



**EDUCACIÓN**  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



**SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL  
UNIDAD AJUSCO  
LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA**

**IMPORTANCIA DE LA RED DE APOYO (PERSONAL DE SALUD,  
PEDAGOGOS Y FAMILIA) PARA FAVORECER LA EDUCACIÓN EN  
INFANTES HOSPITALIZADOS**

**PROPUESTA PEDAGÓGICA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PEDAGOGÍA**

**PRESENTA:**

**SAMANTHA RAMÍREZ MARTÍNEZ**

**ASESOR:**

**DR. JESÚS CARLOS GONZÁLEZ MELCHOR**

**CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE, 2021**

## ***Dedicatoria***

*A Ximena y a Matías por llegar a mi vida y hacer de mí una mejor versión. Los amo*

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A mi familia**

Quiero agradecer a mi familia por estar siempre en cada paso. A mí mamá por ser el ser que más amo en la vida, gracias mamá por siempre creer en mí, por estar cada día apoyándome, preocupándote y dándome ánimos para continuar. Este trabajo es para ti también por ser ejemplo de fuerza y lucha. Sé que sin ti no sería ni la mitad de lo que soy ahora. Te amo.

A mis hermanas María Luisa, Beatriz y Amazonia, por ser ejemplo de perseverancia, sin ustedes tampoco estaría aquí. Gracias por creer que esto sería posible y tomar mi mano en cada decisión, no hay palabras suficientes para poderles agradecer a cada una. Solo doy gracias a la vida por tenerlas conmigo. Las amo.

A mis sobrinos Ximena y Matías, porque desde su llegada mi vida cambió para bien. Gracias por iluminar mi vida y hacerme feliz, los amo.

Y a cada uno de mis familiares que ya no están en este plano (†), gracias por todo lo que dejaron en mí.

### **A mi segunda familia**

Gracias a la familia que forjé en mi camino laboral dentro de la Feria Internacional del Libro Infantil y Juvenil (FILIJ).

A la licenciada Pamela Novelo por darme la oportunidad de formar parte de tan increíble proyecto que me dejó muchas enseñanzas, pero sobre todo una gran familia.

Y dentro de esa gran familia quiero agradecer a: Guadalupe Acosta, Aldo Balam, Víctor García, Samantha Herrera, Rodrigo Rocha, Erik Noé Hidalgo, Vania Huitzil, Juan Escareño, Mauricio Marín, Juan Velázquez y Alejandro Huerta, por siempre mostrar su apoyo, su amistad y sus palabras de aliento en cada momento que compartimos.

Y dentro de esta gran familia quiero dar un agradecimiento especial para Alejandro Itzacuautli Calderón Esparza. Gracias infinitas por llegar a mi vida y ver en mi lo que ni yo misma podía ver. Gracias por todos tus consejos, por las palabras en los momentos difíciles y por creer que era capaz de lograrlo. Eres una pieza clave para que pudiera elegir este camino de la pedagogía, te admiro y te quiero por siempre, mi maestro de vida.

### **A mis amigas**

A Luz Ramos Madrigal, gracias por ser mi compañera y mi amiga desde el primer semestre. Sé que este camino no hubiera sido el mismo sin tus palabras de aliento y apoyo incondicional, te quiero para siempre.

A Estefany Pavón Farfán por ser mi primera amiga y ser pieza esencial para que pudiera aferrarme a este camino. Gracias por todas las experiencias que vivimos durante este proceso, te quiero para siempre.

A Lucero García, Carina Ramírez (†) y Andrea Monroy, gracias por ser parte de este camino y sobre todo en la última etapa, gracias por todos los momentos que pudimos vivir juntas, las quiero mucho.

## **A mis profesores**

Gracias a la Dra. Tereshina Bertussi Vachi por ser la primera docente que me abrió el panorama sobre la pedagogía, sé que sin usted no hubiera llegado hasta aquí y nuestra promesa está cumplida. Muchas gracias.

Al profesor Mario Flores Girón por todo su apoyo desde el momento en que nos conocimos.

A mis sinodales, el profesor Felipe Rodríguez Durán, la profesora Martha Altamirano Rodríguez y la profesora Roció Moreno Oscos, por su tiempo y dedicación.

A mi asesor, el Dr. Jesús Carlos González Melchor, por todo su tiempo, paciencia y esfuerzo para apoyarme en este proceso que ha sido toda una aventura. Gracias por aceptar el reto y por compartirme su conocimiento.

## Índice

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO</b> .....	5
<b>1. Educación para la Salud y Pedagogía Hospitalaria</b> .....	9
1.1. Educación para la Salud .....	11
1.2. Pedagogía Hospitalaria: Definición .....	17
1.3. Antecedentes .....	20
<b>CAPITULO 2. SUJETOS DE HOSPITALIZACIÓN/ INTERVECIÓN</b> .....	27
<b>2. Los sujetos destinatarios y su contexto socioeducativo</b> .....	27
2.1. Infantes Hospitalizados/ Enfermos.....	28
2.2. Familia .....	31
2.3. Personal de salud .....	35
2.4. Pedagogos hospitalarios.....	38
<b>CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA</b> .....	43
<b>3.1 Marco Contextual</b> .....	44
3.1.1. Educación Formal .....	45
3.1.2. Educación No Formal .....	51
<b>3.2. Diseño de la Propuesta Pedagógica</b> .....	53
3.2.1. Modelos de Intervención .....	54
<b>3.3. Conformación de la Propuesta Pedagógica</b> .....	62
3.3.1 Sesión 1. Bienvenida y Presentación.....	66
3.3.2. Sesión 2. Derecho a la educación .....	68
3.3.3. Sesión 3. Derechos de los niños. ....	70
3.3.4. Sesión 4. ¿Qué es una red de apoyo? .....	72
3.3.5. Sesión 5. ¿Cómo formar una red de apoyo? .....	74
3.3.6. Sesión 6. Programa “Sigamos aprendiendo...en el hospital”. ....	77

3.3.7. Sesión 7. Reconocimiento de las emociones. ....	79
3.3.8. Sesión 8. Empatía hacia los niños en condición de hospitalización y cierre del taller. ....	81
<b>3.4. Esquema de la Propuesta Pedagógica/ Programación Didáctica.....</b>	<b>84</b>
<b>CAPITULO 4. CARTAS DESCRIPTIVAS .....</b>	<b>86</b>
4.1. Carta descriptiva Sesión 1 .....	86
4.2. Carta descriptiva Sesión 2.....	87
4.3. Carta descriptiva Sesión 3.....	89
4.4. Carta descriptiva Sesión 4.....	90
4.5. Carta descriptiva Sesión 5.....	91
4.6. Carta descriptiva Sesión 6.....	92
4.7. Carta descriptiva Sesión 7.....	93
4.8. Carta descriptiva Sesión 8.....	95
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>97</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>102</b>

## Introducción

Antes de ingresar a la licenciatura en pedagogía en la Universidad Pedagógica Nacional, entre en una disyuntiva. Tuve por mucho tiempo entre una balanza el estudiar medicina o entrar de lleno a una carrera humanista, al pasar el tiempo no me pude mentir y opte por las humanidades y por la carrera en pedagogía.

Al pasar los semestres me sorprendieron muchísimo las diversas áreas en las cuales se logran desarrollar los pedagogos y para mi sorpresa una de esas áreas, era la hospitalaria. Cuando descubrí este hecho mi corazón comenzó a latir muy fuerte, porque no podía creer que dos carreras a las cuales ame y admire tanto pudiesen estar en el mismo camino.

El comienzo de mi preparación profesional y laboral me ayudó mucho a desarrollar herramientas y actitudes que me llevaron a querer realizar mi servicio social en el Hospital Infantil de México, Federico Gómez, en el cual cuentan con el programa Sigamos Aprendiendo...en el Hospital.

Investigue sobre el hospital, las instalaciones con las cuales contaba y el contacto con el cual debería dirigirme para poder concretar una entrevista y poder realizar el servicio. Al realizar la primera llamada la encargada del área fue sumamente amable y estaba muy contenta en que me interesara en realizar mi servicio en el hospital, hablamos y me comento los papeles necesarios para que pudiera recibirme en el hospital, durante unas semanas tuve problemas ya que en el Centro de Atención a Estudiantes (CAE) me dijeron que el programa no estaba en la plataforma de servicios externos y que si no estaba validado, pues no lo iba a poder registrar.

Realice llamadas e insistí en los documentos que necesitaba para que el programa quedara registrado en la universidad, afortunadamente el hospital y la universidad lograron registrar el programa y pude obtener la carta para presentarme a la entrevista.



El día de mi primera entrevista acudí muy nerviosa, pero llena de emoción y muchas expectativas sobre el hospital. Al llegar me sorprendieron las instalaciones y lo amables que se portaron conmigo, llegue a entregar mis documentos con la encargada del programa y me regalo un libro con lo relacionado al trabajo que se hace en el hospital en el área educativa, revisamos los documentos y me dio el sello para confirmar mi entrada al servicio social, quedamos en vernos para la última entrevista con una de las doctoras y para realizar el recorrido en las instalaciones.

Al irme tuve la oportunidad de ver el trabajo que realizaban los pedagogos dentro de algunos espacios que quedan visibles, me enamore de las aulas, de los pasillo y de las personas que se apasionan por tan bonita labor.

Lamentablemente la segunda entrevista no se pudo llevar a cabo por la pandemia, en esa semana desalojaron a todo el personal que se encontraba en el departamento de enseñanza. Estuve marcando y envié correos, los cuales agradezco que tuvieran respuesta, tristemente no fueron buenas noticias. Me recomendaron que lo mejor era buscar otra institución ya que con la pandemia no sería posible saber la fecha de retorno al hospital, ese correo me rompió el corazón y las ilusiones que tenía por comenzar ese proyecto. Idealice por completo todo el trabajo que realizaría, el empeño que pondría y sobre todo tenía ya en mente la estrategia que quería llevar a campo para mi trabajo de titulación.

La pandemia me quito la oportunidad de realizar mi servicio social en el hospital, pero no me pudo quitar la pasión por lo que ya había visto y por lo cual me aferre. Algo quedo claro en mí y fue seguir con mi tema y construir con lo que tenía y con lo que pude conocer mi estrategia para aportar un poquito a esta gran área como lo es la pedagogía hospitalaria.

El hablar de la importancia de la red de apoyo en este sector, lo tuve presente una vez que me di cuenta que los pedagogos podíamos intervenir en un hospital y al investigar y voltear a ver lo poco que se puede llegar a tomar en cuenta a estos sujetos despertó en mi la necesidad de llevarlo a la construcción de un taller.

Mi formación laboral dentro de la Feria Internacional del Libro Infantil y Juvenil, así como en Alas y Raíces me abrió el panorama para realizar un taller. Una parte importante de realizarlo es tener en cuenta que no solo sea un taller en basado en la teoría, si no que todos los temas aprendidos se logren llevar a la práctica, en donde no solo sea necesario estar en un contexto hospitalario para poderse ejecutar.

Si se dice que la educación es para todos, como sociedad tenemos la responsabilidad de hacerlo saber y mucho más de hacerlo valer. Comprendo que se pueda entender que alguien que se encuentre en una condición de hospitalización lo que menos le pueda preocupar es la escuela, pero para nuestros niños lo más importante es hacerles sentir que su vida sigue siendo lo más normal posible y si las escuelas “formales” no permiten su continuidad, hacerles saber a las familias que hay alternativas y que cada uno de esos niños tienen todo el derecho de recibir una educación digna y de calidad de acuerdo a su condición y con el apoyo de todos los que forman parte del contexto hospitalario es posible lograrlo.

La presente propuesta pedagógica se desarrolla a partir de cuatro capítulos los cuales se conforman de la siguiente manera: El capítulo 1, Marco Teórico se presentan las nociones de educación, educación para la salud, así mismo también las nociones de pedagogía hospitalaria y sus antecedentes.

