

Sexo M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	28	DD	x	.	.	
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	17	D	.	x	.	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	100	D	.	x	.	
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	48	N	.	.	x	Medio
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	16	N	.	.	x	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	13	N	.	.	x	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	14	D	.	x	.	Bajo
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	9	D	.	x	.	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	4	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	17	¿?	.	.	x	.
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	15	D	.	x	.	.
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	40	N	.	.	.	x
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	29	D	.	x	.	.
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	10	N	.	.	.	x

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	60	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	90	N	.	.	x	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	40	L	.	x	.	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	29	MR	.	.	.	.	x
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	10	MR	.	.	.	.	x

Iniciales nombres y apellidos

MA

Edad

8 Curso

4TO

Sexo M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	18	DD	x	.	.	Medio
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	28	N	.	.	x	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	29	DD	x	.	.	Bajo
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	35	D	.	x	.	
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	11	D	.	x	.	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	5	DD	x	.	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	13	DD	x	.	.	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	10	N	.	.	x	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	4	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	14	DD	x	.	.	.
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	17	¿?	.	.	x	.
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	35	DD	x	.	.	.
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	35	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	2	DD	x	.	.	.

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	78	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	60	N	.	.	x	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	120	ML	x	.	.	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	100	L	.	x	.	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	40	R	.	.	.	x	.

Iniciales nombres y apellidos

SB

Edad

12 Curso

8vo

Sexo M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	38	DD	x	.	.	
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	31	N	.	.	x	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	93	D	.	x	.	
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	65	N	.	.	x	
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	9	DD	x	.	.	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	8	DD	x	.	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	12	DD	x	.	.	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	9	D	.	x	.	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	6	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	20	N	.	.	.	x
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	17	¿?	.	.	x	.
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	39	¿?	.	.	x	.
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	39	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	8	¿?	.	.	x	.

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	52	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	55	N	.	.	x	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	42	L	.	x	.	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	60	L	.	x	.	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	45	L	.	x	.	.	.

Iniciales nombres y apellidos

IV

Edad

10 Curso

6to

Sexo V

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	47	DD	x	.	.	
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	40	N	.	.	x	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	67	D	.	x	.	
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	50	D	.	x	.	
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS (EG)	16	N	.	.	x	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	17	D	.	x	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	16	N	.	.	x	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	16	N	.	.	x	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	4	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	20	N	.	.	.	x
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	20	N	.	.	.	x
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	40	N	.	.	.	x
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	40	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	8	¿?	.	.	x	.

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	43	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	50	N	.	.	x	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	60	ML	x	.	.	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	80	L	.	x	.	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	48	N	.	.	x	.	.

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	80	d	.	x	.	
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	77	N	.	.	x	Alto
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	95	N	.	.	x	Bajo
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	70	N	.	.	x	Medio
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	16	N	.	.	x	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	11	N	.	.	x	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	16	N	.	.	x	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	16	N	.	.	x	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	8	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	20	N	.	.	.	x
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	20	N	.	.	.	x
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	40	N	.	.	.	x
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	40	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	11	N	.	.	.	x

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	25	I	.	x	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	26	R	.	.	.	x	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	42	N	.	.	x	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	57	N	.	.	x	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	52	I	.	x	.	.	.

Iniciales nombres y apellidos

MCH

Edad

10 Curso

7MO

Sexo

V

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	57	DD	x	.	.	Medio
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	57	N	.	.	x	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	95	D	.	x	.	Bajo
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	63	N	.	.	x	
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS (EG)	13	N	.	.	x	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	13	DD	x	.	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	14	D	.	x	.	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	12	N	.	.	x	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	4	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	17	DD	x	.	.	.
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	20	N	.	.	.	x
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	38	DD	x	.	.	.
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	38	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	8	¿?	.	.	x	.

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	30	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	35	N	.	.	x	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	40	L	.	x	.	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	60	L	.	x	.	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	62	ML	x	.	.	.	.

Iniciales nombres y apellidos

AR

Edad

8 Curso

3RO

Sexo M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA		
			PD	DD	D	N			
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	39	D	.	x	.		
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	23	N	.	.	x		Medio
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	36	D	.	x	.		
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	29	D	.	x	.		
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	6	DD	x	.	.	Medio	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	12	N	.	.	x		
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	13	D	.	x	.		
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	13	N	.	.	x		
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	5	N	.	.	x		

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	19	N	.	.	.	x
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	16	¿?	.	.	x	.
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	40	N	.	.	.	x
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	35	N	.	.	.	x
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	6	¿?	.	.	x	.

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	49	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	70	N	.	.	x	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	110	ML	x	.	.	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	120	L	.	x	.	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	52	N	.	.	x	.	.

28

Iniciales nombres y apellidos

MF

Edad

12 Curso

8VO

Sexo

M

RESUMEN DE PUNTUACIONES**ÍNDICES PRINCIPALES**

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA				HABILIDAD LECTORA	
			PD	DD	D	N		
NL	Nombre de letras	(NL-P/NL-V)X100	43	DD	x	.	.	Bajo
ID	Igual - Diferente	(ID-P/ID-V)X100	31	N	.	.	x	
LP	Lectura de palabras	(LP-P/LP-V)X100	95	D	.	.	.	
LS	Lectura de pseudopalabras	(LS-P/LS-V)X100	58	D	.	x	.	
EG	Estructuras gramaticales	ACIERTOS(EG)	16	N	.	.	x	
SP	Signos de puntuación	(SP-P/LP-V)X100	15	DD	x	.	.	
CO	Comprensión de oraciones	ACIERTOS(CO)	16	N	.	.	x	
CT	Comprensión de textos	ACIERTOS(CT)	16	N	.	.	x	
CR	Comprensión oral	ACIERTOS(CR)	6	N	.	.	x	

ÍNDICES DE PRECISIÓN

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA					
			PD	DD	D	¿?	N	
NL-P	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-P)	20	N	.	.	.	x
ID-P	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-P)	17	¿?	.	.	x	.
LP-P	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-P)	40	N	.	.	.	x
LS-P	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-P)	35	¿?	.	.	x	.
SP-P	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-P)	8	¿?	.	.	x	.

ÍNDICES DE VELOCIDAD

ÍNDICE	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	CATEGORÍA						
			PD	ML	L	N	R	MR	
NL-V	Nombre de letras	ACIERTOS(NL-V)	47	ML	x	.	.	.	.
ID-V	Igual - Diferente	ACIERTOS(ID-V)	55	N	.	.	x	.	.
LP-V	Lectura de palabras	ACIERTOS(LP-V)	42	L	.	x	.	.	.
LS-V	Lectura de pseudopalabras	ACIERTOS(LS-V)	60	ML	x	.	.	.	.
SP-V	Signos de puntuación	ACIERTOS(SP-V)	55	ML	x	.	.	.	.

ANEXO 5. RESULTADOS INDIVIDUALES PRUEBA PROLEC-R

Nombre	Edad	Curso	Sexo	Fecha	NL	ID	LP	LS	EG	SP	CO	CT	CR	NL-P	ID-P	LP-P	LS-P	SP-P	NL-V	ID-V	LP-V	LS-V	SP-V
1 ISMAEL Caiza	12	8V		18/10/2019	67D	58N	115N	64N	16N	17DD	16N	16N	8N	20N	18¿?	38D	37N	11N	30ML	31R	33N	58N	63ML
2 Bianca Loachamin	12	9v		15/10/2019	65D	53N	106D	60D	16N	20DD	15D	16N	8N	20N	18¿?	37DD	36¿?	11N	31ML	34N	35N	60L	55ML
3 Mahol Coyago	10	6m		24/10/2019	69D	74N	133N	71N	16N	20N	16N	16N	8N	20N	20N	40N	39N	11N	29ML	27R	30N	55N	55L
4 Rosa Sanchez	11	8m		18/10/2019	71D	57N	116N	60D	16N	19D	16N	16N	8N	20N	17¿?	36DD	36¿?	11N	28ML	30R	31N	60L	57ML
5 Marlon Saez	11	7m		25/10/2019	33DD	29D	76D	62N	16N	18D	15D	16N	8N	20N	20N	38D	37N	11N	60ML	70L	50ML	60L	62ML
6 Camila Fuentes	12	8m		3/1/2020	63D	34N	82D	44D	7DD	16DD	16N	16N	8N	19¿?	20N	40N	37N	9¿?	30ML	58N	49ML	85ML	58ML
7 Valentina Reinoso	12	8m			34DD	34N	100D	98N	12DD	16DD	10DD	12N	4N	20N	20N	30DD	39N	10N	58ML	59N	30N	40N	62ML
8 Romina Villavicencio	12	8			17DD	36N	139N	105N	11DD	37N	16N	10D	2D	11DD	20N	39¿?	40N	11N	64ML	56N	28N	38N	30R
9 Paulet Cazar	12	8m		15/10/2019	42DD	33N	100D	55D	9DD	10D	12DD	4DD	0DD	20N	17¿?	39¿?	35¿?	5DD	48ML	51N	39L	64L	50L
# Eliezer Montenegro	8	3m		6/11/2019	38D	30N	64N	25D	9DD	9D	13D	4DD	2D	14DD	15¿?	36¿?	27DD	5DD	40L	50R	56N	110L	55N
# Keyla Gavilanez	9	5m		15/1/1900	36DD	28N	65D	36D	10D	22N	16N	13D	4N	18¿?	17¿?	40N	40N	11N	50ML	60N	62L	110ML	49N
# Romina Dávila	11	7m			54DD	25D	139N	108N	13N	23N	14D	13N	6N	19¿?	16¿?	39¿?	39¿?	11N	35ML	65L	28N	36N	47L
# Emily Pozo	8	4v		11/1/2020	34D	14D	50D	58N	7DD	3DD	12DD	7D	3N	17¿?	15D	40N	29D	2DD	50ML	110L	80L	50R	70N
# Stefany Aidee	8	4			23DD	16D	28DD	18DD	10D	3DD	13DD	7D	4N	19N	14DD	33DD	31¿?	2DD	80ML	90N	120ML	170ML	58N
# Daniela Davila	13	8			45DD	28D	87D	83N	14N	11DD	16N	13N	4N	19¿?	19N	39¿?	38N	6DD	42ML	69L	45ML	46N	57ML
# Jeremy Salguero	12	8m		16/10/2019	50DD	36N	98D	61N	16N	16D	16N	16N	7N	20N	18¿?	39¿?	37N	11N	40ML	50N	40L	60L	68ML
# Victoria Hidalgo	12	8		18/10/2019	32DD	33N	133N	105N	6DD	26N	16N	13N	6N	12DD	13DD	40N	40N	9¿?	38ML	40N	30N	38N	35N
# Xavier Rosero	9	5v		22/10/2019	20DD	24D	44D	32D	10D	8DD	15D	9D	5N	12DD	17¿?	40N	35¿?	8¿?	60ML	70N	90ML	110ML	60N
# María Paz	11	7m		19/10/2019	47DD	32N	108D	106N	14N	9DD	15D	12N	7N	20N	15D	38D	37N	6DD	42L	46R	35R	35R	70N
# Sofia Trujillo	11	7m		16/10/2019	50DD	67N	67DD	62N	14N	15DD	14D	13N	5N	20N	20N	40N	37N	9¿?	40ML	30R	60ML	60L	60ML
# Jeremy Salguero	8	4M		21/10/2019	28DD	17D	33D	48N	16N	13N	14D	9N	4N	17¿?	15D	40N	29D	10N	60ML	90N	40L	29MR	10MR
# Mabel Aguilar	8	4m		6/10/2019	18DD	28N	29DD	35D	11D	5DD	13DD	10N	4N	14DD	17¿?	35DD	35N	2DD	78ML	60N	120ML	100L	40R
# Susana Brito	12	8m		7/11/2019	38DD	31N	93D	65N	9DD	8DD	12DD	9D	6N	20N	17¿?	39¿?	39N	8¿?	52ML	55N	42L	60L	45L
# Ismael Vera	10	6v		9/10/2019	47DD	40N	67D	50D	16N	17D	16N	16N	4N	20N	20N	40N	40N	8¿?	43ML	50N	60ML	80L	48N
# Lucia Galarza	10	6v		22/10/2019	80D	77N	95N	70N	16N	11N	16N	16N	8N	20N	20N	40N	40N	11N	25L	26R	42N	57N	52L
# Mateo Chiluzia	10	7		23/10/2019	57DD	57N	95D	63N	13N	13DD	14D	12N	4N	17DD	20N	38D	38N	8¿?	30ML	35N	40L	60L	62ML
# Ana Paula Rivas	8	3		27/10/2019	39D	23N	36D	29D	6DD	12N	13D	13N	5N	19N	16¿?	40N	35N	6¿?	49ML	70N	110ML	120L	52R
# Michael Figueroa	12	8m		29/10/2019	43DD	31N	95D	58D	16N	15DD	16N	16N	6N	20N	17¿?	40N	35¿?	8¿?	47ML	55N	42L	60ML	55ML

ANEXO 6. RESULTADOS CUESTIONARIO SOBRE PRÁCTICAS PEDAGÓGICAS

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ | _____ | 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? (Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)	0 | _____ | _____ | 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ | _____ | 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? (Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)	0 | _____ | _____ | 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ | _____ | 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? (Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)	0 | _____ | _____ | 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ | _____ | 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? <i>(Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)</i>	0 | _____ | _____ | 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ | _____ | 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? <i>(Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)</i>	0 | _____ | _____ | 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ | _____ | 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ || 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? <i>(Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)</i>	0 | _____ || 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ | _____ | 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? <i>(Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)</i>	0 | _____ | _____ | 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | ____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ || 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ | ____ | 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ | ____ | 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ | ____ | 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? (Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)	0 | _____ | _____ | 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ | ____ | 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | ____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | ____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | ____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ | _____ | 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? (Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)	0 | _____ | _____ | 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ | _____ | 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? (Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)	0 | _____ | _____ | 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | ____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ || 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ || 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ | ____ | 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ | ____ | 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? (Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)	0 | _____ | ____ | 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ || 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ || 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ || 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ || 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? (<i>Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros</i>)	0 | _____ || 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ || 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 || _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 || _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ || 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ | _____ | 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ || 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ || 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ || 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? (Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)	0 | _____ || 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ || 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ || 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ || 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ || 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ || 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ || 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? <i>(Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)</i>	0 | _____ || 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 || _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ | _____ | 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? (Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)	0 | _____ | _____ | 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ | _____ | 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ | 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? (Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)	0 | _____ | _____ | 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ | 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ | 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ || 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ | 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? (Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)	0 | _____ | 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ || 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 || _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ || 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ || 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ || 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ || 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? (Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)	0 | _____ | _____ | 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ || 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 || _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ || 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ || 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ || 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ || 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ || 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? (Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)	0 | _____ || 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ || 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ || 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ || 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ || 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ || 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ || 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ || 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? (Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)	0 | _____ || 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ || 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ || 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ || 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ | _____ | 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? (Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)	0 | _____ | _____ | 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ || 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ || 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? (Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)	0 | _____ | _____ | 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10

N°	ITEM	CRITERIO DE EVALUACIÓN
1	¿Coordina con la institución educativa la planificación para el desarrollo de competencias lectoras?	0 | _____ | _____ | 10
2	¿Utiliza un formato de planificación didáctica?	0 | _____ || 10
3	¿Aplica actividades considerando los diferentes niveles educativos de los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
4	¿Aplica actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura?	0 | _____ | _____ | 10
5	¿Aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión a partir de la lectura?	0 | _____ || 10
6	¿Utiliza recursos didácticos? (Por ejemplo: apoyos gráficos, audiolibros)	0 | _____ || 10
7	¿Ha aplicado adaptaciones curriculares individuales para el desarrollo de competencias curriculares en los estudiantes?	0 | _____ | _____ | 10
8	¿Evalúa a los estudiantes las competencias lectoras que ha desarrollado mediante indicadores?	0 | _____ | _____ | 10
9	¿Aplica la autoevaluación en los estudiantes para que reconozcan sus fortalezas y aspectos que debe mejorar?	0 | _____ | _____ | 10
10	¿Ha participado en procesos de formación sobre estrategias para el desarrollo de competencias lectoras?	0 || _____ | 10

ANEXO 7 RESULTADOS ENTREVISTAS

GUÍA DE ENTREVISTA.