El capítulo 2. Sujetos de hospitalización/intervención, mencionamos a los niños en condición de hospitalización, la familia, el personal de salud y a los pedagogos o educadores hospitalarios, todos ellos mencionados ya que son a los sujetos a quienes va dirigida nuestra propuesta y a su vez es una propuesta a ser desarrollada dentro de la educación no formal.

En el capítulo 3 titulado Metodología, se abarca el marco contextual de la propuesta pedagógica, así como el diseño de la misma, explicando lo qué es un taller, los diferentes modelos y enfoques de intervención y de la orientación que se utilizaron para poder conformarla. Por ultimo en este capítulo se presenta la conformación de la propuesta pedagógica en donde se encontraran los objetivos de cada sesión y las

actividades a realizar y el esquema de la propuesta, el cual fue diseñado y pensado para llevarse a cabo durante una semana, este a su vez fue dividido en cuatro bloques; el primer bloque cuenta con una sesión y en él se abarca la bienvenida y presentación; el segundo bloque fue dividido en dos sesiones y se presentan temas relacionados al derecho a la educación; el tercer bloque se conforma por tres sesiones y se diseñaron temas de acuerdo a la red de apoyo; y el bloque cuatro fue planeado dentro de dos últimas sesiones, desarrollando temas sobre las emociones.

En el capítulo 4, se presentan las cartas descriptivas de la propuesta pedagógica diseñadas por sesión. Por último se presentan las conclusiones sobre la propuesta pedagógica.

## CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

La educación es un derecho esencial para todos, hablar sobre educación permite a las personas un progreso no solo intelectual, sino también social. Para que esto suceda influye sin duda el ambiente, las condiciones donde el alumno estudia, los recursos y estrategias didácticas con las que se les enseña.

De conformidad con diversas disposiciones normativas, la educación debe ser de calidad y para todos, pero la educación para los niños que se encuentran en situación de hospitalización en ocasiones no lo es, las estrategias, materiales didácticos e incluso los programas que se utilizan no son suficientes o no se realizan de acuerdo a la condición de estos niños.

Adentrarnos a nuestra sociedad y ver la cantidad de problemas que hay a nuestro alrededor en sectores vulnerables es un foco de atención para poder analizar, es así que mi propuesta pedagógica surge por la inquietud de dar voz a los niños que se encuentran en condición de hospitalización, los cuales en muchos casos ante esta condición dejan de recibir atención educativa o es claro que tampoco se ve como una prioridad. Pero también es cierto que cuando ellos salen de los hospitales es muy difícil reintegrarlos al sistema educativo formal, por ello darles voz ante el derecho a recibir educación y saber qué tipo de atención educativa reciben en estos espacios es para mí muy importante.

Lizasoáin (2015) en su artículo *El niño enfermo y su derecho a la educación* comenta que en décadas pasadas, en las unidades médicas pediátricas el ambiente era bastante rígido y por ello no había lugar para la educación de los niños. Menciona también que René Spitz en 1945 describe el “síndrome de hospitalismo”, esto hace referencia a las consecuencias negativas que se desarrollan por el ingreso a un hospital sobre el desarrollo infantil.

A partir de esto la pedagogía hospitalaria comenzó a implementarse y evolucionar, siendo sustentada por el derecho a la educación, inclusión y con la finalidad de una personalización de la enseñanza.

Para hablar sobre el momento en que se implementó la pedagogía hospitalaria Chávez (2011), en el capítulo II de su tesis titulada *La pedagogía hospitalaria*, hace referencia sobre este momento.

La pedagogía hospitalaria en el mundo ha sido amparada con la carta europea de los derechos del niño hospitalizado y asimismo cuenta con el apoyo de instancias internacionales que defienden esta labor.

En Europa, las instancias que promueven la misión pedagógica en los centros hospitalarios están conformadas por la sociedad civil y operan bajo distintos principios internacionales. Un ejemplo lo constituyen los principios jurídicos establecido por la Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados, propuesta en 1986 por el parlamento europeo.

Primeramente se elaboró un documento que contiene una serie de recomendaciones para todos los involucrados con el tratamiento de los niños hospitalizados, el cual fue redactado por la Comisión Hospitalaria de la Comunidad Económica Europea. Es a partir de este documento que *se comienza ver a los niños hospitalizados no como un mero objeto de protección, ya que ahora se les considera como sujetos con pleno derecho*, lo cual también obliga a los países a cumplir y hacer valer los derechos y compromisos establecidos en la sesión europea parlamentaria, lo cual es un gran aliciente para propiciar mayor conciencia social a favor de la niñez hospitalizada (p.76).

A partir de lo establecido por la Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados se desarrolla la pedagogía hospitalaria en Europa, pero también en América Latina y el Caribe y en el 2006 nace la Red Latinoamericana y del Caribe por el derecho a la educación de niños, niñas y jóvenes hospitalizados y/o en tratamiento médico (REDLACEH).

Sylvia Riquelme (2009) en su texto *Recorrido breve por América Latina y El Caribe* comenta que:

Redlaceh es una organización internacional sin fines de lucro que aboga por que el derecho a la educación se garantice durante toda la trayectoria vital de las personas, desde su nacimiento hasta su muerte. La idea de formar esta organización surgió desde la convocatoria, en agosto de 2006, de la Fundación Educacional Carolina Labra Riquelme, quien junto con UNESCO y el Ministerio de Educación de Chile, asumió el compromiso de propiciar el intercambio de experiencias entre los países de la región que estuvieran desarrollando acciones educativas en centros de salud (p. 24).

Entre los países que forman parte de Redlaceh esta Argentina, Chile, Brasil, Costa Rica, Guatemala, Perú, Venezuela y México.

De acuerdo con Riquelme (2009) en nuestro país se ha contado con diversas iniciativas que buscan dar continuidad escolar a la población pediátrica que se encuentra en condición de hospitalización. Esas iniciativas se basan gracias a diversas leyes que respaldan los derechos de este grupo vulnerable.

Por otra parte, gracias a las leyes y esfuerzos que nuestro país ha hecho, se han implementado programas dentro de los hospitales con la finalidad de brindar apoyo a los pacientes pediátricos.

Enfocándonos en el programa que vamos a investigar, con el apoyo de la Secretaria de Educación Pública (SEP) y la Secretaria de Salud (SALUD), se crea el Programa *Sigamos aprendiendo... en el hospital*, el cual señala Riquelme (2009) tiene como objetivo, reducir el riesgo educativo de niños y jóvenes hospitalizados, así como

entre adultos. Sigamos aprendiendo inicio operaciones de manera oficial el 09 de marzo del 2005 en cinco hospitales de lo que hoy es la Ciudad de México (p.29).

Según datos de la página oficial de la Secretaría de Salud (2018) el programa “Sigamos aprendiendo...en el hospital” opera actualmente en los 32 estados de la República Mexicana, y cuenta con 193 aulas, las cuales 143 pertenecen a 106 hospitales que están a cargo de la Secretaría de Salud en los 32 Estados, otras 47 pertenecen al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 27 entidades federativas y 3 pertenecen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

A partir de esta problemática sobre la cual podemos intervenir, surge la idea de diseñar un taller cuyo propósito es crear conciencia sobre la importancia que tiene la educación dentro de este sector. Es evidente que realizar un taller dentro de este espacio es una tarea compleja, es así que se decide dirigirlo a la principal red de apoyo de los pacientes hospitalarios, quienes son: la familia, personal de salud y los pedagogos hospitalarios.

Al observar el contexto por el que viven los niños enfermos, es primordial poder también enfocarnos en el papel que juegan los demás participantes a su alrededor, en este trabajo se decide mencionarlos como red de apoyo, porque se convierten en los sujetos más próximos en la vida de los niños, si bien cada uno juega un rol distinto por la profesión y por el lazo que se tiene, sin la ayuda y la comunicación de unos con otros, el trabajo tanto familiar, como profesional se vería afectado.

El hablar del derecho a la educación nos puede llevar a temas controversiales ya que pareciera que el darle importancia para estos sectores no tuviera relevancia o pudiese ser visto como algo en segundo plano, pero poder brindarles a las familias información acerca de este tema es imprescindible, así como poder ayudar a los pedagogos hospitalarios a desarrollar muchas más estrategias para que sean llevadas a cabo dentro de este contexto y el involucrar a los médicos dentro de estos temas es darles a entender que los niños que se encuentran en esta condición

merecen ser tratadas de la manera más humana posible y no solo como un número de expediente.

Es por ello que la propuesta tiene como fines acercarse a la realidad de las aulas hospitalarias y estudiarla para generar herramientas para poder formular alternativas ante esta problemática.

## **1. Educación para la Salud y Pedagogía Hospitalaria**

En la actualidad con los movimientos sociales se ha ido dando más visibilidad a distintos grupos vulnerables en el aspecto educativo, esto ha causado que existan programas, asociaciones y teorías que han buscado desarrollarse con el sentido de dar oportunidad a dichos grupos.

Cuando la Pedagogía pretende un análisis científico, la conceptualización de la educación es su principal tarea. El análisis de sistemas permite una visión holista, global del hecho educativo (Perea, s/a).

De acuerdo con Arjona (2013), la pedagogía se ocupa de la educación como acto social y específicamente humano, con el fin de conocerla y perfeccionarla. La educación se puede diferenciar de acuerdo a tres diferentes formas de actuación: Educación Formal, Educación No Formal y Educación Informal (p.9).

Para esta investigación me centrare en trabajar en la Educación Formal con la intención de saber el modo en que se actúa dentro de la Educación para la Salud, así como dentro de la Pedagogía Hospitalaria para llevar a cabo la función del derecho a la educación.

De acuerdo con Coombs (1975), Touriñan (1984) y Trilla (1985) (citado por Sarramona, 1989) la educación formal, es aquélla que es plenamente intencional y



acontece en una estructura sistémica institucionalizada (escuela), lo cual suele conllevar el logro de titulaciones académicas reconocidas. Es la educación que está legal y administrativamente regulada (p.35).

También es considerada como una educación institucionalizada, intencionada y planificada por organizaciones públicas y organismos privados acreditados. En su conjunto, esta constituye el sistema educativo formal del país. Por consiguiente, los programas de educación formal son reconocidos por las autoridades nacionales pertinentes o instancias equivalentes, por ejemplo, cualquier otra institución que colabore con las autoridades nacionales o subnacionales de educación. La educación formal comprende esencialmente la educación previa al ingreso al mercado laboral. Con frecuencia, la educación vocacional, la educación para necesidades especiales y parte de la educación de adultos se reconocen como parte integral del sistema nacional de educación formal (Clasificación Internacional Normalizada de la Educación, CINE 2011, p.13).

De acuerdo con lo último visto, podemos decir que dentro de los hospitales y gracias a los programas que se han ido desarrollando, se ha logrado que también las aulas hospitalarias sean parte integral del sistema nacional de educación formal.

Existen líneas que pueden ser muy delgadas para poder diferenciar los tipos de educación, en esta investigación al utilizar el concepto de Educación Formal, es porque dentro del programa del cual formamos parte, si brinda características que son propias de la misma, a pesar de que la educación que se brinda no sea dentro de una escuela “tradicional”.

Y al hablar de educación, no podemos dejar de lado a la Pedagogía, la cual es sumamente importante, porque su objeto de estudio es la educación. Si bien la Pedagogía se adentra en el método y técnicas que se aplican al terreno educativo, también recibe aportaciones de otras ciencias sociales como la Psicología, la Antropología, la Sociología, etc.

El campo de intervención de la pedagogía se ha ido ampliando en diversos terrenos determinados, como la cultura, el deporte, la danza, el cine, la música y espacios para adultos mayores, en centros de readaptación social y en los hospitales.

La Pedagogía Hospitalaria ha podido intervenir en los espacios hospitalarios para brindar herramientas y apoyo de manera que las personas (niños en este caso) puedan continuar con sus estudios.

Más adelante profundizamos sobre su concepto y lo importante que ha sido desde hace ya algunos años.

### **1.1. Educación para la Salud**

Con las características que presenta la educación formal, es importante entender el papel que tiene la educación para la salud dentro de esta forma de educación.

Antes de poder dar una definición sobre Educación para la Salud, señaló la definición de Educación y Salud por separado, para posteriormente poder entender cómo se articulan ambos conceptos.

#### **Educación**

El concepto de educación puede darse de acuerdo a diversos significados generales. Etimológicamente el término educación proviene del latín *educare*, que quiere decir criar, alimentar, nutrir y *exducere* que significa llevar a, sacar fuera.

Platón define la educación como un proceso de perfeccionamiento y embellecimiento del cuerpo y el alma.

Desde términos como la etimología y de diversos autores, simplemente no podemos dejar fuera que la educación es un proceso humano y cultural complejo de definir.

Sarramona (1989) define educación desde la concepción de *acción humana*. Para este autor la educación es:

La educación es un conjunto de influencias sobre los sujetos humanos, pero influencias procedentes de los otros seres humanos. En este sentido la educación se diferencia de la influencia cósmica, climatológica y física de todo tipo que inciden sobre el hombre, y que es necesaria para su desarrollo biológico. La educación es una influencia humana porque *se trata de un fenómeno social*. (p.29).

Como lo menciona Sarramona (1989), la educación es parte de un fenómeno social y de un proceso de socialización, “la educación del sujeto supone su incorporación a la sociedad: adquiere lenguaje, costumbres, conocimientos y normas morales vigentes en ella” (p.31).

Es por ello que resulta hasta nuestros días complicado el lograr que todos los seres humanos alcancen a formar parte de este derecho, un derecho que si bien se dice es importante, debería verse como fundamental. Pero que ante esta influencia socializadora que incluye lenguaje, costumbres, normas morales y estatus se vuelve cada día más complicado el tener acceso.

Otros autores definen a la educación como:

COPPERMANN: «La educación es una acción producida según las exigencias de la sociedad, inspiradora y modelo, con el propósito de formar a individuos de acuerdo con su ideal del "hombre en sí"».

DURKHEIM: «La educación tiene por misión desarrollar en el educando los estados físicos intelectuales y mentales que exigen de él la sociedad política y el medio social al que está destinado».

La educación busca la perfección del ser humano, la cual va involucrada de acuerdo a las normas de lo que la sociedad cree “correcto”.

La educación forma al sujeto individual, subjetivo, responsable ante el mundo y del mundo que le han mostrado, enseñado. Si no es libre no es responsable, no puede decidir, no se ha educado (Aníbal, 2007, p.598).

## **Salud**

Partimos nuestra reflexión sobre el término «salud», de la misma vía que el concepto de educación.

De acuerdo al sentido etimológico el término *salud* proviene del latín «*salus*» y significa el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

Al igual que el término de educación definir «salud» es complejo, ya que en este sentido el término ha ido evolucionando de acuerdo al momento histórico en cual se encuentre.

Resulta complejo ya que la palabra *salud* tiene tres características, las cuales hacen que sea difícil encontrar una sola visión: a) Puede ser usada en muy diferentes contextos; b) Se parte de pre-supuestos básicos distintos; c) Resume aspiraciones e ideales en torno al estado de vida que se desea alcanzar.

También debemos tomar en cuenta que dependiendo en el contexto en que nos presentemos, el término llega a presentar diversos significados. Es así que para el contexto médico-asistencial, la salud tiende a ser concebida negativamente, como mera ausencia de enfermedad. Mientras que en el contexto de los pacientes, la salud es la recuperación de “su normalidad” y de la adaptación que hace posible la vida en su comunidad. Y en el contexto sociológico, la salud es percibida como una condición necesaria para el cumplimiento de las expectativas sociales y se buscan las condiciones necesarias para ello.

La definición que ha sido utilizada a nivel mundial es la otorgada por la Organización Mundial de la Salud, la cual plasma en el preámbulo de su Constitución (1946) lo siguiente: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Citado por Moreno, 2008 en

OMS). Esta definición supuso a palabras de Moreno (2008) una revolución en el sistema sanitario, ya que incluía junto con la dimensión física también la psíquica y social.

Para esta investigación nos sujetamos al término de salud de manera positiva, y tomando parte del contexto de los pacientes y el sociológico, podemos decir que salud, es la condición que nos permite estar en completo bienestar tanto de manera física, psicológica y social.

### **Educación para la Salud**

De acuerdo a los términos presentados previamente estamos en situación de conocer cómo es que ambos conceptos se articulan para llegar a formar el concepto de *Educación para la Salud*.

A lo largo de la historia la Educación para la Salud ha sido susceptible a diversas interpretaciones y se ha visto carente de bases conceptuales.

Los términos Educación y Salud tienen en común que ambos son el resultado de una profunda revolución filosófica y social. Estos conceptos antes mencionados se desarrollaron de manera aislada durante mucho tiempo, lo cual provocó que cada uno adoptara formas y prácticas distintas como parte del desarrollo histórico de una sociedad.

A través de la historia, la educación para la salud ha pasado por distintos enfoques, desde principios de siglo, transcurriendo paralelamente con los cambios sociopolíticos y con la evolución de la nosología y de los factores de riesgo, obedeciendo a los planteamientos epistemológicos, en los que subyacen determinadas concepciones acerca de la educación, del aprendizaje y de la salud (Emmanuele, 1998; cit. en Valadez, Villaseñor y Alfaro, 2004, p.45).

Dentro de las Ciencias Médicas, fue gracias al nacimiento de la Epidemiología, la cual dio la apertura a la incorporación de las Ciencias Sociales a la medicina (Palermo, 1986:3). La Epidemiología en términos generales se ha postulado siempre

como pilar fundamental de las políticas de prevención en salud y éstas usualmente se montan sobre dispositivos de transmisión y divulgación de ciertos saberes a la comunidad. De esta forma se logra vislumbrar la articulación de la *educación* con la *salud* para el bienestar de la colectividad (Valadez, Villaseñor y Alfaro, 2004, p.45).

Hay diversos autores que definen la Educación para la Salud, como un término que no debe confundirse con la Educación Sanitaria o Educación Terapéutica.

Podemos definir la Educación para la Salud como la orientación y guía para transmitir conocimientos que ayuden a disminuir problemas de salud. Aunque para Perea (s.a), la Educación para la Salud tiene una función preventiva y correctiva que exige por parte de la persona, la familia y otros grupos sociales los conocimientos necesarios para la prevención de ciertas enfermedades, su principal finalidad no está en evitar la enfermedad, sino en promover estilos de vida saludables; tiene un sentido positivo de ayuda y potencialización de la persona para la participación y gestión de su propia salud y poder desarrollarse en un proceso de salud integral (p.28).

Si bien hablamos de una función preventiva para evitar ciertas enfermedades, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), define:

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad (p.13).

Y más adelante hace una referencia: definición modificada, en la cual dice que:

La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que

se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud. En el pasado, la educación para la salud se empleaba como término que abarcaba una más amplia gama de acciones que incluían la movilización social y la abogacía por la salud. Estos métodos están ahora incluidos en el término promoción de la salud, y lo que aquí se propone es una definición menos extensa de la educación para la salud para distinguir entre estos dos términos.

Para nuestra investigación tomar en cuenta este término es relevante ya que cómo se menciona, el fin de la educación para la salud no solo es prevenir enfermedades, sino que las poblaciones sean conscientes y conozcan formas de mejorar su salud, que se involucren y reconozcan las posibilidades que tienen ante sus derechos de tener acceso a la salud.

Y retomando el tema de derecho, para esta investigación es fundamental ya que vamos de lleno ante el derecho a la educación de los niños en condición de hospitalización. Es así que el término de educación para la salud no es ajeno a nuestra investigación.

La educación para la salud como proceso educativo e instrumento de salud pública, se sustenta sobre dos derechos fundamentales: el derecho a la educación y el derecho a la salud, ampliamente reconocidos en nuestro marco constitucional (artículos 3° y 4°, respectivamente, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos) (Orozco, 2020, s.p).

## **1.2. Pedagogía Hospitalaria: Definición**

La educación es parte fundamental de la vida del ser humano, esta se da en diversos contextos y desde nuestra visión la educación ha sido impartida dentro de las instituciones escolares (escuela tradicional), en donde se atienden a todos los niños.

Actualmente estamos dejando fuera a diversos sectores vulnerables que no tienen la oportunidad de encontrarse dentro de estos espacios, ya sea por cuestiones económicas, o por encontrarse en condición de calle, por alguna discapacidad o en nuestro caso por alguna enfermedad que impide su permanencia en las escuelas.

En nuestro país se han implementado y están estipulados dentro de la constitución, derechos que hablan de la importancia de que los niños y niñas reciban educación sea cual sea la condición que se presente.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, a la que nuestro país está adherido, pone un fuerte énfasis en el derecho a la educación. Todos reconocemos que este derecho es fundamental para poder ejercer los demás derechos, ya que la educación promueve la libertad, la autonomía y genera importantes beneficios para el desarrollo de la persona y de la sociedad. (Lizasoáin, 2005, citado en Chaves, 2012, p.60).

La pedagogía dentro de este contexto ha formado un papel relevante, hablando sobre la educación sabemos que la pedagogía ha ido involucrándose en diversos espacios con la intención de ayudar a diferentes sectores. Entre los sectores en donde ha tenido un importante papel es con la intervención que se hace en el contexto hospitalario, es así que hablar de Pedagogía se ha convertido en la necesidad de utilizar diversos términos de acuerdo al espacio en donde se intervenga, es así que surge el término de Pedagogía Hospitalaria.

Para Lizasoáin (1990), la pedagogía hospitalaria es la rama diferencial de la pedagogía que se encarga de la educación del niño enfermo y hospitalizado de manera que no se retrase en su desarrollo personal ni en sus aprendizajes, a la vez



que procura atender a las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece (Citado en Muñoz, 2013, p.96).

Para Ortiz, C. (2002) la pedagogía hospitalaria podría definirse como la atención educativa que requieren los niños con problemas de salud en edad escolar, los alumnos que tienen necesidades educativas especiales debidas a una situación anómala que es la enfermedad, aparte de las múltiples implicaciones que trascienden al ámbito personal y escolar para abarcar también el familiar y el social (Citado en Muñoz, 2013, p. 96).

Si bien la pedagogía hospitalaria se define como la atención y acompañamiento para el niño enfermo, debemos tener presente cuál es su objetivo y como se entrelaza con el currículo que maneja la escuela formal, o si bien guardan alguna relación.

La pedagogía hospitalaria trasciende el currículo escolar, puesto que constituye también un acompañamiento valioso para el niño apoyándolo emocionalmente, disminuyendo su ansiedad, mejorando su adaptación al entorno hospitalario y evitando las horas vacías (Violant, Molina y Pastor, 2009; Citado en Chaves, 2012, p.62). Esto quiere decir que la pedagogía hospitalaria va más allá de lo establecido por el currículo escolar “tradicional”, ya que se trata de elaborar y abarcar ciertos espacios y temas que salen de lo establecido en un plan de estudios.

Lizasoáin y Lieutenant (2002) postulan que un objetivo primordial de la pedagogía hospitalaria es que el niño hospitalizado pueda ser resiliente a la experiencia y que esta le sirva de aprendizaje para el resto de su vida, aprendiendo a afrontar situaciones adversas, utilizando estrategias de afrontamiento positivas, de manera que en el futuro pueda salir adelante ante cualquier situación negativa que se presente (Citado en Chaves, 2012, p.62).

La pedagogía hospitalaria como ya se mencionó anteriormente va más allá del currículo escolar, pero no puede trabajarse sin apoyo. Es así que debe existir una estrecha relación con la pedagogía general, la educación especial y de la orientación.

López (2015-16), menciona que como toda pedagogía, la pedagogía hospitalaria se sustenta de dos modelos:

- Modelo tecnológico: busca la eficacia y logro de resultados observables, controlables y cuantificables en el proceso educativo.
- Modelo humanista: pretende el desarrollo total, integral y unitario de la persona.

Ambos enfoques deben conjugarse para obtener así un enfoque humanista (p.11).