5.1 Tema: Buenas prácticas pedagógicas desde la Teoría de Modificabilidad Cognitiva Estructural.

HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN

2. ¿Considera que es necesario contar con un formato de planificación didáctica? Si cree necesario, ¿Cuáles serían las ventajas?

Docente 1.- Nosotros ya tenemos hemos ido modificando a lo largo de los años, pero sin ese formato de planificación y las actividades multigrado los niños tampoco podrían avanzar no tendríamos ninguna organización, las ventajas están en que uno pueda realizar las actividades multigrado de acuerdo al currículo nacional pero además de una manera sistematizada eso se trabaja a principio de año y a final de año todos los años en la Fundación.

2.- ¿Cuál de las metodologías planteadas en el Modelo de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, aplica en su práctica pedagógica para el desarrollo de competencias lectoras?

- (lúdica
- personalizada,
- flexible,
- innovadora,
- multinivel)

Yo diría que se aplican todas porque generalmente la competencia lectora es donde hay más déficit ahí y en la resolución de problemas en matemáticas y que es a nivel nacional nosotros nos enfocamos en una atención más personalizada que los niños la pasen bien pero también aprendan. Y a través del juego de proyectos de producciones escritas puedan trabajar también esas áreas.

3.- En caso de que aplique actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura, mencione una que considere que ha sido eficaz.

La creación de textos si yo creo que ellos puedan crear algo les motiva para que después de la biblioteca puedan sacar los libros todos los años van promoviendo la actividad y nosotros tenemos una biblioteca bastante amplia que está para los padres, los docentes y los alumnos

tenemos libros de 3 tomos y antes del proyecto de creación del libro que todos tenemos que hacer cuentos ilustrados y después la profesora de lengua los escanea, digitaliza y se hace un libro eso es como el proyecto de este año y tenemos que variar nuestras prácticas como docentes también nos motivan a hacer distintas cosas no siempre lo mismo a pesar que los alumnos son distintos anteriormente no les interesaba leer ahora es crea un libro y yaa en eso hemos visto cambios cuando ellos como que experimentan con la lectura y la escritura se interesan porque la verdad de que con esto de la tecnología del wathsap, el internet , los Messenger cada vez menos la escritura o todo abreviado o la lectura cero solo les interesa escuchar más que leer

4.- ¿Considera importante activar los conocimientos previos en los estudiantes antes de iniciar la lectura?, ¿Por qué?

Si por supuesto nosotros tenemos evaluaciones diagnósticas estandarizadas de la Fundación entonces se le aplica a toda la prueba diagnóstica apenas ingresan y en el momento que ingresan de acuerdo a eso vamos trabajando vemos las necesidades también hay estudiantes que tienen NEE unos severos otros más leve y de acuerdo a eso vamos viendo cuales son las habilidades que podemos desarrollar durante el período que va a estar, también tenemos que ser súper realistas porque nosotros no nos quedamos con los niños para el próximo año a veces están un semestre que dura cuatro o cinco meses a veces están dos meses o a veces están un año nosotros debemos plantear objetivo de acuerdo al tiempo que van a estar y a veces no sabemos y eso es más complejo por eso tenemos objetivos a corto plazo. Las pruebas diagnósticas tenemos de las cuatro asignaturas troncales que son lenguaje, matemáticas, ciencias e historia nosotros las evaluamos con esas pruebas además que son las evidencias para poder realizar las planificaciones. El ministerio lo pide para poder hacer ajustes al currículo por ejemplo si hay un niño que tenemos que ajustar los objetivos de su curso esa prueba puede ser un respaldo para hacer una planificación media o alta y después la idea es que cuando vuelva al colegio se entregue su informe pedagógico con los ajustes para que el colegio siga al mismo ritmo.

5.- ¿Identifica en sus estudiantes los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje de los estudiantes?, ¿Cree importante planificar sus actividades a partir de los ritmos y estilos de aprendizaje?

Si en eso somos súper preocupados yo creo que a nivel nacional de las aulas hospitalarias acá todo es personalizado no se hace general todo lo planificado es para el niño y cómo tenemos muchos hacemos clases multigrado, pero tenemos planificaciones individuales por lo mismo porque tenemos que pensar en las necesidades de cada uno.

Si por supuesto (risa) y tenemos que ajustarlos también a veces porque claro hace la prueba de diagnóstico después vemos que hay falencias que tenemos que nivelar, se ajusta a la planificación y se sigue su ritmo.

6.- Si aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión en los estudiantes, mencione una de ellas que ha sido eficaz.

¿El diálogo? Si es constante dialogo en todas las asignaturas siempre damos un momento quizás no todos los días porque como ellos vienen todos los días en el recreo de saber cómo estamos de contarles por ejemplo de los compañeros que no pueden venir, quienes están hospitalizados quien está en otro hospital recibiendo algún tratamiento para que les manden ánimo y que ellos también puedan expresarse porque uno de nuestros objetivos nuestros de nuestra misión es que ellos también fortalezcan su lado emocional para eso está el equipo de psicología que les ayuda entonces el diálogo es lo más importante para fortalecer esa área.

7.- ¿Cuenta con herramientas para evaluar las competencias lectoras? (Por ejemplo: test, pruebas informales). ¿Considera necesarias? ¿Por qué?

No estandarizado todo lo hacemos nosotros, pero el currículo nacional cuenta con los indicadores para evaluar las competencias lectoras tomamos de ello y lo adecuamos, además de ser obligatorio es necesario por algo tenemos todos los docentes de Chile tenemos que cumplir con esos indicadores de evaluación.

El nivel de competencias lectoras está bajo porque en algunos colegios se dedican a las cosas más eh ni siquiera dramáticas porque la verdad no es eso las cosas como más técnicas que a las habilidades lectoras en cambio nos dedicamos más a lectura en si así como no solo a la lectura a la escritura también.

8.- ¿Considera que los resultados de la autoevaluación por parte de los estudiantes, le permitiría conocer cómo está su rol como docente mediador? ¿Por qué?

Si a veces aplicamos autoevaluación y a veces no generalmente a los que más les cuesta le aplicamos autoevaluaciones no tenemos como la política de que todos hagan las autoevaluaciones, pero cuando lo creemos necesario lo hacemos y ellos se dan cuenta de muchas cosas por ejemplo dicen umm si en realidad me falta esto o que puedo hacer con esto y uno lo va guiando tos, y en eso se podría decir que somos los mediadores, pero no es una política del colegio (tos).

9.- ¿Cuáles con los factores externos que favorecen o limitan el desarrollo de competencias lectoras en los estudiantes atendidos en el Programa?

El tiempo de permanencia yo diría que en nuestro caso favorecen, porque vemos que como te contaba en los colegios de origen tienen esa falencia se preocupan más del tecnicismo que de la habilidad a pesar que el currículo nacional en las reformas educacionales están enfocadas en las habilidades más que ah ah una competencia o a un contenido la verdad es que en la práctica todavía no el 100% de los colegios no lo realizan, en papel si pero en práctica no y en eso si es una oportunidad la situación de enfermedad porque llegan a las aulas hospitalarias y si o si debemos trabajar esa área con habilidades y no con contenidos.

La coordinación con la institución de origen. - Diría que más lo limita porque en el caso de los colegios que envían el material que ellos trabajan nos limita a lo que nosotras podemos crear e innovar entonces claro tratamos de que lo hagan, pero también hagan lo otro, entonces, pero a veces es demasiado lo que mandan y muy poco lo que vienen entonces al final no sabemos cómo hacerlo y tenemos que priorizar las cosas que mandan los colegios de origen por eso yo siempre prefiero que en vez de mandarme el material de trabajo porque limita demasiado la clase a lo que nosotros podemos innovar acá me envíen el cronograma de contenidos y nosotros hacemos los contenidos de acuerdo a nuestra metodología entonces de esa manera nos ha resultado mejor ahí ya no sería un límite.

Los efectos del tratamiento o situación de enfermedad/hospitalización. - Eh en algunas ocasiones como lo planteamos antes favorece por llegar acá y fortalecer esa área que le va a servir para toda la vida. Pero algunos tratamientos le dejan tan mal que la verdad es que no hay nada que hacer en algunos días en algunas semanas algunos meses a veces y los niños retroceden mucho en algunas quimioterapias con algunos corticoides, cuando son muy agresivos los tratamientos los niños no quieren hacer nada entonces ahí enfocamos el trabajo a otras áreas, ya olvidémonos del currículo y enfoquémonos en su estado emocional, en levantarle el ánimo, trabajamos arriba, entonces claro ahí limita lo que tenemos como objetivo pero también la contingencia, después se verá la otra área.

Asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa. - No hay asistencia voluntaria, no podemos tener asistencia voluntaria porque cuando lo hacíamos teníamos muy baja asistencia y ahora nos aliamos con el equipo de salud para que los padres que no dan prioridad a la educación no no porque están enfermos si no porque no le han dado antes de cuando estaban sanos eh eh la verdad es que sucede que en los hospitales públicos por la situación cultural en la que viven no priorizan la educación, no ven la educación como una oportunidad para salir de la pobreza muchas veces, entonces tratamos de que vean esa parte, que vean sus hijos necesitan estudiar y si están enfermos hay días que van a estar mal en eso no estudio pero los días que están bien si tienen que estudiar y para que por que le tiene que ir bien porque puede entrar a la universidad, puede tener una profesión y salir adelante eso y tratar de fortalecer también a los papás para las expectativas que tengan a futuro de sus hijos ay no mi hijo siempre ha sido flojo no le gusta estudiar y no hay nada que hacer, tratar de quitar un poco ese pensamiento pero no lo podemos hacerlo nada solas tenemos que tener la ayuda de todo el equipo que lo atienda.

Espacio infraestructura en donde se brinda la atención educativa

En nuestro caso no lo limita porque tenemos espacio en caso de hospitalización umm no se ahí hay como una ...línea muy fina porque al menos en este hospital los niños que están hospitalizados están en salas comunes hay guagüitas llorando y obviamente ahí lo limitan, pero también les puede tocar en un box que ayuda a hacer lo que sea con ese estudiante el personal de salud sabe, confía en nuestro trabajo, nos conoce, nos deja entrar y si tienen que

hacer quimio el quimio va después porque está haciendo clase en ese sentido también es una oportunidad porque es aún más personalizado entonces depende de la situación limita o favorece.

Cursos didácticos limitados

La verdad es que hemos tenido bastante suerte en esta realidad en este colegio hemos tenido muchas donaciones y de dinero en donde nosotros podemos disponer también de comprar material didáctico entonces eh no son grandes cantidades, pero si si sirven para una escuela pequeña y donación de materiales también son muchos a los niños los regalamos todos los cuadernos, todos los lápices no compran nada a veces nos llegan estuches regalamos estuches, mochilas nunca han llegado verdad da igual porque todos tienen una mochila en casa.

Número de estudiantes atendidos simultáneamente

Por el espacio que tenemos no nos limita porque podemos separar a los más pequeños y a los más grandes eh lo que si nos limita es la cantidad de profesores porque también tenemos que atender sala cama en un horario determinado y además atender a los niños y el separarlos ya es una profesora más que tiene que estar acá y no puede estar atendiendo arriba eso yo diría que más que el espacio el personal docente.

Número de docentes para atender a los estudiantes

La burocracia en el sistema hospitalario a veces queremos hacer cosas y no podemos porque tenemos que pedir un montón de permisos que a veces no los dan y si en eso si a veces si a veces los médicos son bien intransigentes para las salidas pedagógicas, pero yo diría que la burocracia es lo único

Cuenta con textos de interés para los niños que motiven la lectura. -

N o	FACTORES	LIMITA N	FAVOREC E
1	Tiempo de permanencia de los estudiantes en el establecimiento de salud		X
2	Coordinación con la institución educativa de origen		
3	Efectos del tratamiento o situación de enfermedad / hospitalización		
4	Asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa		
5	Espacio (infraestructura) en donde se brinda la atención educativa		

6	Recursos didácticos limitados		
7	Número de estudiantes atendidos simultáneamente		
8	Nº de docentes para atender a los estudiantes		
9	Otro: _____		
10	Otro: _____		
11	Se cuenta con textos de interés para los niños que motiven la lectura		
12	La disposición que tienen los niños		

15.-¿Considera que es necesario contar con orientaciones para mejorar sus prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras?, ¿Por qué?

Yo creo que siempre uno tiene que estar especializando porque los tiempos cambian y ahora eh tenemos que ocupar mucho más la tecnología aplicaciones en el celular que podemos también y en eso no estamos capacitados y cada uno claro si tiene por ejemplo si tengo más competencias que mi colega en la tecnología claramenteee no van a pescar más mis estudiantes, pero necesitamos que a nivel nacional sea para todos que estén los materiales las tablets, computadores y además capacitaciones que sean viables.

10.- ¿Cuáles es la disposición que tienen los niños hacia la lectura?

Son muy pocos los que les gusta leer osea si hablamos de porcentajes podría ser menos del 50 si es poco, pero esa es como nuestra meta, que se vayan de acá queriendo leer algo lo que sea lo que a ellos les guste ya.