Podemos decir que ambos modelos se conjugan de manera adecuada, ya que al trabajar con niños en condición de hospitalización nos vemos con la necesidad de trabajar de acuerdo a estrategias que los apoyen dependiendo la gravedad de la enfermedad, así como acompañar y guiar durante su proceso. La pedagogía hospitalaria tiene el deber de dar respuesta a las necesidades que padece el niño, desde que ingresa al hospital, su estancia, y en ocasiones hasta el momento en que se reincorpora a la escuela.

Por todo esto, entendemos que la pedagogía hospitalaria es el sustento teórico que nutre y da soporte a las actuaciones educativas en los hospitales, elaborando así un determinado modelo sobre cómo intervenir que sea, según Ochoa Linacero y Lizasoáin Rumeu (2003), una acción anticipadora y preventiva que ayude a los niños a adaptarse a esta situación de hospitalización, anticipándose a los efectos negativos de la misma; una actividad favorecedora de la diversidad adecuándonos a las características individuales de cada uno; una intervención compensatoria y/o complementaria para responder a las dificultades particulares de cada alumno y una actividad fundamentalmente lúdico-recreativa, para combatir el aburrimiento y el aburrimiento provocados por la hospitalización (Muñoz, 2013, p.97).

### **1.3. Antecedentes**

La pedagogía hospitalaria a lo largo de su historia ha sido vinculada con otras disciplinas, que si bien no dan el origen a esta última mencionada, si nos aproximan al término y a las perspectivas de una necesidad educativa que brinde apoyo a los niños que se encuentran en una estancia hospitalaria.

Es por ello que de manera breve explicaremos esas disciplinas que nos vinculan al surgimiento de la pedagogía hospitalaria, como son; la Pedagogía Terapéutica, la Educación Especial y la Educación Inclusiva.

La Pedagogía Terapéutica es la primera disciplina que se establece dentro de la vinculación con la pedagogía hospitalaria. La pedagogía terapéutica surge en la primera mitad del siglo XX, sus bases se asientan en una atención médica, psicológica, educativa y social a la infancia en situación de riesgo, a los niños excepcionales, a los que de algún modo se apartan de la norma y que en lo primero tiempos eran llamados anormales (Ortiz, 2001, p.22).

Arjona (2013), dice que esta disciplina se encarga de métodos orientados a lograr el desarrollo de las facultades tanto psíquicas y corporales de los niños que se encuentran en alguna desventaja ya sea mental o física y funciona mediante un trabajo colaborativo entre educadores, padres, médicos y trabajadores sociales (p.18).

Esta disciplina hace referencia a tener como objetivo el apoyo asistencial a cualquier niño que la pueda necesitar, desde aspectos como la integración social, sin limitar algún déficit físico, o enfermedad que afecte el desarrollo de sus potencialidades.

Esto hace que tengamos que hablar de la Educación especial de acuerdo a las necesidades educativas especiales. Se considera que los antecedentes de la pedagogía hospitalaria pueden remitirse a los inicios de la educación especial que marcaron la evolución del tratamiento y educación a la infancia con necesidades educativas especiales (Pérez, 2017, p. 90).

La educación especial hace referencia a las ayudas especiales que cualquier niño puede necesitar a lo largo de su vida bien sea debido a un déficit físico, sensorial o mental o a una situación especial como es la enfermedad (Ortiz, 2001, p.26).

La educación especial la podemos concebir como un puente que permite o busca facilitar el acceso a la educación a esos niños, que como el nombre lo dice padezcan de alguna condición especial, que requiera el apoyo y la atención de manera personalizada.

Otro puente que nos conduce al surgimiento de la pedagogía hospitalaria, es la educación inclusiva.

La UNESCO define la educación inclusiva como un proceso orientado a responder a la diversidad de los estudiantes incrementando su participación y reduciendo la exclusión en y desde la educación. Está relacionada con la presencia, la participación y los logros de todos los alumnos, con especial énfasis en aquellos que, por diferentes razones, están excluidos o en riesgo de ser marginados, constituyendo un impulso fundamental para avanzar en la agenda de la EPT (Educación Para Todos) (Blanco, 2008, p.7).

En esta línea, Ortiz (2001), comprenden la educación inclusiva como un colectivo que abarca a todas las personas abandonadas, abogando no sólo por igualdad educativa sino en todos los aspectos sociales (vida independiente, trabajo, ocio y tiempo libre (p.34).

Surge también como respuesta al evidente fracaso de los sistemas educativos tradicionales que favorecen el individualismo y la competencia, que funcionan automáticamente y que han olvidado por completo el importantísimo papel que juega la escuela en el desarrollo afectivo-emocional de todos los que participan en ella (Lobato, 2000, Citado en Ortiz, 2001, p.34).

La educación inclusiva dentro del marco de la pedagogía hospitalaria influye dentro de lo que se trabaja como colectivo entre, sociedad, aulas hospitalarias y la

reincorporación a la escuela tradicional, que sin duda para el paciente (alumno) es un golpe fuerte al tener que enfrentarse a lo que los demás piensen y hablen de él.

Si bien no tratamos de mezclar las disciplinas, las mencionadas anteriormente nos abren paso al surgimiento de la pedagogía hospitalaria.

La pedagogía hospitalaria surge a finales del siglo XX en Europa (García, 2010) y pertenece a un Sistema Educativo No-Formal, el objetivo primordial es colaborar en la satisfacción de las necesidades en materia de salud en lo que al ámbito educativo-hospitalario se refiere. Es decir, atender al niño enfermo desde el punto de vista escolar, humano, social, psicológico y propiciando el desarrollo de las potencialidades subyacentes (Grau y Ortiz, 2001, Citado por Arjona, 2013, p.21).

Fue a partir de la II Guerra Mundial, y debido principalmente a la labor de los pediatras y psicólogos, que estos departamentos pediátricos comenzaron a abrir sus puertas. La razón fundamental estuvo en las frecuentes y severas alteraciones psicológicas que sufrían los niños que eran ingresados durante largos periodos en los hospitales, alejados de su entorno familiar (Elliot, 1987; Lizasoáin y Polaino, 1987; Melamed, 1988; Cornsweet, 1990; Mc Clowry, 1990; Walker et al., 1990; Cit. en Polaino y Lizasoáin, 1992, p.50).

Que el sector médico y de salud abriera las puertas al ámbito educativo ayudo a que los primeros profesores que entraron a estos departamentos ayudaran a contribuir en la prevención del “hospitalismo”.

En el contexto europeo, empieza la inquietud por atender dicho problema mediante la implantación de escuelas dentro de los hospitales a principios del siglo XX (Arjona, 2013, p.22).

En 1961 se funda la *National Association for the Welfare of Children in Hospital*, con el fin de dar alcance a una serie de objetivos planteados a favor de la atención de los niños hospitalizados. En 1984 esta asociación publicó una carta sobre los derechos

de los niños hospitalizados que fue enviada al Parlamento Europeo (Lizasoán, 2005, p.190).

Fue hasta el 18 de marzo de 1986 que se adoptó, por unanimidad, el conjunto de esta propuesta de resolución. A continuación presentamos La Carta Europea del Niño Hospitalizado

## **Carta Europea de los Niños Hospitalizados**

### **Extracto de la Resolución A2-25/86 de 13 de mayo de 1986 del Parlamento Europeo**

1. Derecho del menor a que no se le hospitalice sino en el caso de que no pueda recibir los cuidados necesarios en su casa o en un Centro de Salud y si se coordinan oportunamente con el fin de que la hospitalización sea lo más breve y rápida posible.
2. Derecho del menor a la hospitalización diurna sin que ello suponga una carga económica adicional a los padres.
3. Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el máximo de tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que eso comporte costes adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al menor.
4. Derecho del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.
5. Derecho del niño a una recepción y seguimiento individuales destinándose en la medida de lo posible los mismos enfermeros y auxiliares para dicha recepción y los cuidados necesarios.
6. El derecho a negarse (por boca de sus padres o de la persona que los sustituya) como sujetos de investigación y a rechazar cualquier cuidado o

examen cuyo propósito primordial sea educativo o informativo y no terapéutico.

7. Derecho de sus padres o de las personas que los sustituya a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y cuando el derecho fundamental de éste al respecto de su intimidad no se vea afectado por ello.
8. Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño.
9. Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a una recepción adecuada y a un seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada.
10. Derecho a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Sólo los padres o la persona que los sustituya, debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas de estos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización, así como de retirarla.
11. Derecho del niño hospitalizado, cuando esté sometido a experimentación terapéutica, a estar protegido por la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial y sus subsiguientes actualizaciones.
12. Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.
13. Derecho (y medios) de contactar con sus padres o con la persona que los sustituya, en momentos de tensión.
14. Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.
15. Derecho a recibir, durante su permanencia en el hospital, los cuidados prodigados por un personal cualificado, que conozca perfectamente las necesidades de cada grupo de edad tanto en el plano físico como en el afectivo.
16. Derecho a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando todo lo posible su hospitalización entre adultos.
17. Derecho a disponer de locales amueblados y equipados de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados, de educación y de juegos, así como a las normas oficiales de seguridad.

18. Derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital, y a beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada, con la condición de que dicha actividad no cause perjuicios a su bienestar y/o que no obstaculice los tratamientos que se siguen.
19. Derecho a disponer durante su permanencia en el hospital de juguetes adecuados a su edad, de libros y medios audiovisuales.
20. Derecho a poder recibir estudios en caso de hospitalización parcial (hospitalización diurna) o de convalecencia en su propio domicilio.
21. Derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita -incluso en el caso de que fuese necesaria la intervención de la justicia- si los padres o la persona que los sustituya se los niega por razones religiosas, de retraso cultural, de prejuicios o no están en condiciones de dar los pasos oportunos para hacer frente a la urgencia.
22. Derecho del niño a la necesaria ayuda económica y moral, así como psicosocial, para ser sometido a exámenes y/o tratamientos que deban efectuarse necesariamente en el extranjero.
23. Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a pedir la aplicación de la presente Carta en el caso de que el niño tenga necesidad de hospitalización o de examen médico en países que no forman parte de la Comunidad Europea.

Si bien la lucha para obtener los derechos del niño hospitalizado en Europa no ha sido nada fácil, en América Latina también ha sido un proceso largo, pero que gracias a la participación de varios países y asociaciones que se han ido sumando a la causa por favorecer el derecho a la educación cada día vamos avanzando para apoyar a este sector vulnerable.

En América Latina se inicia con el compromiso de ayuda gracias al nacimiento de la Red Latinoamericana y del Caribe Por el Derecho a la Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados o en Situación de Enfermedad (REDLACEH). La Red es una organización sin fines de lucro que aboga por que el derecho a la educación se



garantice durante toda la trayectoria vital de las personas, desde su nacimiento hasta la muerte (Riquelme y Ferreira, 2018, p.30).

La idea de formar esta organización surge desde la convocatoria, en agosto de 2006, de la Fundación Carolina Labra Riquelme, quien junto con UNESCO y el Ministerio de Educación de Chile, asumió el compromiso en propiciar el intercambio de experiencias entre los países de la región que estuvieran desarrollando acciones educativas en centros de salud (Riquelme y Ferreira, 2018, p.30).

Los países que forman parte de la REDLACEH son Chile, Brasil, Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Perú, Venezuela y México.

México como lo mencionamos, es otro de los países que forma parte de la Redlaceh, en nuestro país se ha contado con diversas iniciativas que buscan dar continuidad escolar a la población pediátrica que se encuentra en condición de hospitalización.

Las iniciativas que ha tenido México así como en otros países se basan gracias a las diversas leyes que respaldan los derechos de este grupo vulnerable. Es así como en la Ley General de Educación, en el artículo 13 IX y XI se habla del derecho a la protección de la salud y a la seguridad social, así como en el apartado XI, se habla sobre el derecho a la educación.

Es hasta 2005, que con el apoyo de la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Secretaría de Salud (SALUD) surge el programa *Sigamos aprendiendo en el hospital*, el cual tiene como objetivo reducir el riesgo educativo de niños y jóvenes hospitalizados, así como entre adultos. Sigamos aprendiendo inicio operaciones de manera oficial el 09 de marzo del 2005 en cinco hospitales de lo que hoy es la Ciudad de México.

El programa *Sigamos aprendiendo en el hospital* cuenta aproximadamente con el apoyo de más de 25 hospitales y albergues de 23 entidades federativas mexicanas, así como la participación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## **CAPITULO 2. SUJETOS DE HOSPITALIZACIÓN/ INTERVECIÓN**

### **2. Los sujetos destinatarios y su contexto socioeducativo**

El involucrarse en el ambiente hospitalario desde las ciencias sociales ha sido un tema el cual se ha ido estudiando. Desde el punto de vista de los Pedagogos, la parte que nos ha involucrado en el contexto hospitalario ha sido el proceso de acompañamiento que se les brinda a los pacientes que se encuentran en condición de hospitalización, con el objetivo de ayudarles a la continuidad en su proceso de aprendizaje, así como procurar atender a las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la enfermedad que padecen.

Dentro de este espacio como es el hospital no solo es el pedagogo quien interviene y está involucrado con los niños que se encuentran en condición de hospitalización, debemos tomar en cuenta que hay más sujetos involucrados alrededor de cada niño y que cada uno de ellos vive la enfermedad desde puntos de vista totalmente diferentes.

Si bien el primer sujeto que debe enfrentarse al diagnóstico es el enfermo (niños), también la familia vive y sufre un proceso ante el diagnóstico, los médicos y enfermeras son parte también en este proceso. Y en este caso como hablamos de niños y de la condición educativa en la cual llegan a encontrarse, otros participantes dentro de este contexto son los educadores o pedagogos hospitalarios.

Cada uno de los sujetos debe vivir día con día con la enfermedad y no podemos dejarlos fuera ya que en más de una ocasión, hablando en cuestión de médicos y educadores se involucran demasiado con cada uno de los niños y el proceso de acompañamiento los puede poner en puntos emocionalmente vulnerables.

## **2.1. Infantes Hospitalizados/ Enfermos**

Hablar sobre enfermos en el contexto hospitalario nos lleva a diversos sujetos, desde infantes con diferentes padecimientos, jóvenes, adultos y los sujetos de la tercera edad también con diversos padecimientos.

En esta investigación únicamente nos centraremos en hablar sobre los niños (as) que se encuentran internados dentro de los hospitales de acuerdo con aquellos padecimientos que impiden la realización de sus actividades, como es el caso de asistir a la escuela con regularidad.

En esta investigación a los niños hospitalizados, los mencionamos como “infantes- niños hospitalizados/ enfermos” en este apartado, porque en el ambiente hospitalario no son catalogados como alumnos como en las instituciones educativas.

Un enfermo desde la definición menos compleja, es quien tiene o padece una enfermedad. Y a simple vista es fácil de comprender, pero para los niños no siempre es sencillo el poder explicarles el por qué están enfermos.

La palabra como tal es un adjetivo de tipo calificativo que se utiliza para designar el estado de salud de una persona que se ve alterado por la presencia de alguna enfermedad, patología o dolencia. En términos correctos, la palabra puede aplicarse para cualquier alteración a la salud, sea esta física, social o mental. (Bembibre, C, 2013, s.p).

Sobre todos los aspectos por los cuales tienen que enfrentarse los pacientes hospitalarios debemos mencionar que para nuestra opinión el más impactante es el enfrentarse al diagnóstico de su enfermedad. El recibir la noticia de padecer una enfermedad la cual implica un proceso de lucha prolongada, visitas y estancias en los hospitales, para los niños no es fácil de ser asimiladas.

La forma en como se les comunique la noticia a los niños sobre su enfermedad debe de ser de manera apropiada y de acuerdo a su edad. Recordemos siempre que el

conocimiento es poder y esto ayuda a que al momento de pasar por esa situación se tenga mayor control tanto de lo que sabemos y de lo que los niños puedan llegar a preguntar.

Para los enfermos hospitalarios (niños) el tener que pasar por cambios de diversos ambientes causa en ellos alteraciones emocionales, ya que son separados del ambiente familiar y social al que siempre han estado acostumbrados.

El tener que separar al menor de su familia es para el enfermo (niño) una situación muy complicada, ya que esa angustia y sentimiento de abandono no es un proceso por el cual sea fácil pasar y tampoco por el cual la familia tenga la experiencia para explicar a los menores.

Rodríguez, L. (2002) en su trabajo sobre las Características y Déficit Inherentes a la Hospitalización Infantil, da algunas características sobre como los niños viven el proceso de hospitalización basándose en las etapas del desarrollo.

- Lactante: cambio de rutina y ambiente familiares, responde de forma global. Le supone un problema la separación de los objetos deseados.
- Niño/a de 1 a 3 años: miedo a la separación y al abandono. En este período la ansiedad por esta causa es máxima. Relaciona la enfermedad con una situación, circunstancia o conducta concreta.
- Más de 3 años: miedo al dolor o lesión corporal. Tolera mejor la separación que los menores. Entiende la enfermedad como un castigo por haber hecho algo mal.
- En edades escolares: Se produce un temor por la naturaleza física de la enfermedad. Hay preocupación por la separación del grupo de compañeros/as y de la capacidad de mantener relación en el grupo. Percibe la enfermedad como una causa externa, pero localizada en el cuerpo.

Y sin dejar de lado al adolescente: en este momento se produce ansiedad en relación con la pérdida de independencia, control o identidad. También se manifiesta preocupación por la pérdida de intimidad. Percibe el órgano o proceso que funciona mal como causa de enfermedad, y es capaz de explicarla (p.181).

Ballano, F. y Esteban, A. (2017, s.p) comparten que el ingreso en un centro hospitalario supone cambios importantes en la vida de las personas.

Entre las consecuencias que estos autores comparten están las del ambiente familiar, que como lo comentamos anteriormente causa alteraciones emocionales, entre ello puede generar sentimientos de inseguridad, desprotección y carencia de apoyos afectivos, tan necesarios en momentos como el de la hospitalización.

Los cambios de hábitos personales también forman parte de la consecuencia por la cual atraviesan los infantes hospitalizados. Los enfermos tendrán que adaptarse a un horario que va desde comida, ocio, sueño, el cual es diferente al suyo.

Otra de las consecuencias por las que tienen que pasar los infantes hospitalizados, es el aislamiento al que se enfrentan y en cual de nuevo se ven involucrados sus familiares y amigos, ya que el contacto con ellos se verá afectado por las normas del funcionamiento del hospital o incluso por el propio proceso patológico. Los horarios de visita dentro de los hospitales se reducen a solo horas al día y con ello el enfermo pasará la mayor parte del tiempo en un ambiente extraño y rodeado de desconocidos.

De acuerdo con Rodríguez, L. (2002, pp. 182-183) en las enfermedades crónicas se manifiestan además importantes repercusiones en el desarrollo de la personalidad de los niños/as, y en su funcionamiento social, familiar o escolar. En este sentido, las enfermedades afectarán a los infantes en alguna medida:

- Modificando su carácter y personalidad.
- Alterando las relaciones padres-hijos.

- Produciendo disturbios en las relaciones del niño/a con sus compañeros de escuela.
- Impidiendo o dificultando la integración completa en las actividades físicas que forman parte de la vida escolar.
- Disminuyendo el rendimiento escolar.

Cada niño/a según su propia personalidad, reaccionara de una manera distinta aunque los síntomas de la enfermedad sean específicos. Algunos niños/as lo superara con mucha rapidez, otros, por el contrario tardan mucho tiempo en superarlo e incluso hay quienes no lo consiguen (p.183).

A pesar del proceso por el cual pasan nuestro niños debemos tener en cuenta, como lo dice Bátiz (2010), que el enfermo tiene un nombre, una historia, unas costumbres y un entorno [...] que va mucho más allá de unos síntomas, un diagnóstico y un número de habitación.

## **2.2. Familia**

La familia dentro de este equipo (o red de apoyo como nos gusta llamarle) es una pieza, si no es que la pieza más importante de apoyo dentro del proceso por el cual los niños en condición de hospitalización tienen que pasar.

La familia es el vínculo más importante que tienen los niños y niñas, hablar de su labor y entrega es sumamente importante dentro de esta investigación.

Una de las consecuencias por la cual la familia tiene que pasar después de saber el diagnóstico, son las reacciones del estrés del individuo y esto puede comprometer la salud física y mental de todos los miembros de la familia (Barreto, Augusta, Leves, Pagliarini y Silva, 2011, p. 132).

Para Grau y Fernández (2010), la hospitalización, los tratamientos y las secuelas constituyen un desafío para la familia.

Los padres tienen que adaptarse a las características de cada enfermedad en sus diferentes fases (diagnóstico, tratamientos, etc.) reestructurando su vida familiar. La enfermedad requiere atención constante y llega a formar parte de la vida familiar, produciendo cambios estructurales, procesuales y emocionales en la familia (Grau y Fernández, 2010, p.204).

Grau y Fernández comparten una serie de fases por las cuales la familia tiene que pasar y adaptarse a causa de la enfermedad:

- Fase de crisis: esta fase es el periodo previo al diagnóstico. Se notan síntomas, se comienza a aprender a convivir con los síntomas y al adaptarse al hospital, así como a la exigencia de los tratamientos.
- Fase crónica: en esta fase se tiene que compaginar las necesidades de la enfermedad con las necesidades de la familia.
- Fase terminal: comienza la sensación de pérdida. Se afronta la muerte y se comienza a trabajar en el duelo.

Todas estas fases resultan un desafío para la familia, ya que no están preparados para afrontar un proceso de esta magnitud.

Hablando sobre el proceso de hospitalización para Grau y Fernández (2010) la presencia de los padres así como su participación en los cuidados y otras actividades en la institución hospitalaria resultan vitales para apoyar y mantener las relaciones entre los subsistemas paternal y filial. El hecho de estar con el hijo conforta a los propios padres quienes se sienten más útiles por poder ayudar y colaborar en la recuperación (p.204).

Otros aspectos al que la familia debe enfrentarse son a las alteraciones estructurales y emocionales que tienen que vivir dentro de su estructura familiar.

De acuerdo con Grau y Hernández (2010) las alteraciones estructurales hacen referencia a los cambios en los roles y funciones de los miembros de la familia, a la adscripción del rol de «cuidador primario», a la rigidez en la interacción familiar, en la

relación familia/persona afectada y en las interacciones de la familia con los servicios asistenciales y el aislamiento social (p.206).

El cuidado primario es quien atiende en primera instancia las necesidades tanto físicas como emocionales del enfermo (en este caso de los niños/as en condición de hospitalización). Habitualmente este rol por cuestiones socioculturales se les asigna a las madres.

Los estudios de Schaffer y Emerson (citado en Rodríguez, 2002, p.184) mostraron que la figura cuyo alejamiento producía mayor ansiedad de separación en los niños/as era la madre, mientras que muy pocos mostraban dicha respuesta ante la separación del padre, abuelos o hermanos/as. Se acuñó el término denominado “ansiedad de separación” como la variedad de respuestas que presenta el niño/a ante la separación prolongada de la figura materna.

Grau y Hernández (2010), aconsejan que los cuidadores primarios tengan períodos de respiro para evitar desgaste, ya que la calidad del cuidado dependerá en gran medida de que el cuidado descanse bien (p.207).

Por otro lado también se encuentran las alteraciones emocionales por las cuales tiene que pasar la familia de los niños hospitalizados, si bien cada familia afronta y vive los procesos de forma diferente, para Grau y Hernández (2010) las familias que se enfrentan a la experiencia de la enfermedad responden de manera diferente de acuerdo a las fases de la enfermedad:

- Primera fase: de desintegración cursa con depresión, cólera y culpa.
- Fase de ajuste: la familia busca información que le anime y se va acomodando emocionalmente; también debe enfrentarse a la sociedad (dar explicaciones).



- Fase de reintegración: la familia trata de poner la enfermedad en su lugar y de integrarla en la vida familiar.