11.- ¿La familia muestra interés por la lectura con los niños que participan en el Programa?

No la verdad es que también por eso también tenemos la biblioteca para los papás y siempre estamos si espera a alguien llévase un libro, pero la verdad es que prefieren estar más en el celular.

12.- ¿El Programa cuenta con material didáctico que incentive la lectura en los niños?

Siempre siempre tratamos de planificar para incentivar la lectura y siempre hay una biblioteca, de hecho, yo hago matemáticas y también tengo cuentos de matemáticas para

pasar las divisiones para explicar el cero, explicar algunas cosas de geometría que son libros que se hacen con historias y explican los procedimientos de matemáticas, pero la idea siempre estar contando historias para que ellos sean como un hábito siempre llegan y si no han llegado los compañeros, la profesora está sacando el material llega un poquito antes o pintan o leen es como el tiempo lo ocupan no pueden estar haciendo desorden ni nada se toman su desayuno mientras leen un cuento que tienen centro muy bonito o pintan pero algo tienen que estar haciendo.

13.- ¿Los niños participan de manera grupal en experiencias de lectura?

Si generalmente hacemos damos un por lo menos 2 veces por semana un espacio cuando les toca lenguaje un espacio en donde se lea algo en conjunto que todos puedan participar y estén atentos después cada uno con su materia.

14.- ¿Cuáles son las temáticas de interés en la lectura de textos por parte de los niños que participan en el Programa?

Los videojuegos en los varones y en las niñas todo lo que sean princesas es como estereotipado todo.

Bien muchas gracias

GUÍA DE ENTREVISTA.

5.1 Tema: Buenas prácticas pedagógicas desde la Teoría de Modificabilidad Cognitiva Estructural.

HOSPITAL DE LOS CARABINEROS (ONCOLÓGICO)

1.-¿Considera que es necesario contar con un formato de planificación didáctica? Si cree necesario, ¿Cuáles serían las ventajas?

Si considero que, si ehh si porque nos da el orden y nos da la guía de cómo poder realizar las actividades con los chiquillos en clase, ehh yo creo que de repente es bueno improvisar, pero es bueno si tener el esqueleto en este caso la planificación el cual nos va detallando que es lo que tenemos que hacer ahora que es lo que hay que hacer después más que nada es un hilo conductor importante durante la clase, para que nosotros podamos ver cuál es el inicio, cómo

hacemos al inicio, el desarrollo y el final el y cierre de la actividad, ahora también considero que hay que tener varias actividades a la mano e ir viendo cuáles se pueden realizar y cuáles no porque igual este contexto y bueno lo que yo puse también en la guía que me pasó antes, que nosotros tenemos todo todo planificado pero por ejemplo hay chiquillos se enferman y ya no vienen o uno quiere hacer trabajos en grupo y no se pueden hacer porque llega uno, o estamos súper bien haciendo la actividad y llega la enfermera a retirarlo para pasarse alguna quimioterapia, algún tratamiento entonces claro tiene que estar este esqueleto pero que es súper importante pero que uno tiene que tener la capacidad de flexibilizar durante esta planificación o sea que no tiene que ser algo muy rígido.

¿Y ustedes cuando realizan su clase tienen una etapa de iniciación me decía hay motivación ahí, ven los intereses de los niños cómo es? (Shadira). Nosotros antes de bueno hablo por mi antes de realizar las actividades cuando yo estoy, ehh cuando yo estoy empezando antes de, cuando estoy planificando yo trato de preguntar a los chiquillos cuáles son los intereses que tienen por ejemplo gustos de colores, gustos de música ya con eso yo me baso y planifico voy planificando mis clases.

¿Ustedes adaptan lo que tienen para poder trabajar con ellos? Me refiero a la planificación. Entiendo que la planificación viene dada por el Ministerio de Educación. Si nosotros planificamos, la nosotros tomamos los planes y programas del ministerio de educación que es nuestra base y vamos adecuando según la edad de los niños, según la cantidad de días que vienen, según las horas que vienen a clase y según los informes psicopedagógicos que también se los realizan a los chiquillos, con todo eso nosotros realizamos adecuaciones curriculares adecuadas la mayor parte de las veces porque los chiquillos los de oncología faltan hartos a clase y no se puede realizar una actividad muy eh muy rígida, entonces tenemos que adecuarlo por el horario más que nada y por la cantidad de días que vienen. Gracias

2.- ¿Cuál de las metodologías planteadas en el Modelo de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, aplica en su práctica pedagógica para el desarrollo de competencias lectoras?

- (lúdica
- personalizada,
- flexible,
- innovadora,
- multinivel)

O sea trabajamos mucho acá las competencias de la autonomía, ya la trabajamos es como el sello que tiene la escuela, porque son **¿cómo trabajan? (Shadira jugando haciendo)** eh jugando se realiza actividades que son didácticas y entretenidas que también ayudan pero hay

chiquillos que también ayudan a que esto de autonomía se pueda desarrollar, por ejemplo ahora mismo ellos solitos están jugando no necesitan tener una profesora que los esté guiando porque trabajamos lo que es la autonomía, entonces nuestras clases es lo mismo trabajamos con distintas metodologías que ayudan a la autonomía porque ellos vienen, los papás son súper eh bueno como están aún mal con este tipo de enfermedad tratan de que los chiquillos no hagan nada por ellos, entonces cuesta un mundo que acá ellos puedan tomar su mochilla solos, que saquen sus cuadernos solos entonces tratamos que ellos puedan hacerlo.

Bueno son varias las que utilizamos lúdica realizamos varias cosas con los chiquillos que les ayudan a integrar más a entender más los contenidos que estamos viendo porque a pesar de que estamos en un contexto hospitalario como nos regimos por el Ministerio de Educación eh tenemos que si o si pasar contenidos mínimos obligatorio entonces somos claro trabajamos lo que es la didáctica, y tratamos también de innovar es lo que hacemos es buscando distintas formas de metodología para enseñarles a los chiquillos, somos súper flexibles también aquí es muy difícil no ser flexible acá, si uno no es flexible la verdad es que se frustra es lo que me pasó a mí al principio cuando llegué recién a la fundación me frustraba mucho porque no podía terminarlas en mi casa pero con el tiempo uno va entendiendo que no todo solamente es el contenido es lo que uno pasa sino lo que uno vive con los chiquillos la alegría que se comunican entre ellos mismos que saquen un poco el tema de hospital de sus tratamientos sino que ellos puedan tal vez decir ah yo voy al colegio igual que mi prima, igual que mi vecina tratar de que su vida sea normal po entonces son varias cualidades las que usted dijo son las que se aplican acá.

3.- En caso de que aplique actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura, mencione una que considere que ha sido eficaz.

Eh a ver cuándo nosotros trabajamos de repente cuentos yo he trabajado porque yo soy la profesora de lenguaje trabajo cuentos en power point primero, también le muestro videos a los chiquillos, les leo también hay ocasiones en las que yo les leo trabajamos también memorices eh trabajamos también imágenes donde ellos puedan descubrir de que se va a tratar el cuento, la historia jugamos también a este juego que se llama el colgado el que más que también uno ellos van buscando el nombre del cuento de que se va a tratar, también hemos trabajado con bueno títeres hemos hecho con los chiquillos, hemos hecho prisma literario (bueno uno lee el cuento puede ser de forma transversal a cualquier asignatura) pero yo lo he trabajado en lenguaje ellos leen un cuento no les paso un libro por el tiempo que ellos tienen acá son cuentos medianamente cortitos y es un trabajo que se hace con cartulina, entonces el prisma consta de 7 partes la primera parte es una parte de la portada en el que va el nombre del cuento, el curso etc, va una parte de resumen, va una parte de creación literaria que ellos pueden hacer una receta una noticia también está la página que es libre que ellos pueden dibujar pueden hacer una sopa de letras un laberinto lo que ellos quieran relacionado todo con el cuento que leyeron, también análisis de los personajes, que sería la otra parte y también en conclusión creo más que lo motivó que le gustó del cuento que no le gustó

entonces todas esas cosas a ellos los motivan mucho porque no es una hoja donde ellos completan no es una prueba escrita sino que son otras cosas uno ve también ahí pues explotar las otras habilidades pues como hay niños que les cuesta un poco redactar tal vez la parte de crear la receta les va mejor.

¿Ellos hacen autoevaluación? Si todos terminando el primer semestre para que se terminemos el primer semestre se hace una autoevaluación hay una rúbrica que ellos utilizan y por cada asignatura.

4.- ¿Considera importante activar los conocimientos previos en los estudiantes antes de iniciar la lectura?, ¿Por qué?

Si, si porque eh por ejemplo cuando estábamos viendo el tema de género narrativo les preguntaba si ya habían leído un cuento si habían escuchado o a ver visto algún cuento y ellos dan nombres de no se pinocho, dumbo, los tres mosqueteros gato con botas entonces ellos ya se van diciendo hay no algo tan extraño lo que la profesora me va a enseñar si no que es algo que yo se po.

5.- ¿Identifica en sus estudiantes los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje de los estudiantes?, ¿Cree importante planificar sus actividades a partir de los ritmos y estilos de aprendizaje?

Si si la verdad es que con el tiempo bueno ellos llegan hacen una evaluación diagnóstica de temas más o menos que están que es lo saben qué es lo que no que saben que no y yyy la mayoría de los chiquillos tienen ahora este año un ritmo súper rápido los niños nuevos que llegaron son súper rápidos entonces uno tiene varias actividades a la mano para que ellos vayan realizando igual ha ayudado bastante porque como faltan mucho, los días que vienen se trabajan mucho y es bien rápido porque como le comentaba anteriormente igual las actividades son lúdicas entonces son cosas que no los cansa ni los pone de mal humor pero años anteriores hemos tenido niños que son mucho más lentos entonces de las dos tres actividades que yo tenía presupuestado se hace una con suerte se hace una, entonces nos vamos vamos ahí trabajando también multigrado lenguaje lo trabajo de multigrado porque son los mismos contenidos pero van en competición sea a lo largo de los años trato de hacerlo con ellos de trabajar multigrado.

¿Cree importante planificar actividades a partir de los ritmos y estilos de aprendizaje?

Si si mucho porque si no el niño se frustra, se frustran eh no le no quieren ir al colegio cree que no está aprendiendo cree que es más lento que otros compañeros entonces como son poquitos niños uno puede hacer eso de trabajar en forma individual a pesar de la atención personalizada que tenemos siempre, entonces cada uno trata de hacer a su tiempo y a su ritmo entonces no es como chuta el terminó yo todavía no termino ¿qué voy a hacer? Las actividades para los niños que son un poquito más lento, se lo hace un poquito menos un

poco más simples, un poco más cortas también se trabaja más el tema oral con ellos porque son más niños predispuestos a redactar que el hablar pueden desarrollar ellos de forma oral.

6.- Si aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión en los estudiantes, mencione una de ellas que ha sido eficaz.

Si ¿entre ellos? Tratamos de que sea, pero pasa esto que, llega uno hoy día después llega el otro que no vino ayer luego se juntan, pero tratamos de hacer que trabajen en grupo yo en lenguaje he tratado de hacer hartos trabajos grupales y además estoy con el taller de comprensión de lectura los días miércoles, pero como faltan me temo que he ido modificando el día entonces ahí hacemos juegos más que nada son juegos he hecho hartos material didáctico, tarjetas he hecho con ellos entonces ahí es donde han podido comunicarse más entre ellos conversar, reflexionar y tomar decisiones también ellos, si, yyy los recreos también ellos como se juntan hartos son súper tímidos también eso ha pasado, el ser tímido les quita mucho poder hablar poder reflexionar alguna cosa pero por ejemplo con esto del genga que están jugando ahora se les hace mucho más rápido y fácil interactuar.

¿Ellos tienen recreo y pasan aquí?

Si si ellos pasan acá el recreo se supone que tienen que llegar de 9:00 a las 9:00 de la mañana y de 9:00 a 10:30 es el primer bloque después viene el recreo de 10:30 a 11:00mas o menos igual les damos un recreo de alargue porque tienden a conversar hartos, van al baño es un poquitito más, se toman su tiempo. Si y después del segundo recreo viene el segundo bloque si pero tratamos de interactuar más en el recreo con los talleres que yo le dije.

7.-¿Cuenta con herramientas para evaluar las competencias lectoras? (Por ejemplo: test, pruebas informales). ¿Considera necesarias? ¿Por qué?

Ehh no no lo que se hace hartos es evaluar bueno una cosa es la fluidez, pero la comprensión lectora lo vemos como respondiendo preguntas de forma oral eh haciendo nosotros tenemos material didáctico que yo estoy haciendo también se fomenta hartos esto.

¿Considera necesario de que exista instrumentos para la comprensión lectora?

Si si y que sean atractivos también para los chiquillos porque uno puede hacer una comprensión de lectura con un cuento y pasarle preguntas para que respondan, pero no deben calificarse creo que es más eficaz cuando están sus otros compañeros cuando dan ideas entre ellos eso ayuda hartos a la comprensión de lectura y mediante adivinanzas también el genga mediante imágenes que tienen que asociar las imágenes con el texto también eso más ayuda a la comprensión lectora.

8.- ¿Considera que los resultados de la autoevaluación por parte de los estudiantes, le permitiría conocer cómo está su rol como docente mediador? ¿Por qué?

Eh no sé si mucho porque la autoevaluación va más de lo que hacen ellos de lo que hago yo es como traigo mis tareas a clase tomo atención a la profesora si me ayudaría a mi como a saber lo que ellos ven, pero no como una evaluación que me hagan a mi si entendí bien.

¿Ese rol que usted ejerce como docente le permitiría conocer cuál está siendo su desempeño a través de la autoevaluación de ellos?

Si si también si ayuda este tipo de evaluación también de repente hacemos una coevaluación entre ellos eso resulta bien si resulta bien para cuando ellos no entienden de repente una pregunta que tienen que responder uno le explica y bueno el año antepasado tuvimos un niño hipoacúsico con hipoacusia entonces esta autoevaluación lo hacía también, pero mediante imágenes en power point y yo le veía que es lo que porque era poco lo que hablaba y poco lo que entendía.

9.- ¿Cuáles con los factores externos que favorecen o limitan el desarrollo de competencias lectoras en los estudiantes atendidos en el Programa?