La familia afectada por una enfermedad responde emocionalmente de manera compleja: se entremezclan afectos positivos y negativos. Sus miembros pueden experimentar sentimientos de pena, impotencia, agresividad, culpabilidad, ambivalencia, injusticia, temor al futuro (Grau y Fernández, 2010, p.208).

Es importante decir que si bien hablamos de la familia y del papel tan importante que juegan los padres dentro del contexto por el cual pasan los/las niños y niñas en condición de hospitalización, no son los únicos que se ven afectados. Otros miembros igual de importantes dentro del contexto familiar son los hermanos.

Si hablamos de acuerdo a edades, puede suceder que ocurra un descontrol emocional por explicarles el por qué su hermano está enfermo, los procedimientos y en ocasiones la falta de atención que ellos puedan llegar a recibir. Los hermanos en este aspecto también pueden experimentar sentimientos de culpa o rechazo.

Grau y Hernández (2010) mencionan que los hermanos pueden llegar a sentirse desplazados si entienden las atenciones al niño enfermo como favoritismo, deseando también estar enfermos. Los padres, a su vez, pueden llegar a reducir la atención hacia los demás hijos, olvidando sus necesidades o esperando de ellos lo que no podrá conseguir el niño enfermo.

La enfermedad del hermano puede producirles un impacto tan fuerte que les lleve a desarrollar trastornos del comportamiento, fracaso escolar o incluso sufrir ellos mismos síntomas físicos: dolor de cabeza, de estómago o síntomas parecidos al hermano enfermo que, en ocasiones, requieran consulta médica (Grau y Hernández, 2010, p.208).

### **2.3. Personal de salud**

Hablamos del personal de salud como parte de la red de apoyo, porque son parte esencial en el proceso por el cual pasa el paciente hospitalizado. Si bien su función es atender al paciente y proveer sus conocimientos para mejorar el estado de salud, ellos también tienden a involucrarse con la vida de los pacientes.

Nos referimos al personal de salud, ya que no son solo los médicos quienes intervienen en este contexto.

Como lo mencionamos anteriormente, la institución hospitalaria con su organización particular constituye ambientes peculiares caracterizados por tensión, dolor y sufrimiento. En ese contexto es posible identificar en las acciones de los profesionales, aspectos que pueden desencadenar síntomas de estrés, principalmente debido al contacto con situaciones emocionalmente intensas, tales como la vida, la enfermedad y la muerte (Barreto, J., entre otros, 2011, p.130).

Un sector que forma parte de este espacio del personal de salud, es la enfermería. La enfermería al brindar asistencia al paciente es proveedora de cuidado, y como característica de este se contempla la calidad en el servicio que se otorga (Silva, Ramón, Vergaray, Palacios y Partezani, 2015, p.81).

Para Neisser (1998), (citado en Silva, entre otros, 2015) la atención de la enfermería debe ser personalizada, humanizada, continua y eficiente de acuerdo a estándares de una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr una percepción positiva en el paciente (p.82).

El trabajo del personal de salud resulta ser tan importante porque implica como lo menciona Silva (entre otros, 2015, p.83), la percepción del usuario sobre la atención de enfermería [personal de salud], resulta ser un proceso mental que permite al paciente hacerse una idea significativa y clara en el interior de sí mismo, para poder tener conciencia de lo que lo rodea en la relación enfermera-paciente.

Para los pacientes es de alta importancia el comportamiento del personal de enfermería en el momento de la administración de los diferentes tratamientos y medicamentos en el horario indicado, además de que demuestran sus conocimientos y destrezas que favorecen el cuidado (Bautista, 2008; cit. en Silva, entre otros, 2015, p.85).

Como lo mencionamos anteriormente el proceso de hospitalización causa estrés tanto en el paciente como en la familia, el papel que juega en esta situación el personal de salud es, de acuerdo con García, De la Cueva y Jover (2013, citado en Silva, entre otros, 2015, p.85), la persona hospitalizada apunta a que el profesional debe contemplar los aspectos biológicos, psicoemocionales y espirituales, mirándolo como un ser holístico; esta combinación con los aspectos científicos y técnicos hacen que ellos perciban mejor la atención brindada por enfermería ( y en general por todo el personal de salud).

Grau y Fernández (2010,) consideran que los comités clínicos deben trabajar en colaboración con los servicios de la comunidad (educativos, servicios sociales, deportivos [...]). (p.211).

Ante esta persona enferma debemos estar implicados, por un lado, los profesionales de la salud para seguir investigando y llegar a controlar la enfermedad, para cuidar a la persona enferma y a su familia que le cuida; y por otro, la sociedad, a través de sus recursos administrados adecuadamente por las autoridades socio-sanitarias para ayudar a mejorar la calidad de vida del enfermo y de sus cuidadores (Bátiz, 2010, s.p).

García, R. (2015) comparte en su artículo, “Hospitalización de niños y adolescentes” lo siguiente:

El equipo médico y de salud toma un rol fundamental en esta red, asumiendo el cuidado del niño y la relación con su familia. Este planteamiento tan simple, incorpora la necesidad de un enfrentamiento que incluya otras variables en el cuidado de la enfermedad, además de lo físico y lo biológico. Para una concepción integrada del

proceso de enfermar, es necesario incorporar los factores psicosociales. Sin embargo, el equipo de salud puede encontrarse sobrecargado de trabajo, dispensando escaso apoyo o soporte emocional a sus miembros, lo que disminuye la resistencia del equipo y afecta la toma de decisiones frente a situaciones graves, urgentes y de relación con el niño y su familia. Esto en muchas ocasiones se traduce en relaciones que generan estrés y deriva en dificultades para manejar diversas situaciones que se dan en la relación con los padres, el niño y en la capacidad de lograr un cuidado más integral de éste.

El contacto permanente con niños enfermos, sea tanto en períodos breves, a veces prolongada, incluso en ocasiones hasta la muerte, es considerado como estresante y con alta influencia en la vida personal de los miembros del equipo médico. El dolor, la ansiedad y tensión vivida al estar constantemente enfrentándose a niños en crisis médicas, son situaciones que se hacen evidentes en el personal de las Unidades de Cuidados Intensivos y miembros de equipos quirúrgicos; quienes sienten con mayor intensidad que la vida del paciente depende de ellos.

En este sentido es importante lograr un equilibrio en las exigencias asignadas al equipo médico, en el rol y la actitud, que considere las limitaciones humanas (pp.239-240).

Vuelvo a señalar en este aspecto lo que menciona Batiz, J. (2010), el enfermo tiene un nombre, una historia, unas costumbres y un entorno... que va mucho más allá de unos síntomas, un diagnóstico y un número de habitación.

Esto nos hace ver que hay que crear estrategias que nos ayuden a mejorar la relación médico- paciente sobre todo en el aspecto infantil, ya que para los niños el entorno del hospital es complicado.

Para ello García, R. (2015) propone que, para mejorar la situación del niño hospitalizado se recomienda desarrollar un contacto interpersonal cálido, recreando un ambiente más normal y placentero para el niño, y privilegiar una relación cercana y personal con ellos. Para esto se requiere indagar al ingreso del niño, sobre sus preferencias, cómo le gusta que lo llamen, sus hábitos, etc.

La comunicación del equipo con el niño debe ser lo menos ambigua posible, tanto en el lenguaje utilizado como en lo informado directamente. Hay que señalar claramente los horarios de los procedimientos, de juego, de visita y otros; anticiparle al niño los procedimientos y cambios que se efectuarán, la información que se entregue al niño debe ser consistente con la que se dé a los padres, considerando las características evolutivas de la enfermedad del niño (García, R., 2015, p.241). Todo esto con la intención de involucrar al niño durante el proceso, sin tener que esconder los procedimientos a los cuales tendrá que ser intervenido.

#### **2.4. Pedagogos hospitalarios**

Dentro de la red de apoyo que mencionamos, uno de los sujetos que más relevantes es el pedagogo o educador hospitalario. A lo largo de la historia se podría decir que el pedagogo puede desarrollar su profesión solo en las aulas de la escuela de manera formal o tradicional.

Es extraño el conocer y reconocer que dentro de la práctica médica exista una relación con los aspectos psicosociales. Según Fernández (2000), en los últimos años se ha introducido de forma paulatina en clínicas y centros hospitalarios de diversos países, y también en España, profesionales de la educación, quienes intentan cubrir las necesidades psicopedagógicas de los niños hospitalizados y dar una atención de calidad a sus familias, es decir, educar y formar dentro de la situación de la enfermedad (p.146).

La atención al enfermo corresponde bien a las funciones del médico y del personal sanitario, pero también a otros profesionales que han de profundizar en la naturaleza de los cuidados del paciente (es este caso necesidades psicopedagógicas), tal es el caso del pedagogo hospitalario (Fernández, 2000, p. 146).

Al hablar de las necesidades que cubren los pedagogos o educadores hospitalarios, estos deben cubrir con ciertas tareas, funciones y un perfil para poder desarrollar el trabajo esperado dentro de este contexto.

En cuanto al perfil del pedagogo hospitalario, sostiene Polaino-Lorente (cit., en Ortiz, 1999, pp.9-10) que:

“Los Pedagogos que trabajen en los hospitales han de ser personas imaginativas que cultiven el difícil arte de la improvisación creativa y de la exigencia atemperada. Por fidelidad a la especialidad elegida, el pedagogo ha de saber sacrificar aquí la eficacia de los rendimientos académicos a la mejor adaptación del niño al hospital, los aprendizajes a la salud, la programación curricular a la optimización de la evolución clínica...” (Polaino-Lorente, 1990:75).

Ortiz (1999) agrega también, que el pedagogo hospitalario de acuerdo a su perfil debe ser un profesional el cual tenga una personalidad equilibrada, empatía, flexibilidad, imaginación, creatividad, solvencia moral, puesto que tendrá que replantearse cada día su tarea de nuevo en función del estado del enfermo, de su relación con la familia, la escuela, los profesionales del hospital (p.10).

Por su parte Haller, Talbert y Dombro (1978, cit. en Fernández, 2000, p.147) señalan que los maestros/pedagogos del niño hospitalizado deben caracterizarse por:

- Capacidad de manejar gran variedad de niños de diferentes niveles educativos, edades y personalidad.
- Amplia experiencia adquirida en aulas, campamentos o lugares de recreo.
- Percepción y sensibilidad para comprender las necesidades educativas y emocionales del niño.
- Tolerancia ante las interrupciones en la rutina escolar y entremos en el comportamiento que con frecuencia se producen.
- Capacidad para manejarse frente a la enfermedad y la muerte.

Aterrizando todas estas características que debe tener un pedagogo hospitalario, de acuerdo con Peña (2009) en los hospitales de diversos países existen docentes que se dedican a atender a los niños hospitalizados, con el fin de que durante el proceso de enfermedad conserven y continúen adquiriendo habilidades y destrezas escolares que serán necesarias cuando el menor se reintegre a la escuela.

Peña (2009) señala que en nuestro país, el Hospital Infantil de México Federico Gómez fue uno de los pioneros en sumarse a la iniciativa para participar en el proyecto Sigamos Aprendiendo...en el Hospital, iniciativa que comenzó con un convenio entre las secretarías de Salud y la Educación Pública. Para que los docentes se integraran a este tipo de trabajo, en un ambiente tan diferente al del salón de clases tradicional, era importante que tuvieran un acercamiento formal a la vida hospitalaria así como mayor información de las principales enfermedades que aquejan a los niños y las causas por las que, en ocasiones, es indispensable que permanezcan hospitalizados.

Para lograr estos objetivos era necesario que los docentes se familiarizaran con el entorno hospitalario, sus normas, rutinas y restricciones que no dejan de ser una fuente relevante de estrés para los niños, sus familias y otros actores que intervienen en su atención (Peña, 2009, p.35).

Una vez refiriéndonos al perfil que debe cubrir el pedagogo/ educador hospitalario desde el sentido general, hasta como lo visualiza el programa Sigamos aprendiendo, debemos mencionar también cuales con las funciones y tareas que tienen que atender estos profesionales de la educación.

Dentro de las tareas que debe cumplir o está determinado a realizar el pedagogo hospitalario, tiene un poco que ver con lo mencionado en el perfil. Entre las tareas que debe desarrollar es el enseñar a los niños en condición de hospitalización, teniendo en cuenta que este último mencionado tiene que ser tratado como una persona normal y no verlo desde la perspectiva de la enfermedad. También los

pedagogos cumplen con el papel de orientador y no solo de los niños, sino también de los padres y demás profesionales.

Si bien entre las tareas que cumple el pedagogo es el de guiar y ayudar al niño, González-Simancas (1996, cit. en Fernández, 2000, p.147) observa que toda ayuda innecesaria es perjudicial y en este sentido menciona que no es cometido del pedagogo entretener y satisfacer todos los caprichos de los niños, por ello señala algunas condiciones imprescindibles que deben de cumplir los pedagogos:

- Los familiares del niño pueden caer en el error de compadecerse de su hijo y hacer todo por él. El pedagogo hospitalario no se puede permitir caer en esa compasión sensiblera sino que debe permitir al niño desarrollar su autonomía luchando contra toda dependencia.
- Fomentar la educación autotarea ayudando libre y desinteresadamente en lo imprescindible.
- Saber ganarse la libre adhesión del educando al proceso de ayuda que se le ofrece, siendo genuino, transparente, sincero y realista.

Y así como las tareas, también existen funciones que caracterizan el trabajo del pedagogo hospitalario. Polaino-Lorente (cit., en Ortiz, 1999, p.10) afirma que:

*“El profesional de la Pedagogía Hospitalaria debe realizar una función, como acabamos de observar, muy exigente: de una parte, la de educar al niño hospitalizado, en función de la cuál sea su enfermedad y el estado psicobiológico en que se encuentra y, de otra, la de colaborar con el personal sanitario siendo consciente de que la curación, la salud, es aquí la meta prioritaria a la que se ha de subordinar cualquier otro aprendizaje. Ambas exigencias han de ir refrendadas por la congruencia del estilo personal de vida pública y privadamente se manifieste a través de la personalidad del pedagogo. Esto quiere decir que la propia personalidad del pedagogo es también importante factor-a veces más relevante-del que depende el mayor o menor éxito de los resultados obtenidos a través de la Pedagogía Hospitalaria” (Polaino-Lorente, 990:75).*



Por último pero no menos importante, de acuerdo con lo antes mencionado sobre el papel orientador el cual cubre el pedagogo, Ortiz (1999) comparte funciones que son determinantes en el entorno pediátrico por el cual él puede ser el interlocutor válido entre el niño y su familia y entre el niño y los profesionales responsables de su curación y de su educación (p.10).

- a) Con relación a la familia, serviría de intérprete de toda relación afectiva con su hijo.
- b) Con relación al equipo médico, actuaría de negociador en el proceso de curación del enfermo.
- c) Con relación al equipo psicopedagógico, sería el tutor del alumno en proceso de recuperación.

El pedagogo al final es quien lleva una responsabilidad de un sesenta por ciento pues es quien interviene en el entorno tanto del personal médico, la familia y sobre todo del niño, su función como guía se vuelve tan relevante dentro de esta red de apoyo y es precisamente por ello que debe estar bien preparado y capacitado para coordinar y asesorar el proceso.

Lieutenant (2009) comparte algo muy cierto dentro de la relación de la red de apoyo. La experiencia de unos permitirá a los otros madurar la relación paciente-cuidador y evitar las torpezas que pudieran deteriorar (o empeorar) la vivencia de una temporada en el hospital (p.37).

## CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

La metodología didáctica que se propone es un taller, por definición un taller es visto como *“un curso, generalmente breve, en el que se enseña determinada actividad práctica o artística”*. Dejando a un lado solo la característica artística, me interesa profundizar más sobre este tipo de estrategia.

El taller visto desde la mirada de la educación y la pedagogía puede tener otra definición, Reyes (s.a.) concibe esta estrategia como:

El taller lo concebimos como una realidad integradora, compleja, reflexiva, en que se unen la teoría y la práctica como fuerza motriz del proceso pedagógico, orientado a una comunicación constante con la realidad social y como un equipo de trabajo altamente dialógico formado por docentes y estudiantes, en el cual cada uno es un miembro más del equipo y hace sus aportes específicos.

El taller es una nueva forma pedagógica que pretende lograr la integración de teoría y práctica a través de una instancia que llegue al alumno con su futuro campo de acción y lo haga empezar a conocer su realidad objetiva. Es un proceso pedagógico en el cual alumnos y docentes desafían en conjunto problemas específicos (Citado en Maya, 2007.p.12).

Se trata entonces de aprender haciendo, desarrollando habilidades donde los conocimientos se adquieren a través de una práctica concreta; ejecutando algo relacionado con el objetivo que se pretende alcanzar, en un contexto particular de aprendizaje. Es una metodología participativa en la que se enseña y se aprende a través de una tarea conjunta [...]. Esta estrategia promueve el desarrollo de varios saberes: cognitivo, procedimental y actitudinal, por tanto promueven el desarrollo de las competencias genéricas de comunicación, trabajo colaborativo y sociales. Esta

estrategia es, a su vez, un magnifico espacio para el desarrollo de vivencias emocionales, que conjuntamente con las racionales, forman parte de ese aspecto llamado realidad, lo que favorece de manera extraordinaria el aprendizaje significativo en los estudiantes. El taller es la estrategia que más ayuda a conectar la teoría con la práctica, al abordar, desde una perspectiva constructivista, la toma de una decisión, la solución de un problema práctico, la creación de algo necesario entre otros (Nolasco,2014, s.p).

Como podemos ver el taller es un método pedagógico el cual mezcla teoría con práctica por lo cual debe ser dinámico y el cual cuente con un ambiente de participación activa entre los participantes.

Un taller tiene una estructura básica (introducción, acción y cierre) y se desarrolla como un proceso en el tiempo, pero también se puede diseñar de formas variadas, lo único que se debe tener en cuenta es que este tenga coherencia con los objetivos que se plantean.

### **3.1 Marco Contextual**

Al hablar de la educación hospitalaria, también involucramos la educación formal (la cual involucra los planes o programas de estudio) y la educación no formal. Ya que la educación hospitalaria es un ámbito de extensión y adaptación de la educación formal a un espacio no formal y desde luego se rige por los planes y programas de la SEP, pero adecuados a las posibilidades, ritmos, necesidades e intereses de los niños en condición de hospitalización, así como a los espacios y recursos didácticos posibles en donde se puede desarrollar sus métodos, estrategias y técnicas propias en un espacio extraescolar.

Dentro del contexto que estamos abarcando en esta investigación nos acercamos a un espacio que cuenta ya con la estructura de un programa de apoyo para los niños

que se encuentran en condición de hospitalización, pero este es desarrollado fuera de una institución escolar “tradicional”.

### **3.1.1. Educación Formal**

Mencionamos en primer lugar la educación formal ya que en esta se conciben los planes y programas de estudio de todas las escuelas de en nuestro país.

La educación formal es, naturalmente, el «sistema educativo» altamente institucionalizado, cronológicamente graduado y jerárquicamente estructurado que se extiende desde los primeros años de la escuela primaria hasta los últimos años de la Universidad (Coombs y Ahmed, 1975, Citados en Vázquez 1998, p.2).

Como ejemplo de educación formal está en el nivel básico, (preescolar, primaria y secundaria) los planes y programas de estudio, los cuales se diseñan de acuerdo a los grados académicos de los niños.

De acuerdo con la página oficial de la Secretaría de Educación Pública y el Gobierno de México (2021), el diseño de dichos planes parte de reconocer la existencia de varias tensiones fundamentales que son producto de buscar la mejora de la calidad en la educación.

Entre ellas, la que existe entre el reconocimiento de la diversidad y la atención a la desigualdad; entre los diversos conocimientos disciplinarios, los tradicionales del currículo y otros más novedosos que requieren encontrar un lugar en la nueva organización curricular.

Algunos de los aspectos que se tuvieron en cuenta para el diseño curricular de los programas de estudios se encuentran.

**Currículo inclusivo**, el cual se sitúa en el marco de la educación inclusiva, que plantea que los sistemas educativos han de estructurarse para facilitar la existencia de sociedades más justas e incluyentes. En ese sentido, la escuela

ha de ofrecer a cada estudiante oportunidades para aprender que respondan a sus necesidades particulares.

**Habilidades socioemocionales.** En particular atiende la recomendación de que el currículo ha de desarrollar, en cada estudiante, tanto las habilidades tradicionalmente asociadas con los saberes escolares, como las vinculadas con el desempeño emocional y ciudadano, que no responden a lo cognitivo. Es decir, la escuela ha de atender tanto al desarrollo de la dimensión socio cognitiva de los estudiantes como al impulso de sus emociones. El currículo ha de apuntar a desarrollar la razón y la emoción, reconociendo la integralidad de la persona, es decir, que en el proceso educativo hay que superar la división tradicional entre lo intelectual y lo emocional: “El bienestar del estudiante, clave para el logro de aprendizajes relevantes y sustentables, requiere de la sinergia entre los aspectos cognitivos, emocionales y sociales, fortaleciendo la idea de que la persona y la personalidad no son divisibles en partes abstraídas del conjunto”.

**Relación global-local.** Un currículo que aspire a responder a la diversidad de expectativas y necesidades de todos los educandos debe reconocer los distintos contextos en que operará dicho currículo, así como admitir la heterogeneidad de capacidades de las escuelas para responder a las demandas globales del currículo y a las específicas de su situación local.

**Criterios del INEE para el diseño curricular.** El INEE definió un conjunto de atributos que debe tener en cuenta el diseño curricular y que serán indicativos para la evaluación que haga dicho instituto del plan y los programas de estudio para la educación básica que emita la SEP. Dichos atributos se detallan a continuación.

Relevancia: como cualidad que consiste en la capacidad del currículo de atender a los fines sociales de la educación.

Pertinencia: se observa cuando los planteamientos curriculares atienden a las características y necesidades biopsicosociales de los sujetos.

Equidad: es la cualidad del currículo que está estrechamente relacionada con las de relevancia y pertinencia en la educación.

Congruencia interna: consistencia, convergencia, permanencia y relación de los planteamientos presentes en un objeto curricular.

Congruencia externa: consistencia de los fundamentos centrales de los objetos curriculares, como pueden ser los planes o programas de estudio de los niveles de la educación obligatoria, con los referentes de las políticas educativas o normativas que los definen.

Claridad: es la consideración de las necesidades de los usuarios de los objetos curriculares




De acuerdo al grado académico de cada uno de los estudiantes, se toman en cuenta estos criterios y se diseñan los mapas curriculares, que a continuación se presentan.

Preescolar:

Componente curricular		Nivel educativo		
		Preescolar		
		Grado escolar		
		1º	2º	3º
 Formación Académica	Campos y Asignaturas	Lenguaje y Comunicación		
				Lengua Extranjera (Inglés)
		Pensamiento Matemático		
		Exploración y Comprensión del Mundo Natural y Social		
 Desarrollo Personal y Social	Áreas	Aritmética		
		Educación Socioemocional		
		Educación Física		
 Autonomía Curricular	Ámbitos	Ampliar la formación académica		
		Potenciar el desarrollo personal y social		
		Nuevos contenidos relevantes		
		Conocimientos regionales		
		Proyectos de Impacto social		
		Profundización		

Cuadro 1. Gobierno del Estado de México - SEP, 2021.




Primaria:

Componente curricular		Nivel educativo							
		Primaria							
		Grado escolar							
		1º	2º	3º	4º	5º	6º		
 Formación Académica	Campos y Asignaturas	Lengua Materna (Español/Lengua Indígena)							
		Segunda Lengua (Español/Lengua Indígena)							
		Lengua Extranjera (Inglés)							
		Matemáticas							
		Conocimiento del Medio	Ciencias Naturales	Ciencias Naturales					
			Historias, Paisajes y Convivencia en mi Localidad	Historia					
				Geografía					
Formación Cívica y Ética									
 Desarrollo Personal y Social	Áreas	Artes							
		Educación Socioemocional							
		Educación Física							
 Autonomía Curricular	Ámbitos	Ampliar la formación académica							
		Potenciar el desarrollo personal y social							
		Nuevos contenidos relevantes							
		Conocimientos regionales							
		Proyectos de impacto social							
		Profundización							

Cuadro 2. Gobierno del Estado de México - SEP, 2021.