N o	FACTORES	LIMITA N	FAVOREC E
1	Tiempo de permanencia de los estudiantes en el establecimiento de salud		
2	Coordinación con la institución educativa de origen		
3	Efectos del tratamiento o situación de enfermedad / hospitalización		
4	Asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa		
5	Espacio (infraestructura) en donde se brinda la atención educativa		
6	Recursos didácticos limitados		
7	Número de estudiantes atendidos simultáneamente		
8	N° de docentes para atender a los estudiantes		
9	Otro: _____		
10	Otro: _____		
11	Se cuenta con textos de interés para los niños que motiven la lectura		
12	La disposición que tienen los niños		

Tiempo de permanencia de los estudiantes en el establecimiento de salud. –

eh claro no facilita mucho no favorece mucho el tiempo porque de repente estamos bien estamos trabajando y viene una enfermera lo saca ya queda en la nube todo lo que hicimos claro la idea es que a los papás le comentamos la impotencia de que puedan reforzar en la casa la comprensión de lectura (ya shadira)

Coordinación con la institución de origen. –

Umm Favorece, pero es poco la comunicación que tenemos con los colegios de origen la verdad es que ellos se desligan totalmente hasta que nosotros terminemos con el aprendizaje de ellos además cuando uno quiere información se ve difícil conseguir información con los colegios de origen son pocos los que ayudan como a que los chiquillos nos digan lo que han alcanzado a ver en la escuela es muy poco.

Efectos del tratamiento o situación de enfermedad hospitalización. –

Bueno que limita también limita porque de repente ellos no están con muchas ganas de que uno les haga clase por el medicamento porque tuvieron una mala noche o tuvieron pasaron la mala noche o no pasaron una buena noche o tuvieron que estar conectados a cosas estar conectados a bandas entonces todo eso limita a los chiquillos po .

La asistencia voluntaria de los estudiantes al programa. -

Si también limita, pero más que por que los chiquillos porque los papas de repente son muy aprehensivos entonces no los traen son los padres más que ellos porque al final un niño puede decidir de alguna manera si quiere venir al colegio, pero al final es un deber entonces que pasa que hay papas que le dan más importancia a que venga al colegio y los traen, pero hay otras veces que el niño es como de regalón y no quiere venir y no viene entonces eso también dificulta harto el tema del hilo conductor de estos casos de problema de comprensión de lectura.

El espacio la infraestructura en donde se brinda atención educativa. –

También no es muy favorable.

Los recursos didácticos limitados: -

Limitados si, limitados y los hacemos nosotros y eso por el tiempo que tenemos nosotras acá de 8:00 a 2 de la tarde igual es complejo porque aparte de estar con niños acá tienes que ir a ver a niños hospitalizados entonces si limita el que no hay se me fue la idea (los recursos didácticos shadira), eso claro son limitados entonces es poco tiempo el que tenemos para crearlos, y, pero si cuando ya lo tenemos cuando los creamos ayudan mucho.

Número de estudiantes atendidos simultáneamente. –

Simultáneamente son entre 4 y 5 de repente limita porque son de distintos cursos distintas edades, entonces es complicado hacer actividades más multigrado lo dificulta un poco por las características de los chiquillos.

El número de docentes para atender a los estudiantes. -

También es poco porque ahora igual son poquitos acá llegan menos pero también está servicio sala cama y entonces eso también nos quita hartos tiempos.

15.- ¿Considera que es necesario contar con orientaciones para mejorar sus prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras?, ¿Por qué?

Si si yo creo que va un poco de como de la de la de lo que el Ministerio de Educación de repente ayuda o da reflexiona miento con respecto a eso y también uno que tiene que ingeniárselas para buscar y para investigar.

10.- ¿Cuáles es la disposición que tienen los niños hacia la lectura?

Eh la mayoría acá he escuchado que les gusta más matemática casi no le gusta mucho lenguaje, pero les encanta escuchar cuentos crear cuentos, aunque ellos digan que no les gusta lenguaje igual he tratado de les llama la atención el poder crear sí.

11.- ¿La familia muestra interés por la lectura con los niños que participan en el Programa?

Poco hay papas que bueno se entiende igual que ellos estén más abocados a la enfermedad del hijo en este caso o hija, pero son pocos los papas que le den la importancia necesaria a lo que es la comprensión lectora y si es que lo hacen en la casa tienen sus cuadernos aparte están con ellos refuerzan, pero son los menos del ósea del 100% igual yo creo un 20%.

12.- ¿El Programa cuenta con material didáctico que incentive la lectura en los niños?

Eh ahora actualmente el ministerio de educación sacó un programa que es lea primero que está con el tema de fomentar la lectura si incluso este año implementó otros cuadernos de lenguaje que integran el tema de la comprensión de lectura también está trabajando el ministerio de educación con cuentos son varios cuentos que de apoco nos ha ido llegando para poder complementar la radio biblioteca si.

13.- ¿Los niños participan de manera grupal en experiencias de lectura?

Si si están, por lo menos cuando yo trabajo en lenguaje con ellos están todos escuchando el cuento, viendo el cuento, o haciendo un cuento o jugando con títeres, juegan también en historias con sombras.

14.- ¿Cuáles son las temáticas de interés en la lectura de textos por parte de los niños que participan en el Programa?

Siempre son como cuentos, cuentos infantiles todo lo que es mundo maravillosos fantasías eso es como que les llama la atención.

GUÍA DE ENTREVISTA.

5.1 Tema: Buenas prácticas pedagógicas desde la Teoría de Modificabilidad Cognitiva Estructural.

HOSPITAL FELIX BRUNEL (Psiquiatría)

3. ¿Considera que es necesario contar con un formato de planificación didáctica? Si cree necesario, ¿Cuáles serían las ventajas?

Establece un orden claro bueno y quizá estar planificada la actividad los tiempos bueno voy más por el tema del orden quizás si bueno nosotros somos las que trabajamos con la didáctica de la comprensión lectora en los inicios de la lectoescritura entonces aplicamos distintos juegos porque la concentración de los niños es muy poca, ¿es importante contar con un formato de planificación? (mediadora) si porque así no se juntan los mismos tipos de actividades se hace una diversidad de actividad, pero no se repitió ya, hacemos distintas y no se vuelva a repetir también.

Persona 2.- Si para llevar un orden y tienen todos los colegios ja, Como decía Claudia tenemos formatos de las unidades clave que permite el trabajo de comprensión lectora, comprensión auditiva, expresión oral, entonces distintas actividades.

2.- ¿Cuál de las metodologías planteadas en el Modelo de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, aplica en su práctica pedagógica para el desarrollo de competencias lectoras?

- (lúdica
- personalizada,
- flexible,
- innovadora,
- multinivel)

Todas (risas) aplicamos si porque tenemos de todos los casos tenemos multinivel, multigrado, tenemos niños de manera individual depende del tipo de estudiantes de cada paciente para cada caso, de acuerdo a las necesidades de los niños tenemos que aprender a saber cómo también aprende cada niño, aunque sea tengamos barnis de eso no sé dónde está, esa hay niños que son más lúdicos otros que son más dados al área educativa, las tareas depende del estilo de aprendizaje que tenga el niño eso también se aplica y de cómo aprende.

3.- En caso de que aplique actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura, mencione una que considere que ha sido eficaz.

¿Para la lectura? Trabajar con imágenes por ejemplo i me pasaba que cuando trabaja en el Borja había un texto que era súper fomi que estaba dentro de losec que era sobre la vida del pintor entonces yo le mostraba imágenes, le daba pinturas para contextualizarlo o vídeos cosas así y ahí se interesaban hacer como un apoyo de imagen un video que tenga relación con la lectura eh los entusiasma.

Persona 2.- Eh lo visual también yo tranquilamente también me ocupo mucho lo visual como con video para niños cuando estamos aprendiendo las vocales o las consonantes y después comentar ese video uno tiene que apoyarse con imágenes o con oraciones que están referentes a la historia del niño o lo que le gusta a el o el reconocimiento que uno tiene del niño entonces hay una está relacionada a su propia experiencia o realidad entonces se lo hace más ameno y lo motiva al niño a seguir.

Persona 3.- Yo a libros que evaluado Cuando he evaluado al niño, busco que tenga imágenes lo más posible que tenga imágenes para que vayan entendiendo, también dividimos los capítulos por niños para que vayan en conjunto aprendiendo el l libro eso en lectura.

4.- ¿Considera importante activar los conocimientos previos en los estudiantes antes de iniciar la lectura?, ¿Por qué?

Si se hace el andamiaje entre el conocimiento que tiene la experiencia que tiene el niño con lo que se va a aprender este andamiaje que se provoca y después se comprueba también porque se pregunta qué piensan ellos o qué esperan que va a suceder cuando uno lee la lectura después finalmente se comprueba si se entendió o no y eso les motiva para poder seguir con la lectura.

Persona 2.- Porque Si se dice la lectura existen palabras o conceptos que ellos desconozcan más difícil se hace la comprensión en cambio si se le pregunta antes y se introduce antes a eso claro va a ver una comprensión al final porque ellos entienden.

Persona 3.- También vemos primero el contexto del libro que época y que también enganche sobre que va a leer inventamos un glosario de palabras que vayan entendiendo cuando empiezan a leer.

5.- ¿Identifica en sus estudiantes los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje de los estudiantes?, ¿Cree importante planificar sus actividades a partir de los ritmos y estilos de aprendizaje?

Si por supuesto que si hay niños que son muy rápidos y otros que son muy lentitos uno tiene que ir adecuando material.

¿Cree importante planificar sus actividades a partir de los ritmos y estilos de aprendizaje?

Si porque uno no puede planificar una actividad en la que va a avanzar mucho en contenido si un niño tiene un ritmo de aprendizaje muy lento porque hay que redactar más el contenido hay que ejercitar más de ese punto entonces podemos quizás en una clase pasar distintos conceptos eh pongamos 5 y con un niño de un ritmo más lento vamos trabajar 2 porque hay que recalcarle volver a enfatizar en ese tema o buscar distintas metodología o estrategia para que el niño entienda porque es más lento, en cambio un niño que tenga un ritmo mucho más avanzado no voy a pedir 5 voy a trabajar 7 quizás 8 voy a potenciarlo más porque porque pasa más rápido avanza más rápido.

Persona 2.- Hay niños que les cuesta hartito el inglés con el avanza hartito y hay otro niño que se frustra porque va lentito

6.- Si aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión en los estudiantes, mencione una de ellas que ha sido eficaz.

Me puede repetir, a mí por lo menos con Ignacio que es más grande los temas de contingencia donde tiene una posición al respecto y te da su opinión ese tipo de textos ha resultado con él.

Persona 2.- Yo trabajo ciencias naturales cuidado del medio ambiente y le muestro imágenes y luego les hago reflexionar con respecto a qué creen que va a pasar o si sucede eso porque e ocurre eso muchas cosas para que puedan cambiar la actitud ahora e influir también en los padres entonces se hace una reflexión con ese tema entonces es argumentar compartir su experiencia así.

Persona 3.- Yo cuando les hago exponer capítulos de libro ahí vamos reflexionando si van entendiendo porque pasan esas cosas en el libro y veo si están entendiendo.

7.-¿Cuenta con herramientas para evaluar las competencias lectoras? (Por ejemplo: test, pruebas informales). ¿Considera necesarias? ¿Por qué?

Ah si por supuesto tenemos la pantalla interactiva esta que está acá, no tenemos pruebas, tenemos tecnológicos siempre es necesario eso todo suma, es necesario tener porque yo creo que como país en general la comprensión en lectura no tenemos una debilidad y se ve en los puntajes de la PCU cuantos puntajes que sacan son bajísimos cuando las gentes exponen no saben no comprenden, aunque está escrito cuando leen se les dice está escrito chuta no entendí bien.

Persona 2.- No sabe que herramientas, ella dice que envía las pruebas y libros por pdf, si tienen para evaluar competencias lectoras en el área de inglés.

8.- ¿Considera que los resultados de la autoevaluación por parte de los estudiantes, le permitiría conocer cómo está su rol como docente mediador? ¿Por qué?

Aquí no se realiza evaluación, porque si porque la evaluación, aunque si se les pregunta que piensas tu con esta evaluación ahí si, por la que se realizan autoevaluación no, no se aplica porque no hay formato, nosotros a los estudiantes se les enseña y se les dice como está la clase, y cómo actúan solo se les pregunta, es complicado por los factores a veces no están, están medicados, o enfermos o se va a terapia y eso complica, los factores de enfermedad o algo que está en contra para continuar y altera todo. A veces tenemos planificado las actividades y las enfermeras entran acá y los niños se desconcentran o los llevan a terapias. A veces empezamos a trabajar actividades con 8 o 10 niños y comienzan a irse y nos quedamos con un niño porque los han llevado para tratamiento, para inyectarse, o se han sentido mal y al final el aprendizaje que ha sido cortada que se ha generado es difícil de llevar.

10.- ¿Cuáles es la disposición que tienen los niños hacia la lectura?

Una actitud de rechazo en eso estamos mal, a veces quieren cambiar o dicen me carga matemática, me carga lenguaje o inglés, a veces vienen y quieren leer se les da el libro y están un um mucho tiempo, siento como que a la mayoría no le gusta, no le gusta oh oh no entienden el concepto que tienen que no es materia a eso le relacionamos que quieren todo rápido aquí en el colegio hacemos ferias de libros para los que no les gusta leer, dibujan historias cuando van escuchando.

11.- ¿La familia muestra interés por la lectura con los niños que participan en el Programa?

Algunas mamás vienen a buscar los libros para los niños viene acá y dicen hay quiero este libro para que lea mi hijo algo les gusta de lectura, pero hay padres que no son buenos para la lectura y ellos jamás nunca van a venir a buscar un libro para leer a su hijo y dicen no uh para que si no le gusta. Al que si le gusta leer busca literalmente y les dejan entrar a sus hijos.

12.- ¿El Programa cuenta con material didáctico que incentive la lectura en los niños?

Tenemos cuentos ahora vienen con más imágenes, más ilustraciones y menos texto, y nos dan cajas con los libros de lectura que da el Ministerio y lo trabajamos aquí, ¿la fundación les da libros de lectura? Si nos da algunos, en inglés un año me llevaron a comprar libros.

13.- ¿Los niños participan de manera grupal en experiencias de lectura?

En las clases multigrado Si hay lectura compartida claro, en las clases de investigación también si no hay clases compartidas no porque trabajan individualmente, en inglés

dividimos los libros por capítulos, para que se cuenten de que se trata el libro y para ver si están leyendo los capítulos, en lengua he hecho clases multigrados.

14.- ¿Cuáles son las temáticas de interés en la lectura de textos por parte de los niños que participan en el Programa?

Los libros que les gusta son los libros del colegio, todos los meses tienen que leer que son obligatorios, los comics, o de suspenso me han preguntado a mí.

9.- ¿Cuáles con los factores externos que favorecen o limitan el desarrollo de competencias lectoras en los estudiantes atendidos en el Programa?

Nº	FACTORES	LIMITA N	FAVORECE
1	Tiempo de permanencia de los estudiantes en el establecimiento de salud	X	
2	Coordinación con la institución educativa de origen		
3	Efectos del tratamiento o situación de enfermedad / hospitalización		
4	Asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa		
5	Espacio (infraestructura) en donde se brinda la atención educativa		
6	Recursos didácticos limitados		
7	Número de estudiantes atendidos simultáneamente		
8	Nº de docentes para atender a los estudiantes		
9	Otro: _____		
10	Otro: _____		
11	Se cuenta con textos de interés para los niños que motiven la lectura		
12	La disposición que tienen los niños		

Tiempo de permanencia de los estudiantes en el establecimiento de salud.- Limita porque como dice la Ale nosotras tenemos actividades planificadas y de repente vienen lo sacan o se van e interrumpen la clase, la vez pasada me tocó un niño que estaba recién en el saludo y lo vinieron a sacar entonces la situación de salud es complicado, la situación de psiquiatría limita.

Coordinación con la institución educativa de origen. - Se hace poco igual por el contexto porque tenemos poco niño que son permanentes pero yo creo que favorece porque si se hace una buena coordinación se manda actividades del colegio se trabaja en equipo.

Persona 2.- Si yo creo que favorece porque a veces trabajamos con los contenidos que ellos mandan y que están pasando los colegios creo que si.

En inglés. - tampoco hay mucha comunicación con el colegio de origen a mi me ha tocado seguir la guía porque no hay buena comunicación.

Efectos del tratamiento o situación de enfermedad / hospitalización.-

Limitan: el examine o están desanimados se sienten mal en algunos casos vienen con pastillas que les bajan el nivel cognitivo porque están somnolientos o tienen crisis excato.

Inglés.- Vienen mal como es en psiquiatría las pastillas les hacen bien al tratamiento pero se encuentran mal porque el cuerpo se está adaptándose pero cuando ya funciona el tratamiento vienen bien y mejora.

Asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa.- Este año ha sido una limitante porque los niños asisten poco a las clases multigrado entonces nos tienen limitado ese aspecto.

Espacio (infraestructura) en donde se brinda la atención educativa.- Favorece si nos permite estar cerca de ellos, permite trabajar en grupo, si está en sala cama igual entonces si es favorable.

Persona 2.- es accesible, son grupos pequeños.

Recursos didácticos limitados. - Qué tipo de recursos? Tenemos material de acá, el gigante egoísta los hice PPT, cada docente genera recursos, y eso ayuda, se unifica contenidos, tenemos pantalla que se lleva a cada espacio.

Número de estudiantes atendidos simultáneamente. - Favorece porque es pequeño se ayudan entre ellos, pero cuando es muy variable los niveles se complica.

Persona 2.- Favorece por que se ayudan a entender.

Número de docentes para atender a los estudiantes. - Favorece por lo menos acá somos tres y para la cantidad de niños que tenemos está bien organizada.

Niveles de multigrado son niveles tan distintos si es importante considerar.

15.-¿Considera que es necesario contar con orientaciones para mejorar sus prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras?, ¿Por qué

Si hay capacitación que mejore nuestra labor sería muy bueno.

Persona 2.- Ayudaría a potenciar lo que uno ya sabe, a refrescar el conocimiento, a actualizar las investigaciones hechas últimamente y las estrategias nuevas que se están aplicando.

GUÍA DE ENTREVISTA.

5.1 Tema: Buenas prácticas pedagógicas desde la Teoría de Modificabilidad Cognitiva Estructural.

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN PEDRO AGUIRRE CERDA (INRPAC) PARÁLISIS

4. ¿Considera que es necesario contar con un formato de planificación didáctica? Si cree necesario, ¿Cuáles serían las ventajas?

Persona 1.- Yo creo que, si es súper necesario porque no sería significativo para los estudiantes las actitudes normadas como el currículo regular, pasar textos, aplicar pruebas, para ellos no sería significativo para ellos si no están acorde o no aplica a las necesidades que ellos tienen entonces de todas las actividades que se realizan con ellos tienen que ser todas didácticas o sea lúdicas con movimiento sensoriales, como decirlo como entretenidas cosas que les llamen la atención porque sino si es muy normal muy regular muy poco didáctico no tendríamos un aprendizaje muy significativo para ellos po.

Persona 2.- Acá intentamos tener planificaciones, tenemos planificaciones mensuales, tratamos de hacer una planificación semanal que es como para todos y aparte tratamos de adaptar la planificación individualmente para cada niño porque son diferentes tienen diferentes trastornos están en diferentes niveles, pueden estar quizás en el mismo curso pero no tienen las mismas habilidades entonces hay que hacer la planificación como manifestaba Daniela de la manera más didáctica, más lúdica posible para ellos porque tenemos claro que están en un proceso de hospitalización largo donde vienen cansados de las terapias, como tu viste entran y salen constantemente porque se van a kinesiología, terapia ocupacional, fonología y llegan cansados para trabajar acá por eso tratamos que sea con juegos, con canciones con cuentos como viste y con materiales que estimulen todos los sentidos porque tenemos niños que claro tienen dificultades en algunos sentidos como ciegos, Florencia sorda, tratamos de estimular por todas las vías posibles, eso también tratamos de incluir en las planificaciones de los niños.

¿La planificación que ustedes utilizan de dónde viene dado?

Nos tratamos de basar en el currículo nacional en las competencias curriculares, pero esto se adaptan a los niños que tenemos.

Locutora. - es decir les dan contenidos nada más y ustedes realizan las adaptaciones correspondientes.

2.- ¿Cuál de las metodologías planteadas en el Modelo de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, aplica en su práctica pedagógica para el desarrollo de competencias lectoras?

- (lúdica
- personalizada,
- flexible,
- innovadora,
- multinivel)

¿Tienen un modelo de gestión ustedes?.- Es que en realidad Yo creo que aquí aplicamos en realidad un conjunto de todos estos modelos que nosotros hemos adaptado de acuerdo a las necesidades de cada uno de los chiquillos, todos son muy diversos entonces una la que debe adaptarse a veces cambiar de modelo cambiar el suich a veces no está funcionando el lúdico hay que ponerse innovadores tonces eh no es como un modelo propio en el que uno se base si no uno se va adaptando a la situación en la que se va enfrentando.

En cuanto al desarrollo de comprensión lectora. – Eh Bueno es que acá es muyyy complejo por el contexto.

Persona 2.psicopedagoga - Es muy difícil que un niño que venga que claro realice comprensión lectora como viste los niños en este momento la mayoría tiene parálisis cerebral entonces la única manera que tenemos en este momento es motivarlos con la lectura mostrando las imágenes, colocando hartoo sonido a veces tenemos digamos sonidos en el celular o computador como para que ellos digamos pongan más atención a la lectura o también vamos incorporando canciones entre medio tonces es como lo único que se puede hacer en este caso. Hemos tenido otros niños que visualmente parecieran que está bien cognitivamente, pero en general como son niños de rehabilitación son niños que o tienen alguna complejidad parálisis cerebral o han tenido algún accidente, o alguna enfermedad que les provoca alguna dificultad eh como pérdida de memoria, entonces hay que empezar como desde cero a veces con las letras y en el caso de los niños ahora con la lectura de cuentos que al final nosotras las leemos y tratamos de mostrar por todas las vías como volvemos a lo anterior para que puedan ser parte de la historia y puedan comprender digamos que se está utilizando un libro con objetos y que se está eh realizando un momento de lectura.

3.- En caso de que aplique actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura, mencione una que considere que ha sido eficaz.

Persona 1.- No aplica en este contexto al menos una planificación que tenga un inicio un desarrollo y un cierre que tenga que ver con esto de las competencias lectoras, podemos hacer un acercamiento a la lectoescritura realmente, pero nada así concreto ni tan eficaz considerando que tienen parálisis cerebral hay cosas que son más funcionales para su vida, el hecho de la kinestesia, el programa de movimiento, el generar estas alertas, más de educación especial actividades de la vida diaria, cosas así.

Persona 2, psicopedagoga.- Como comentaba Dani claro eh las planificaciones si bien no pasa por el currículo nacional en base a los objetivos de aprendizaje del nivel en que debería estar el niño de todas maneras claro adecuamos eso lo bajamos al niño y además tratamos de enseñarle cosas más funcionales como comentaba ella, por ejemplo hemos tenido semanas en que trabajamos netamente higiene, alimentación, cosas que le sirvan para la vida diaria y si bien tenemos nuestras planificaciones con inicio, desarrollo y cierre, es muy difícil que se de estos tres pasos de la planificación.

Locutora.- Pero les motiva? Si si se motiva se hace un inicio tratando de la manera por ejemplo cuando los recibimos de cantar de saludarnos todos de comentar en que día estamos o en que clima estamos todo eso para después dar pie para comenzar la actividad, se les indica a los niños que vamos a utilizar, que vamos a hacer, pero claro.

¿Para motivación de lectura también hacen eso? Si si y ¿Qué ha servido más?

Es que en la población como ellos lo que más hacemos es con tableta trata de utilizar el cuento, mostrar imágenes, mostrar texturas que ellos puedan utilizar relacionados con el cuento por ejemplo si es un pato tratamos de ponerle plumas, por ejemplo, los sonidos quizá tratarlo de tenerlo en alguna grabación en la computadora en el celular, como te decía tratamos de entrar por todas las áreas sensitivas del niño que sea consciente de que está escuchando una historia de que la historia tienen un inicio, un desarrollo un cierre, después de que finalizó la historia se le indica que se acabó y que se hace un pequeño resumen de que la historia se trató de esto para que el niño sea consciente de que se leyó un texto y también tenga una comprensión dentro de sus posibilidades.

4.- ¿Considera importante activar los conocimientos previos en los estudiantes antes de iniciar la lectura?, ¿Por qué?

Yo considero que eso es muy relevante porque uno debe partir de una base saber primero saber en qué nivel está el estudiante, que nivel de lectura si es comprensiva, entonces el tema de activar el conocimiento nos ayuda a nosotros mismos como docentes para saber desde que punto partimos o las expectativas reales a las que uno puede llegar y como para verlo de

manera global también como se llama esto una evaluación diagnóstica nosotros aplicamos esto más o menos para saber más o menos en qué nivel está.

Persona 2, psicopedagoga.- Si aparte también porque siempre va a estar el cómo adiente emocional que el niño pueda relacionar por ejemplo cuando contamos general eh con la otra profesora también nos hemos puesto a seleccionar los libros, estamos tratando de armar como una biblioteca para que se haga como el sector de las lecturas para que se haga un poco más significativos para ellos y sacarlos de una sala para llevarlos a otra sala y ahí realizar los cuentos, porque ella también estaba implementando en el cuento por ejemplo si en el cuento dice llovía lanzarles agua un poquito en la cara para que sintieran y formaran parte de la historia entonces siempre hay un variante emocional tomando las cosas vividos por los niños, la mayoría de los cuentos son de animales los que tenemos entonces siempre les recordamos por ejemplo y tu tienes un perro y mira el cuento es de un perro para que ellos también puedan recordar y unir lo que conocen respecto al perro que tienen en la casa con la historia que se está desarrollando.

5.- ¿Identifica en sus estudiantes los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje de los estudiantes?, ¿Cree importante planificar sus actividades a partir de los ritmos y estilos de aprendizaje?

Si cuando ellos llegan lo primero que tratamos de hacer es probar los diferentes estímulos en ellos entonces nos hemos dado cuenta que tenemos más niños musicales, más sonoros, necesitan más estímulos por esa vía y otros niños que son más visuales por ejemplo Rodrigo que está ahí es netamente escucha más porque tiene un déficit visual y a él le gusta mucho los sonidos por ejemplo cuando lo llevábamos para afuera le hacíamos, le rompíamos las hojas secas cerca del oído y a él le encantaba se reía tonces cuando ellos apenas llegan empezamos a trabajar los diferentes materiales para identificar cual es la vía sensorial donde más se puede estimular y trabajar.

¿Cree importante planificar sus actividades a partir de los ritmos y estilos de aprendizaje?

Si de todo lo que tratamos de hacer en general. Los que tienen más necesidad por ejemplo en este momento lo tenemos al Dylan que tienen más NE porque tiene sordo- ceguera con el estoy trabajando un plan individualizado y personalizado, osea acá se hacen muchas actividades, pero Dylan no participa de ellas porque él tiene un trabajo separado porque no se puede adecuar a las actividades como para lo que el necesita entonces según lo que el necesita nosotros planificamos totalmente individual un PACE.

6.- Si aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión en los estudiantes, mencione una de ellas que ha sido eficaz.

Muy complejo algunos ni siquiera han adquirido la comunicación oral entonces en general son situaciones si se están trabajando con muchos niños por ejemplo el Osvaldo, Rodri, se busca una forma de comunicación alternativa por medio de pictogramas Dylan se comunica con señas.

¿De alguna forma ellos al comunicarse reflexionan, entienden lo que ustedes les dicen?

No sabemos hay niños por ejemplo como Rodri como Osvaldo que ellos expresan mucho con sonrisas cuando están de a buenas muy gestual algunos cuando están incómodos o no les gusta la actividad que estamos realizando comienzan a quejarse a llorar ahora por ejemplo lo de Rodri no fue eso si no que en estos últimos días Rodrigo ha estado muy sensible al parecer hay un tema muy complejo con su salud entonces anduvo medio lloroncito todos estos días el no participó en las actividades pero los otros niños por lo general nos hacen saber a través de sus gestos y otros niños tiraban las cosas pero no mediante una comunicación verbal, los que son capaces de comunicarse oralmente al menos desde mi experiencia este trimestre no son capaces de emitir frases son palabras por ejemplo conceptos básicos que dicen y nada más no es como que puedan reflexionar, creo están en un nivel de comunicación más bajo que presimbólico entonces no llegan a comunicarse, pero hay otros niños que si podían hacerlo porque cognitivamente estaban bien, solo tenían comprometido el sistema motriz y estaban en rehabilitación acá, pero no hemos tenido una actividad en la que puedan reflexionar en conjunto quizá solo un niño pueda en el momento reflexionar y los demás niños y los demás niños solo hasta el nivel que puedan.

7.-¿Cuenta con herramientas para evaluar las competencias lectoras? (Por ejemplo: test, pruebas informales). ¿Considera necesarias? ¿Por qué?

Si pero no se aplican tenemos muchos instrumentos como para evaluar eso pero no noo serían significativos utilizarlos según el contexto en el que nos encontramos claro por ejemplo tenemos evalúa clpt pero no como te digo los tenemos pero no lo utilizamos.

Persona 2 psicopedagoga. - tenemos muchos test psicológicos que se utilizan a nivel nacional en general y también hay evaluaciones dentro de la fundación evaluaciones más pedagógicas que se pueden aplicar para medir la comprensión lectora, pero en este momento no se están realizando con los niños que tenemos quizás más adelante cuando tengamos estudiantes más acordes para poder hacerlo.

¿Ustedes consideran necesarios que haya estos instrumentos?

Quizás no esos, pero si debe haber un instrumento que evalúe el tema de la comprensión lectora el tema del pensamiento matemático, tiene que haberlo osea no sé si eso sean los

mejores los que tenemos, pero definitivamente hay que aplicarlos para saber más o menos en qué nivel o escala en la que empezamos.

Persona 2.- Si acá lo ideal es que el colegio de origen del estudiante se comunique con nosotros y nos mande informe o nos indique en que nivel está el estudiante pero nos ocurre en muchas ocasiones que ellos no se comunican nosotros les avisamos que el niño está acá pero no hay feedback, entonces no nos ha llegado ningún informe ni nada y nosotros tomamos al niño desde cero, nosotros empezamos a evaluar al niño en que nivel está y desde donde partimos entonces es importante digamos aplicar este tipo de evaluaciones para tener una base y desde ahí comenzar a trabajar en la escuela.

8.- ¿Considera que los resultados de la autoevaluación por parte de los estudiantes, le permitiría conocer cómo está su rol como docente mediador? ¿Por qué?

Si es que uno se retroalimenta en base a la experiencia que tienen los estudiantes con uno o sea en este caso volviendo a lo mismo en este contexto no se podría realizar pero en cualquier otro el tema de un colegio regular, en la universidad creo es fundamental tener una autoevaluación y una coevaluación porque también es importante evaluar el trabajo que uno hace como en el otro y según esos resultados como replantearse el trabajo que uno hace quizá redirigirlos por eso es necesario mejorar lo que haya que mejorar.

Persona 2.- Si es fundamental también porque eh bueno si se pudiese en este contexto realizar la autoevaluación sería bastante importante porque sería otro método de evaluación que nos serviría para recolectar más información, mejorar las prácticas pedagógicas y como mencionaba Dani la coevaluación igual se hace en la fundación algo así como una coevaluación el director ahí nos evalúa tiene una pauta y todos esto en pro de mejorar digamos la experiencia de la fundación con los niños pero si es fundamental en realidad todo sirve como información, no se cuestiona.

9.- ¿Cuáles con los factores externos que favorecen o limitan el desarrollo de competencias lectoras en los estudiantes atendidos en el Programa?

N ^o	FACTORES	LIMITA N	FAVOREC E
1	Tiempo de permanencia de los estudiantes en el establecimiento de salud	a	
2	Coordinación con la institución educativa de origen		
3	Efectos del tratamiento o situación de enfermedad / hospitalización		
4	Asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa		
5	Espacio (infraestructura) en donde se brinda la atención educativa		
6	Recursos didácticos limitados		
7	Número de estudiantes atendidos simultáneamente		
8	Nº de docentes para atender a los estudiantes		
9	Otro: _____		
10	Otro: _____		
11	Se cuenta con textos de interés para los niños que motiven la lectura		
12	La disposición que tienen los niños		

Mira Yo creo que principalmente lo emocional, lo emocional te puede afectar tanto positiva como negativamente considerando que están hospitalizados que están yendo a terapias de medicamentos de una rutina que nosotros nadie de acá es capaz de dimensionar te influye o sea no ves la misma actitud sin ir más lejos no se puede comparar un colegio regular con esto y es totalmente distinto la universidad al cierre entonces más que como factores externos concreto creo que es lo emocional lo que te provoca estar en un hospital y bueno el apoyo familiar y el manejo de las personas que trabajan que te tratan tratan los médicos los enfermeros, técnicos, los quimio los profes todos en conjunto. A los más grande por ejemplo lo que pasaba con la Yuli que era muy selectiva ella con nosotras era un amor todo bien pero le tocaba alguien que no le simpatizaba y no quería hacer nada, se frustraba entonces ese factor del manejo del estudiante creo que es lo que más en este contexto se puede ver.

Persona 2.- Si como comentaba Dany tenemos niños que vienen de otras regiones de Chile y están acá hospitalizados durante meses que se van cansando quizá al comienzo están un poco más abiertos y después van bajando la animosidad digamos de venir al colegio entonces lo

emocional es un factor grande el que influye en los niños también la estimulación que tienen desde la familia pasa que me contaron el año pasado porque a fin de año a los niños tratamos de estimularlos en el tema de la lectura y cuando se hace como una ceremonia les regalamos libros, un libro a cada niño nosotros lo elegimos y se lo regalamos me ocurrió el caso de un niño que era su primer libro en la vida nunca había tenido un libro entonces igual es fuerte se nota ahí el contexto que tienen familiar en que hay niños que cero estimulación de la lectura y bueno últimamente igual el instituto el hospital hizo una liberación de libros entonces nosotros aportamos con varios libros que teníamos y ahora hemos visto libros en la sala de los niños y los niños ahí aprovechan de leer pero es un trabajo en conjunto y como factor externo es muy importante que el hospital la familia favorezca digamos la animación lectora fomente la lectura y bueno otro factor que en este caso se da el tema cognitivo de los niños porque como te comentábamos los chiquillos quienes en este momento están más comprometidos ellos su comprensión lectora queda en lo que nosotros les contemos, las sonrisas que nos con respecto a lo que se siente en el momento como están.

Tiempo de permanencia de los estudiantes en el establecimiento de salud. –

Siempre va a favorecer yo creo más que limitar eh quizá puede limitar en el hostigamiento si uno insiste mucho en la, actividad que no es lúdica puede provocar como aburrimiento, pero no creo que la palabra sea limitar si no como favorecer de algún modo va a hacer un aporte quiero pensar que el trabajo que uno realiza para fomentar la lectura la escritura tiene un aporte y los niños lo toman así.

Persona 2.- Acá tratamos de hacer que la hospitalización de los niños sea lo más grato posible por eso estamos acondicionando la otra sala los libros eh cuando ya han estado en hospitalización de un mes le tratamos de hacer un regalito regalar un libro tb para que se lo lleven tratamos de todas las formas posibles tratar de fomentar la lectura por eso mismo la lectura de cuentos es súper completo trabajamos todas las áreas matemáticas, lengua ciencias y las cosas más funcionales para los niños que son colores, cantidad o las cosas que son más favorables en su vida el tema de higiene, alimentación conocer animales el tema que sea más funcionales para ellos todo se puede trabajar por medio de la lectura.

Coordinación con la institución educativa de origen

Yo creo que por un lado limita porque muchas veces nos pasa bueno cuando van los niños al colegio regular nos mandan la guía es como que el niño ya tiene que hacer eso, la prueba cuando va a la escuela especial pueda que nos mandan el informe del niño y ahí queda un poco más abierto y podemos nosotros en realidad lo que esperamos realizar en el momento con el niño y ahí quizá pueda ser más favorable pero eso es lo que nos sucede cuando el colegio de origen manda la guía de lenguaje eso hay que hacer entonces ahí nos vemos más limitado y tenemos que tener al niño haciendo su trabajo del colegio más que participar de

las actividades aunque igual los hacemos participar pero es más limitado el tiempo que tenemos para poder hacer todas las actividades que nosotros estamos planteando.

Persona 2.- Yo creo que es más limitado por el tema de que no entregan mayores antecedentes de la condición en la que esta, el tema de la lectura porque ellos hacen la tarea práctica que se trata del contenido de las guías que deberían hacer los chicos, pero no cuentan cómo se estaban desempeñando en la escuela o el proceso que han tenido las dificultades que presentó entonces nos toca empezar desde cero de lo que nosotros vemos y desde ahí partimos.

Efectos del tratamiento o situación de enfermedad / hospitalización

Limita totalmente el contexto de enfermedad es algo que limita de manera global la vida de los chicos no solo en la lectura sino en cosas de actitud de participación de cooperación de lo social o sea yo creo que lo de la lectura es un pelo muy más chico dentro de todo lo que significa tener la enfermedad y estar hospitalizado.

Persona 2.- Si lo que más tratamos nosotras de ser acá es lo más flexibles con los tiempos de los niños porque como te comentábamos tenemos niños que llegan muy emocionados acá al comienzo, pero después de tanta hospitalización el mismo día durante tantas terapias están muy agotados y no tienen muchas ganas de participar en las actividades entonces tratamos de estar flexibles y abiertos a cualquier cambio.

Asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa

Si ellos están hospitalizados durante cierto período de tiempo se hospitaliza 3 días y tiene que recibir educación hospitalaria hay leyes acá en Chile que habla de que la educación debe ir para todos y por estar en hospitalización y enfermedad se restringe eso entonces apenas llegan los niños se empiezan a hacer las gestiones para que participen no es voluntario.

Y eso limita o favorece la comprensión lectora yo creo que favorece porque tenemos varios niños que como te comentaba quizá cero estimulaciones familiares o que como son niños con tantas dificultades eh no están yendo a colegio regular no están yendo a colegio en si entonces a veces esta es su primera experiencia educativa o es su experiencia en hace mucho tiempo es totalmente un factor positivo de que vengan del colegio acá y que puedan recibir una estimulación en el factor lector.

Espacio (infraestructura) en donde se brinda la atención educativa

Favorece en este contexto yo creo que favorece quizá en otros contextos el espacio sea más chico puede que limite, pero al menos en este colegio están los espacios para que se realicen actividades en el tema de la comprensión.

Hay una sala de lectura que se están usando hay libreros que está a la altura de ellos y si quieren leer pueden tomar los libros que deseen.

Recursos didácticos limitados

Limita porque los recursos didácticos jamás deberían ser limitados, no acá la imaginación de nosotras siempre es infinita, nos ayudamos harto entonces si se nos ocurre cierto tipo de material didáctico entonces manos a la obra, si no hay material se construye.

Número de estudiantes atendidos simultáneamente

Depende de la actividad o sea si una propone una actividad grupal obviamente va a favorecer a todos los estudiantes se pueden ayudar entre ellos siempre la relación entre pares puede ayudar, pero obviamente si es una actividad planificada para un grupo o sea también siempre es necesario hacer planificaciones individuales actividades para cada uno quizá para ver los progresos de ellos.

Persona 2.- Si somos súper flexible en el caso de que falta una de nosotras tratamos de digamos flexibilizar la planificación y claro quizá juntar un par de niños y en general los niños que sean más funcionales como el caso de la Antonella que es una niña más grande nos ayuda, siempre con los niños más funcionales tratamos de que sean como mediadores que nos colaboren con los niños que tienen más dificultad entonces siempre con la flexibilidad podemos mejorar.

Se cuenta con textos de interés para los niños que motiven la lectura

Si escogemos los textos de acuerdo al interés del niño si se de hecho tratamos de preguntarlos a ellos a veces con una sonrisa nos comunican.

El número de docentes para atender a los estudiantes. -

Otro.- No sabría decirte en base a nuestros estudiantes pero a nivel regular se deberían cambiar las bases curriculares ese es como el punto de partida para mejorar el tema de la comprensión lectora porque los programas con los que se trabaja actualmente son muy viejos y no se actualizan hace algunos años y están estancados ahí y o sea todo ha evolucionado menos los programas de estudio hay que renovarlos actualizarlos hay que poner y quitar cosas.

Persona 2.- Un factor muy importante es el tema de la familia el tema de la información de los colegios porque vienen muchos niños que desconocemos como se ha trabajado con ellos, como son niños de educación diferencial pueden tener un currículo con enfoque funcional entonces puede que se vea más mermada la estimulación lectora.

Ustedes escogen el material con el que se va a leer aquí.- Si tenemos toda una selección nosotros encojemos los libros, lo ideal y estamos dejando aquí son libros con texturas con pop at que se levanten imágenes lo más estimulable digamos visualmente también que tengan más animales onomatopeyas que sean bien estimulantes para los niños por todas las vías y también hemos dejado una colección de cuentos clásicos que jueguen con los conocimientos de los niños

10.- ¿Cuáles es la disposición que tienen los niños hacia la lectura?

11.- ¿La familia muestra interés por la lectura con los niños que participan en el Programa?

Es que acá están en rehabilitación entonces se centran en otro objetivo nadie viene a este colegio a potenciar el tema de la escritura de la lectura vienen por otro tipo de cosas.

Persona 2.- Los objetivos de hospitalización el tema de la rehabilitación para volver a caminar o el tema de la comida por ejemplo en realidad los papás se enfocan en esos objetivos y el tema educativo está por ahí algunas veces están felices de que los niños pintaron con tempera y otras veces bien. Ahora con la liberación de libros yo he visto que han usado los libros pero no he visto a una mamá sentada leyendo.

12.- ¿El Programa cuenta con material didáctico que incentive la lectura en los niños?

13.- ¿Los niños participan de manera grupal en experiencias de lectura?

14.- ¿Cuáles son las temáticas de interés en la lectura de textos por parte de los niños que participan en el Programa?

¿Qué libros les gusta más a los niños?

Los de las películas Superman, Iron Man, la Capitana América eh la Princesa los Disney Cars todo lo que tiene que ver con estos monitos que ven o escuchan esos son más significativos para ellos recuerdan más que el texto. En el caso de los niños que están más comprometidos tratamos de usar cuentos de animales porque son la forma en que se pueden meter más onomatopeya o sonidos.

15.- ¿Considera que es necesario contar con orientaciones para mejorar sus prácticas pedagógicas para el desarrollo de competencias lectoras?, ¿Por qué?

Yo creo que si siempre va a favorecer a la formación de uno como docente no solo en el tema de lectura si no en lo que uno pueda aprender creo que es bueno si hay cursos que ayuden a nuestra formación yo lo haría.

Persona 2.- En mi caso yo me he capacitado porque me gusta el área hice un diplomado, mediador de lectura cuenta cuentos, pero es importante estar capacitándose como docente y esto sirve como una práctica en el aula.

GUÍA DE ENTREVISTA.

5.1 Tema: Buenas prácticas pedagógicas desde la Teoría de Modificabilidad Cognitiva Estructural.

HOSPITAL MILITAR DE CHILE

Cómo se maneja el colegio, escuela hospitalaria y regular.

Diferencia entre escuela, colegio y aula hospitalaria.

Depende el caso nosotros como tal tenemos atención en sala aula acá que los niños vienen es de afuera tenemos tb sala cama que debemos ir a los distintos servicios a atender a las distintas camas a los distintos alumnos pacientes que asisten a cada uno de ellos. Ahora la diferencia principal se da en que por ejemplo en sala cama uno tiende a ver ciertas asignaturas que son elementales, uno se enfoque en matemática porque el período que se está con cada niño va reducido vs aquí el colegio los chicos cumplen con un horario de clase y ellos reciben todas las asignaturas que el Ministerio de Educación es el que asigna por lo tanto nosotros estamos cumpliendo al 100% con los planes y programas que se proponen desde el ministerio.

Los chicos aprendieron mucho los chicos están aprendiendo música tienen educación física lenguaje matemática y ciencias naturales e historia en educación media además se ve las ciencias como física y química y además filosofía entonces en el fondo nosotros pasamos por todas las asignaturas al igual que una escuela regular o un colegio regular.

Nosotros acá en este colegio somos tres docentes ya ella es nuestra alumna de práctica esta la docente que en este caso es Pilar la que se encarga del primer ciclo básico primero segundo tercero y cuarto básico, trabaja con ellos las distintas asignaturas ella es unidocente y después posteriormente Bárbara y yo nos encargamos de ver a todos los chicos que van de 5to a 4to medio y hay división de asignaturas. Bárbara está encargada de las asignaturas de historia y de lenguaje y yo principalmente de matemáticas y todo lo que tiene que ver con las ciencias: biología física, química de que sea necesario y así hemos podido organizar entonces es un colegio que se cumple con todo lo que se exige desde el ministerio, la diferencia que tenemos con un colegio regular o de origen es que en Chile se están cumpliendo una mayor cantidad de horas dentro del colegio ya nosotros somos un colegio flexible por lo tanto tenemos un horario disminuido también por la circunstancia y por el contexto hospitalario hay que considerar que hay chicos que vienen acá con tratamiento son chicos que tienen tratamiento para salud mental hay fobia social, fobia escolar, bullying, depresión entonces lo que se hace es no agobiar se trabaja de manera más lúdica se trabaja de manera más flexible atendiendo las necesidades más particulares de cada uno de los estudiantes y se tiene este horario reducido que permite que se cumpla cada una de estos objetivos, no estamos agobiando al niño, el niño no eh yo creo que es un horario que no permite que el niño llegue a una fobia

escolar, pretendiendo que ellos salgan de esto y aprovechando el horario de la mañana que están más activos.

¿Cuándo van ustedes a piso?

La verdad es que en este momento no estamos yendo generalmente en este hospital son pocos los niños que están hospitalizados, no es la condición de otros hospitales. Antiguamente el hospital militar solo podían atenderse gente que era de la institución ya ahora el hospital militar está abierto para todo público y no se ha vuelto como masivo porque se sigue pensando que es de la institución por lo tanto se puede evidenciar que nuestros estudiantes todos son hijos de funcionarios de la institución eso hace que los servicios sean muchos más lentos y además que estamos teniendo una diversidad mucho más compleja dentro del establecimiento eh y nos faltan manos para hacernos cargo de todas y además ir a servicio porque no sabemos a qué momento les vaya a dar una crisis.

¿Ustedes tienen vínculo con el equipo de salud?

Si nosotros trabajamos con el equipo de salud ahora de manera directa en qué sentido que nosotros hablamos con la psiquiatra con la psicopedagoga para ver cuáles son los avances o los objetivos a trabar eh siempre nos están preguntando como los estamos observando dentro de la clase si estoy en períodos de concentración adecuada como está la memoria como están en el aspecto social porque hay varios niños pequeños que la mayoría son síndromes de Asperger entonces siempre nos estamos comunicando de cómo está el estudiante por si hay que hacer algún cambio farmacológico o si hay que potenciar alguna área sobre todo la social que es la que más se ve afectada.

Más grandes tienen fobia escolar o social, y eso va de la mano con la depresión.

1.- ¿Considera que es necesario contar con un formato de planificación didáctica? Si cree necesario, ¿Cuáles serían las ventajas?

A ver no tenemos nosotros una planificación, pero cada docente va agregándole la actividad que crea necesario según las características de los niños por ejemplo yo no podría trabajar de la misma manera con los pequeños, los pequeños son niños mucho más inquietos que necesitan esta parte más abstracta donde haya trabajo más colaborativo para potenciar las habilidades, en cambio los grandes son más autónomos les gusta trabajar más de manera individual si también hay trabajo colaborativo porque también hay que potenciar la parte social porque después de la fobia social o escolar generalmente tienen rechazo a estos ambientes y se tiene que potenciar el trabajo colaborativo dentro de la planificación, pero no hay una planificación como tal, hay una planificación de contenidos pero nosotros vamos evaluando de acuerdo las características de nuestros estudiantes las actividades que les presentamos.

Ahora esa planificación la vamos a entregar mes a mes y por lo tanto yo ya se lo que voy a trabajar a mitad del mes y al fin del mes ya hay una planificación no es que la planificación no exista o se vaya haciendo una planificación al minuto, la planificación se va trabajando de manera adelantada de hecho hay planificaciones que ya están hechas para todo el año de hecho esas planificaciones lo bueno es que son flexibles ya que como tu ves hay cosas que pueden pasar como el que los estudiantes no vienen porque están enfermos o tienen control médico o no se po hay que trabajar como este caso del medio ambiente que desde el hospital se nos pidió presentar un proyecto y se está trabajando en eso entonces si lo bueno lo que te decía que es muy flexible también la planificación.

Persona 1.- yo creo que siempre es necesario una planificación didáctica eh es necesario salir más bien de este patrón más bien universal los colegios de origen tienden a ser muy uniformados no tomen en cuenta las características de cada uno de los niños sus necesidades es decir se tiende a uniformar la enseñanza. La didáctica te permite trabajar con distintas habilidades y por lo tanto llegar y cubrir las necesidades de cada uno de estos chicos.

Cada uno tienen ritmos y aprendizajes distintos entonces lo que funciona con uno probablemente no funciona con el otro entonces ahí no se si es visual se trabaja un vídeo, pero al otro no le gusta el video le gusta el trabajo kinestésico, concreto igual esos niños van trabajando desde su propia forma de aprendizaje eso es lo bueno de que exista un número reducido de estudiantes, nos permite ir trabajando con diferentes métodos.

Persona 2.- Si nos permite tener como más acceso a una planificación más diversificada exacto se basa mucho en las necesidades sobre todo en este contexto en que las necesidades son muy distintas entre si a pesar de que tenemos chicos de las mismas edades cada uno es un ser distinto entonces si se hace necesario tener totalmente.

Persona 3.- A mí me gusta cómo se trabaja acá en el sentido de que como se decían las chiquillas tenemos la planificación del mes pero si vamos viendo todos los día no se todo lo que se va a hacer, bueno hoy día a lo mejor se va a hacer esta actividad y nosotros habíamos pensado otra cosa pero tiene la oportunidad de cambio de modificación y adaptación para cada estudiante a lo mejor una va a ser más otra menos pero existe esa posibilidad eso como súper rico porque los niños no se frustran eh si pasa que a veces no se po algunos avanzan unos muy rápido otros muy despacio y van mirándose entre ellos pero tb eso les da un aprendizaje a ellos como ir a su propio ritmo creo que bueno si se trabaja el contenido del ministerio es bueno pero la formación valórica acá es importante y lo más rico, yo cuando llegué aquí los chicos eran muy distintos de lo que han ido mostrando mes a mes es bonito ver ese cambio que no solo es en los contenidos específicos, en los contenidos materiales sino que tb es como persona uy eso es lindo ver que no se da tanto en los colegios que hay que entregar el conocimiento y son 30 35 estudiantes y no puedes relacionarte de esa manera tan cercana tan íntima con el estudiante eso es lo que más me gusta en crear planificaciones como para cada uno adaptándola para cada uno.

¿Pero ustedes siguen un modelo que les da el ministerio de educación para cada grado?

Lo que pasa es que el ministerio no da la planificación lo que entrega es una red de contenidos que son los que tienen que ver durante el año estos son los contenidos y objetivos para la unidad 1, unidad 2, unidad 3 y unidad 4, así va dividiéndola las dos primeras unidades para el primer semestre y las otras dos para los dentro de esos planes y programas entregan objetivos, entregan indicadores y contenidos de aprendizaje eso es a nivel súper genérico y cada colegio y cada docente los recoge en este libro y va escogiendo indicadores y objetivos de aprendizaje ya y finalmente voy a entregar este tipo de modelo de evaluación con este tipo de actividad ya

¿Pero esto es para todos los colegios regulares o hay bloques o contenidos que sean para el colegio hospitalario?

Son para colegios en los que uno se puede adaptar a las escuelas hospitalarias, las planificaciones las hace los colegios, pero tomando los planes y programas que hace el Ministerio de acuerdo a cada colegio uno puede agregar más es solo una base.

¿Pero esa base es para colegios regulares o para colegios hospitalarias?

No nuestra base es súper flexible insisto en eso, los planes y programas que te mencionaba ahí entregan los mínimos obligatorios que te exige el Ministerio por lo tanto esa es nuestra base, es para todos nosotros somos colegio regular tenemos una característica que es hospitalario pero somos colegio regular por lo tanto ministerio nos entrega estos contenidos mínimos obligatorios y las trasparamos a nuestra planificación te fijai entonces en nuestra planificación nosotros colocamos las habilidades que queremos trabajar, los objetivos los contenidos y las actividades esas actividades posiblemente no sean las mínimas que en una escuela regular ya.

2.- ¿Cuál de las metodologías planteadas en el Modelo de Gestión y Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, aplica en su práctica pedagógica para el desarrollo de competencias lectoras?

- (lúdica
- personalizada,
- flexible,
- innovadora,
- multinivel)

Persona 1.- Pili nosotros usamos el método tradicional funciona por lo menos con estos estudiantes **¿Cuál es el método tradicional?** Casi un modelo, así como conductista en el caso de lecto escritura porque estos niños son súper parcelados entonces necesitan adquirir una habilidad para agregarle otra entonces entonces empezamos de manera concreta igual

aplicamos vamos aplicando nueva metodología pero seguimos el método más conductista en este sentido de la parte inicial para la lecto escritura y justo ayer estaban con el proceso lector y tuvimos que ir paso a paso con el método tradicional y dividir los procesos pero ahora que ya lo dominan intentamos hacerlo más lúdico más entretenido, para que enganchen con el proceso de lectura y escritura, la escritura es lo que más les cuesta pero ya tienen la mayoría como que se niegan a traspasar el trabajo a la escritura pero estamos tratando probando nuevas formas esperamos que se vayan concretizando.

Persona 2.- Justo la profesora que trabajaba en comprensión lectora se fue era profesora de lenguaje llegó y ya está una semana con nosotros era como un trabajo de reestructuración pero mira la verdad es que trabajamos comprensión lectora igualmente en cada clase se le da algún texto pequeño donde puedan ellos sacar como son más grandes poder inferir sacar información y eso les ayudado además a incrementar el vocabulario y generar un hábito lector eso es como el objetivo es lo que te puedo decir, lo que veía en la profesora anterior eh tb además como esas lecturas diarias puede ser una lectura silenciosa como puede ser una lectura compartida también cada uno de los chicos tiene que escoger cierta cantidad de libros por semestres entonces tienen una lectura de la casa y después finalmente ellos llegan a una evaluación ya donde en el fondo se puede ver cuánto saben cuánto aprendieron del libro y aplicarlos algunos reglamentos como básicos como por ejemplo género narrativo, personajes principales secundarios nudo el clima que este del cuento o del texto de la novela tb y se va air trabajando en distintas cosas también se va trabajando el contexto del, libro y algunos se van adentrando en los elementos que tienen que ver del género literario.

3.- En caso de que aplique actividades de iniciación y motivación para que los estudiantes se interesen por la lectura, mencione una que considere que ha sido eficaz.

Persona 1.- yo creo que el hecho de que los niños puedan dirigir las lecturas es como una motivación externa, ellos acá pueden elegir el texto que se va a evaluar ahora las estrategias que yo he utilizado no son tan como motivadoras, pero si son como estructuradas como el leer volver a leer subrayar identificar el tipo de preguntas si es de identificación, análisis, inferencia eso estamos trabajando con los chicos.

Persona 2.- Me he dado cuenta que cuando estaban con Denise me acuerdo que hay algo que les gustaba mucho era compartir la lectura eh por ejemplo escogían una lectura siempre escogían lecturas que podían ser símil a sus propias vidas entonces cada uno después daba como su opinión su apreciación frente a la lectura y siempre eran relacionado con aquello que les había tocado vivir entonces finalmente se daba una especie de debate y una posibilidad también de que pudieran contar de lo más íntimo de ellos mismos era súper bueno lograban como una cercanía súper marcada sobre todo con Denise llegaron a tener un buen vínculo y se daba justamente por esto porque se permitía mucho la conversación. Yo creo que es una de la cosa que servía bastante.

Persona 3.- Con los pequeños algo que funciona para motivarle la lectura es darle con anticipación por ejemplo siempre se les presenta una imagen asociada al texto y les invitamos a imaginar de que se podría tratar cuál es el conflicto depende del texto o visualmente identificar si está escrito a la inversa o está escrito más completo entonces empezar a diferenciar los tipos de texto y en bueno y a medida que va leyendo de repente funcione hacerle más lecturas compartidas o pares y así cada uno tienen que irse regulando porque cada uno tiene una fluidez distinta a la lectura que tienen que ser respetuosos tienen que esperar que su compañero termine y ellos a su vez tienen que seguir la lectura con su dedo o con el lápiz o con la regla y la idea es que todos vayan participando con la lectura esa estrategia nos ha funcionado mejor que cuando se les pide lean individualmente leen todos a la vez y les cuesta mucho la lectura silenciosa, les cuesta el escucharse, la lectura silenciosa debe estar bien adquirida, entonces se forma murmullo una niña no se concentraba entonces vamos a la lectura compartida por lo general en todas las actividades que implica que todos van a leer el mismo texto por ejemplo y después cada uno trabajan en las preguntas de comprensión.

4.- ¿Considera importante activar los conocimientos previos en los estudiantes antes de iniciar la lectura?, ¿Por qué?

Persona 1.- Porque los anticipa y ellos van relacionando anteriormente estos conocimientos que ellos tienen con lo que están leyendo y hacen una conexión, entonces les da espacio para una comprensión.

Persona 2.- Si también creo lo mismo aparte de conectar las ideas también como refrescan un poco la memoria porque al tener nosotros menos horas como que es más fácil que los chicos olviden ciertas cosas entonces empezar con algo que han visto facilita y cuando algo es fácil se vuelve más amigable para ellos.

5.- ¿Identifica en sus estudiantes los diferentes ritmos y estilos de aprendizaje de los estudiantes?, ¿Cree importante planificar sus actividades a partir de los ritmos y estilos de aprendizaje?

Persona 1.- Totalmente es importante ir planificando de acuerdo a los ritmos de aprendizaje ha servido mucho eso de la adaptación según el estudiante hacemos constantemente para ver resultados pues son demasiado distintos unos de otros para hacer las adaptaciones pertinentes porque si esperamos que todos rindan de la misma manera se frustran porque siempre se da la comparación con el otro.

Persona 2.- Si me parece que es fundamental si de todas maneras eh creo que es uno de los objetivos como colegio finalmente entregar una metodología una enseñanza diversificada tiene que ser así en donde no podemos medir a todos con la misma vara, queremos que ellos aprendan y la manera de que aprendan es entregando lo que necesitan entonces si es diversificado de todas maneras es una de nuestras características.

6.- Si aplica actividades en donde se fomenta el diálogo y la reflexión en los estudiantes, mencione una de ellas que ha sido eficaz.

Persona 1.- Creo que en general igual se da el diálogo en todas las asignaturas ellos siempre comentan las actividades, no te podríamos decir algo como puntual, pero por ejemplo cuando trabajamos con texto en el que todos deben leer el mismo texto comentan y dicen es más fácil hacer esto o podríamos hacer esto otro entonces esas cosas se dan como naturalmente en este tipo de colegios.

Persona 2.- Si he visto eso yo creo que se da súper espontáneamente y que tienden ayudarse tienden a conversar de lo que es más fácil para ellos, hay estrategias también que tienen que ver justamente con esto sobre todo en las asignaturas de lenguaje e historia en historia es importante dialogar conversar los procesos históricos eh son súper interpretables es muy importante preguntarles a cada uno de ellos como ven cada una de las etapas históricas sin ir más allá deben ver aquí la época del gobierno militar que les pareció el golpe de estado y cada uno tiene una postura y esa postura tienen que ver con las vivencias y tiene que ver con algo generacional la cultura generacional entonces todos lo que ellos traen es importante que lo compartan eso es enriquecimiento.

7.-¿Cuenta con herramientas para evaluar las competencias lectoras? (Por ejemplo: test, pruebas informales). ¿Considera necesarias? ¿Por qué?

Persona 1.- Si contamos con ello, tenemos material de comprensión lectora que evalúa distintas habilidades a nivel progresivo el PAS y claro son textos cortos depende del nivel también como se van a aplicarse.

Todos los colegios tienen este material y son muy buenos, es un material donado y las donaciones no alcanzan para todos.

Es necesario que existan herramientas para evaluar competencias lectoras porque nos facilita a nosotras porque hay que tener bastante tiempo para crear material, en este caso está hecho y hecho por profesionales y con objetivos claros y podemos evaluar esta habilidad o cualquier estrategia, porque es necesario saber en qué nivel está para generar un plan de trabajo.

Persona 2.- Es un eje transversal de la lectura y permite integrar todas las asignaturas, si no tiene una buena comprensión lectora no va poder entender otras asignaturas.

Persona 3.- Es importante tener una herramienta para la comprensión lectora es la base y en general lo que más les cuesta.

Creo lo mismo en todos lados pruebas que están estandarizadas y no se evidencia puntajes bajos en la comprensión lectora, les cuesta entender el contenido de los textos.

8.- ¿Considera que los resultados de la autoevaluación por parte de los estudiantes, le permitiría conocer cómo está su rol como docente mediador? ¿Por qué?

Persona 1.- Pasa algo con la autoevaluación porque creo que la autoevaluación de parte de los chicos no es objetiva eh si se pudiera objetivar como realmente yo me merezco esta calificación por ejemplo eh llevando una calificación por supuesto si fueran honestos se podría realmente ver como uno lo hizo en cuanto a este rol mediador pero muchas veces aprovechan esas instancias para ponerse la nota máxima y beneficiarse y claro lo difícil es saber el error de uno sabes creo que resulta más que autoevaluación la coevaluación entre ellos y son muy críticos uno con el otro críticas constructivas que es lo que más me gusta por ejemplo esta calificación es porque no hiciste bien por este lado pero por el otro está súper bien podrías mejorar estos aspectos entonces se van dando ideas entre ellos.

Persona 2.- Nosotros por ejemplo con los más pequeños cuesta mucho que ellos valoren lo que hacen hay algunos que tienen un ego muy alto y todo lo que hacen cree que están súper bien y no reconocen su error y hay otros que están al otro lado de la balanza y hay que estar todo el tiempo potenciándola y diciéndole que lo que hacen o esta bien todavía no tienen eh como diferenciado el concepto de autoevaluación porque están en el período de crecimiento y aceptación de valorarse por ejemplo hoy día en ningún momento quedo satisfecho con lo que hizo y tenía un montón de ideas buenísimas pero no logra aceptarlas. Pero claro es un trabajo que están haciendo tratando de que ellos se validen que vean que son capaces, pero es algo que está en construcción y tb siento que funciona más la coevaluación e invitamos a todos que participen en disertaciones y que valoren el trabajo de otros.

Persona 3.- Yo no he estado presente todavía en evaluaciones o coevaluaciones, pero si estoy de acuerdo se debería dirigirlé quizá ponerles con algunos criterios que los chiquillos pudieran observar para que sean objetivos en su evaluación.

Persona 4.- Yo creo que si podría funcionar, pero no con los más chicos, incluso algunos no tienen el concepto porque lo que lograron instaurar no lo toman como muy importante.

10.- ¿Cuál es la disposición que los niños tienen hacia la lectura?

Los más pequeños con rechazo y los grandes también, cuando se les dice vamos a leer al tiro es como ahh no y hay otros que si les gusta pero creo que tiene que ver con lo que se está viviendo en general porque leer implica tiempo y ellos quieren como todo inmediato, todos están como en el celular pueden leer libros desde las aplicaciones eso más que nada creo que buscan todo como muy rápido y se pueden equivocar muchas veces en la lectura porque todo buscan muy rápido.

Persona 2.- He visto lo mismo de hecho más que el programa de comprensión es no querer leer porque se les explica o se les presenta lo mismo en un video y enseguida logra captarlo

pero es el ejercicio de la lectura lo que no les motiva y ahora que tienen celulares no quieren leer no les parece interesante.

9.- ¿Cuáles con los factores externos que favorecen o limitan el desarrollo de competencias lectoras en los estudiantes atendidos en el Programa?

El tiempo de permanencia. - Favorece porque al estar acá nosotros les damos como más tareas de lectura, leemos en clase. Cuando no están en el colegio.

Persona 2.- Yo creo que a veces limita más pienso que nos falta tiempo para dedicarle más a un trabajo de comprensión lectora, el año pasado se hizo un plan de comprensión lectora un plan anual que no siempre se podía cumplir porque era un plan diario de lectura diaria y por falta de tiempo no se cumplía.

La coordinación con la institución de origen. –

Si hemos tenido el caso de que chicos que están hospitalizados por poco tiempo 2 o 3 meses y tienen que volver a su escuela de origen ahí se genera un trabajo con ellos en conjunto con ellos y se pone en contacto y que propongan desde su escuela de origen para que continúen con el mismo plan que el resto de estudiantes.

Y es un limitante o favorece.- depende de cómo se le ve porque si ellos mandan el material a trabajar uno tiende a trabajar en eso y si no nosotros trabajaríamos y sería una limitante.

Los efectos del tratamiento o situación de enfermedad/hospitalización. –

Yo creo que favorece y limita hay chicos por ejemplo cuando están mucho tiempo hospitalizados eh tienden a buscar una actividad para hacer y ahí la lectura ayuda montones los acerca a la lectura y se dan con los niños que nunca quisieron leer y como no hallan que hacer y la lectura es el mejor panorama y las mamás son las que dicen oh mi hijo nunca le gusta leer y ahora le encanta entonces se da esa opción. Y tb por el otro lado los niños que están bajos anímicamente y no quieren nada eso influye en la lectura y no quieren leer es esa etapa que se da con los niños que están aceptando su proceso médico, su proceso de enfermedad por ejemplo con los oncólogos hay una etapa como que se van para adentro, no quieren sociabilizar no quieren ver tele no quieren jugar es como un proceso de aceptación de la enfermedad y que es un proceso que tienen que vivirlo, y hay un proceso en que empiezan a encantarse con la lectura y matemática.

Persona 2.- Obviamente depende de la enfermedad o el tratamiento en el que se encuentre el niño es su motivación de la lectura, por ejemplo, acá en cuanto a los niños no tienen ninguna enfermedad cognitiva en cuanto al hecho de que les genere una dificultad específica no tienen la enfermedad que le limita para realizar la lectura.

Asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa.

Bueno el colegio es obligatorio porque tienen que cumplir con un mínimo de asistencia, pero en PH este porcentaje es súper flexible depende de la indicación médica depende de por ejemplo un período estacionario en invierno se pueden refriar entonces deben quedarse en casa y eh cuando están en condiciones es de cierta manera obligatorio porque tienen que cumplir con proceso escolar igual, pero a pesar de todo eso tenemos un porcentaje de asistencia bastante bueno.

Espacio infraestructura en donde se brinda la atención educativa

Yo creo que favorece somos un espacio pequeño pero un espacio bastante familiar y eso hace que los niños les guste venir a pesar de que no les guste mucho la lectura pero igual y como es colaborativo como es con los amigos y con las tías que ellos quieren se da que sea un factor favorable.

Persona 2.- Es favorable porque lo evidencio mucho en las clases se hacen amigos y entre ellos se ayudan, el espacio es amigable y si tienen dudas se preguntan entre compañeros.

Recursos didácticos limitados

Yo creo que tenemos material suficiente para trabajar si yo creo que y los materiales que tenemos son una fortaleza.

Número de estudiantes atendidos simultáneamente

Eh en la comprensión lectora yo creo que favorece es un grupo pequeño y coincide que tienen el mismo nivel y permite el trabajo colaborativo y nos permite trabajar hartito eso.

Número de docentes para atender a los estudiantes

Yo creo de repente podría ser una limitante sobre todo por los más pequeños que son muy inquietos son los que dan lata y hay que estar uno a uno y nos hacen falta manos para trabajar con ellos.

Persona 2.- más limitante encuentro el tiempo que se les puede dar ahora que están aprendiendo de otra manera.

Cuenta con textos de interés para los niños que motiven la lectura. –

Por ejemplo, en nuestro caso nosotros tratamos de adaptar lecturas a los intereses de los chiquillos y tratar de organizar las lecturas.

Con los grandes no siempre trabajamos con los textos escolares y allí hay lecturas que ya vienen definidas no es necesario trabajarlas siempre a veces se trabaja textos que no les gusta mucho y hay veces que son de su interés voy a ser honesta a los grandes yo siempre les digo

cuando ustedes entren a la universidad no siempre van a leer cosas que les guste tendrían que hacerlo igual, a los grandes hay que incentivarles con cosas que les guste y por otro lado cumplir con las obligaciones.

Otro.- El estado emocional a veces favorece o limita en septiembre por ejemplo a la llegada de la primavera se desestabilizan y allí limita tienen que estar asistiendo más al psiquiatra y eso es una limitante por supuesto.

N ^o	FACTORES	LIMITA N	FAVOREC E
1	Tiempo de permanencia de los estudiantes en el establecimiento de salud		X
2	Coordinación con la institución educativa de origen		
3	Efectos del tratamiento o situación de enfermedad / hospitalización		
4	Asistencia voluntaria de los estudiantes al Programa		
5	Espacio (infraestructura) en donde se brinda la atención educativa		
6	Recursos didácticos limitados		
7	Número de estudiantes atendidos simultáneamente		
8	N° de docentes para atender a los estudiantes		
9	Otro: _____		
10	Otro: _____		
11	Se cuenta con textos de interés para los niños que motiven la lectura		
12	La disposición que tienen los niños		

11.- ¿La familia muestra interés por la lectura con los niños que participan en el Programa?

Nosotros le pedimos, a veces les enviamos material que se trabaje en casa por lo general la mayoría cumple, en los más pequeños los acompañan en el proceso educativo, pero por iniciativa propia no tengo certeza que lo hagan como un hábito en casa. Sé que Vicente lee antes de acostarse tienen un libro es como la dinámica de leer un cuento cada día, pero en los demás no tengo la certeza de que lo hagan.

Persona 2.- La verdad es que no los sé con los grandes al ser un niño más grande es como que de cierta manera también van como alejándose de este proceso escolar yo creo desde lo que yo puedo ver que no acompañan mucho el proceso menos de lectura de cierta manera tb van como alejándose creo desde lo que yo puedo ver que no acompañan mucho el proceso menos de lectura y exigencia creo que tampoco, solo si nosotras ponemos un calendario de lecturas por ejemplo el mes de mayo vamos a tomar una evaluación de un libro si ponemos fechas van a cumplir en comprar los libros y exigir que los lean ahora no sé cuánto van a acompañar eso, no sé qué tan interesados están.

12.- ¿El Programa cuenta con material didáctico que incentive la lectura en los niños?

Tenemos hartos libros exceso de material con ilustraciones, ahora que bueno que lo mencionas, desde el ministerio existen programas que se llaman biblioteca CRav, estas bibliotecas todos los años mandan distintos libros al colegio pero eran libros que nosotros no podíamos elegir entonces no sabíamos que llegaba y lo que llegaba no era acorde con los intereses de los niños entonces eran libros que se quedaban en el fondo sin leer pero a diferencia este año los libros que van a llegar el próximo año si podemos elegirlo entonces a los niños les encanta estos libros como los de cementerio de misterio claro de los zombies entonces pudimos escoger varios de lectura que tienen que ver con los intereses de ellos pueda que eso nos ayude para el próximo año sacando estos libros y tener una prueba y evaluación, para que se haga un hábito lector.

13.- ¿Los niños participan de manera grupal en experiencias de lectura?

Persona 1.-. Por lo menos dentro del aula si tratamos de hacer las lecturas compartidas por lo general.

Persona 2.- Si acá también lo bueno es que por ejemplo hay varios niños del mismo nivel eso nos permite hacer una lectura así como en equipo.

14.- ¿Cuáles son las temáticas de interés en la lectura de textos por parte de los niños que participan en el Programa?

Persona 1.- Tienen que ver con los mismos intereses que tiene un niño de su edad aquí hay les gusta leer más a los chicos de superhéroes y algunos de bichos insectos solamente de esa área y los otros están con el tema de superhéroes los más grandes todo lo que tiene que ver con esto de los zombies de los cementerios cosas paranormales eso es lo que les gusta conversan un montón de eso dicen hay que juntarse para hacer un tour nocturno por el cementerio general a ellos les gusta eso, juntan los intereses y eso hace que sea más dinámico.

La verdad es que el género literario no les gusta.