Secundaria:

Componente curricular		Nivel educativo		
		Secundaria		
		Grado escolar		
		1º	2º	3º
 Formación Académica	Campos y Asignaturas	Lengua Materna (Español)		
		Lengua Extranjera (Inglés)		
		Matemáticas		
		Ciencias		
		Biología	Física	Química
		Historia		
		Geografía		
		Formación Cívica y Ética		
		Tecnología		
 Desarrollo Personal y Social	Áreas	Artes		
		Tutoría y Educación Socioemocional		
		Educación Física		
 Autonomía Curricular	Ámbitos	Ampliar la formación académica		
		Potenciar el desarrollo personal y social		
		Nuevos contenidos relevantes		
		Conocimientos regionales		
		Proyectos de Impacto social		
	Profundización			

Cuadro 3. Gobierno del Estado de México - SEP, 2021.

### **3.1.2. Educación No Formal**

En contraste con lo que se maneja dentro de la educación formal y los programas de estudio, presentamos también la educación no formal.

La educación no formal es toda aquella actividad educativa que es realizada fuera de una estructura del sistema formal.

De acuerdo con Coombs y Ahmed (1975), la educación no formal, como concepto, surge como consecuencia de reconocer que la educación «no puede considerarse como un proceso limitado en el tiempo y en el espacio, confinado a las escuelas y medido por los años de asistencia» (Citado en Vázquez, 1998, p.1).

También es concebida por estos autores como toda actividad organizada, sistemática, educativa, realizada fuera del marco del sistema oficial, para facilitar determinadas clases de aprendizaje a subgrupos particulares de la población, tanto adulto como niño. (Citado en Vázquez, 1998, p.2).

Trilla dice que (Trilla 1996 en Ortiz, 1999, p.2), las áreas de actuación de la educación no formal incluye, curiosamente contenidos, ámbitos y colectivos específicos como pueden ser la educación socio sanitaria y hace referencia a la íntima relación de la pedagogía hospitalaria con la educación no formal:

- Compensar el retraso académico por falta de escolaridad.
- Dar contenidos académicos en los tiempos libres fuera del tratamiento médico.
- Atender a las secuelas derivadas del propio estado de enfermedad.

Dentro de los hospitales y siendo más específicos en el Hospital Infantil Federico Gómez se encuentra el programa “Sigamos aprendiendo...en el hospital”. Este programa brinda atención educativa a niños que se encuentran en condición de hospitalización.

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2018), el programa Sigamos aprendiendo...en el hospital, fue diseñado para lograr una vinculación entre la salud y la educación, y con ello evitar el rezago educativo y la pérdida del curso escolar.

Coadyuva de manera inherente a canalizar las emociones por medio del estudio, el aprendizaje y las diferentes actividades culturales que promueve, contribuyendo como un componente más al apoyo integral que las instituciones de salud brindan a los beneficiarios (Secretaría de Salud, 2018)

En específico el programa tiene como objetivos:

- Dar continuidad a los proceso de aprendizaje de los alumnos en condición hospitalaria a través de una modalidad escolarizada.
- Ofrecer la oportunidad de inscripción, reinscripción, acreditación y certificación de estudios a los alumnos en condición hospitalaria que se han visto en la necesidad de abandonar sus estudios, y/o han tenido acceso al sistema educativo.
- Contribuir a la disminución del rezago educativo y a elevar los índices de permanencia y egreso, a través de una propuesta metodológica basada en el trabajo con proyectos y unidades de trabajo, centrada en los recursos del arte, el juego y el uso de nuevas tecnologías.
- Potenciar el desarrollo de las competencias para la vida, a través de la atención educativa e intercambio intercultural en grupos multigrado.
- Generar estrategias de intervención educativa, materiales de apoyo e instrumentos de seguimiento al desempeño, a partir de adecuaciones curriculares al contexto hospitalario, basado en el plan y programas de estudio de estudio de educación básica vigentes.
- Favorecer el desarrollo de competencias docentes hospitalarias, a través de programas de capacitación y acompañamiento.
- Propiciar ambientes de aprendizaje en áreas pediátricas de las instituciones de salud, a través de acuerdos en colaboración con el sector salud (SEP, 2016, párr. 2-8).

Para finalizar, el mencionar ambos tipos de educación dentro de esta investigación es fundamental, ya que si bien el programa tiene un vínculo y apoyo a través de los planes y programas (educación formal) de educación básica, este se lleva a la práctica fuera de una institución escolar (escuela no formal). Es así que también a partir de las definiciones presentadas anteriormente es cómo se sitúa nuestra propuesta pedagógica, dentro del espacio de la educación no formal, esto es pese a que el taller cuenta con una estructura, objetivos y aprendizajes esperados lo cual nos habla de una estructura pedagógica, este no cuenta con validez ante alguna institución educativa.

### **3.2. Diseño de la Propuesta Pedagógica**

El Taller “Educación en el ambiente hospitalario” está dirigido a familiares, docentes/ pedagogos hospitalarios y personal de salud, los cuales son la red de apoyo de todos los niños que se encuentran en condición de hospitalización. Este taller tiene como objetivo el proporcionar herramientas las cuales permitan el reflexionar sobre la importancia del derecho a la educación para todos los niños que se encuentren en una situación vulnerable, la importancia de la participación como red de apoyo y del reconocimiento de las emociones.

Al realizar el diseño de esta propuesta pedagógica nos apoyamos de los modelos de orientación educativa. Álvarez y Bisquerra (2012) comparten que los modelos de intervención se refieren al cómo se pone en práctica la orientación. El concepto de modelo se utiliza en un sentido distinto según el contexto (p.77).

Estos autores se refieren a los modelos de orientación educativa como una representación que refleja el diseño, la estructura y los componentes esenciales de un proceso de intervención en orientación.

En este sentido, los modelos de orientación sirven de guía para la acción: su función consiste en proponer líneas de actuación práctica. Son modelos prescriptivo-normativos. Los modelos de orientación sugieren procesos y procedimientos concretos de actuación, la validez de cuyo funcionamiento se valida empíricamente a través de la investigación científica.

A partir de lo dicho por estos autores me basó en los siguientes modelos; modelo de servicios y modelo de consulta y modelo humanista, los cuales brindan una mirada más amplia sobre la estrategia a trabajar.

### **3.2.1. Modelos de Intervención**

Para realizar esta propuesta pedagógica es importante que nos basemos en técnicas, teorías y fundamentos pedagógicos y de la orientación, los cuales nos ayuden a dar un enfoque más claro y preciso, sobre los objetivos que pretendemos alcanzar.

De acuerdo a los objetivos que pretendemos llevar a cabo con el taller que se propone, me basó en los siguientes modelos: modelo humanista, modelo de servicios y modelo de consulta, los cuales brindan una mirada más amplia sobre el trabajo a realizar.

#### **3.2.1.1 Modelo Humanista**

El modelo humanista tiene en Carl Rogers (1902-1987) a su principal representante. Rogers (cit. en Sanchiz, 2009, p. 68) define su sistema como «una relación estructurada de un modo muy preciso, de naturaleza nada imperativa, en la que el cliente encuentra la oportunidad de explorar, libremente y sin recelo, sus dificultades y las actitudes «emocionalizadas» que las rodean». En el asesoramiento centrado en el cliente son las actitudes del asesor y no sus técnicas las que facilitan la terapia. «La función del asesor consiste en asumir, en la medida de lo posible, el marco

interno de referencia del cliente, en percibir el mundo como lo ve el asesorado, en percibir a este último tal como él mismo se ve, en dejar de lado al hacerlo así todas las percepciones recibidas desde el marco externo de referencia y en comunicar al cliente parte de esta comprensión empática».

El modelo humanista es definido también por J.M. Escudero Muñoz, en 1986 (cit., Matas, 2007, s.p.) como el modelo en el cual el profesor adquiere el papel de orientador activo. La orientación se entiende como un proceso de ayuda al individuo.

En el enfoque humanista de acuerdo con Aizpuru (2008), los objetivos educacionales se centran en el crecimiento personal de los estudiantes; en el fomento a la creatividad; en la promoción de la experiencia de influencia interpersonal a través de la comunicación y del trabajo de grupo; en provocar sentimientos positivos de los estudiantes hacia sus cursos; y en inducir aprendizajes significativos a través de la vinculación de aspectos cognitivos con vivenciales.

Rogers señala diez aspectos para crear una atmosfera emocional e intelectual a partir del modelo humanista.

1. El profesor debe mostrar su confianza en los alumnos desde el principio.
2. Debe ayudar a que los alumnos clarifiquen sus objetivos individuales y de grupo.
3. Debe asumir que los alumnos tienen motivaciones intrínsecas que les harán capaces de seguir sus estudios.
4. El profesor debe actuar como una persona de recursos, que ofrezca el mayor número posible de experiencias de aprendizaje posibles para los objetivos seleccionados.
5. Debe ser una persona de recursos para cada individuo.
6. Debe aprender a reconocer los mensajes emocionales expresados en el grupo.
7. Debe ser un participante activo en el grupo.

8. Debe estar abierto a la expresión de sus sentimientos en el grupo.
9. Debe mantener una comprensión empática de los sentimientos de los miembros del grupo.
10. Finalmente, debe conocerse a sí mismo.

Las características de la educación humanista de manera general promueven que la base de las decisiones educativas sean las necesidades de los individuos y que se incrementen sus opciones; darle valor tanto al conocimiento personal como al público; que el desarrollo de un individuo esté condicionado a no interferir en el desarrollo del otro; y que un programa educativo fomente un sentido de importancia (Aizpuru, 2008, p.36).

Es por ello que al utilizarlo dentro del taller, se busca promover y fomentar procesos de manera creativa y positiva a cada uno de los involucrados (docentes, familiares y médicos), con la intención de que comprendan la importancia de tener un clima positivo para así poder desarrollar la autonomía de los alumnos, sea cual sea su diagnóstico.

### **3.2.1.2. Modelo de Servicios**

Para nuestro taller agregamos a la orientación a partir de los modelos de intervención. Al hacer referencia a un modelo estamos aludiendo a una “representación” de la realidad sobre la que hay que intervenir y que, consecuentemente, va a condicionar los posicionamientos (las fuentes y destinatarios) y los métodos de intervención.

De acuerdo a los objetivos planteados para este taller, me baso en el modelo de servicios.

Para Parras (2008), es hasta finales de los años 70’s donde este modelo tuvo un fuerte carácter terapéutico y desconectado del proceso educativo de la escuela, pero

después fueron adoptando paulatinamente un enfoque más psicopedagógico y de mayor coordinación con los programas de los centros (p.85).

El modelo de servicios es para este autor, un modelo, el cual se caracteriza por la intervención directa de un equipo o servicio sectorial especializado sobre un grupo reducido de sujetos

Los orientadores, dentro de esta perspectiva, actúan sobre el problema concreto (por tanto sobre la persona que presenta el problema) dejando el contexto en un segundo plano. En cuanto a sus características físicas, suelen ser centros ubicados fuera de los colegios e institutos de enseñanza secundaria, organizados por distritos, zonas o sectores (Matas, 2007, s.p).

Las características que definen a este modelo son:

- ✓ Tiene carácter público y social.
- ✓ De intervención directa.
- ✓ Carácter terapéutico y de resolución de problemas.
- ✓ Actúan sobre el problema y no sobre el contexto que lo genera.
- ✓ Suele estar ubicado fuera de los centros educativos.
- ✓ Tiene un carácter público y social.
- ✓ Se centra en las necesidades de los alumnos con dificultades y de riesgo.

Este modelo propone una intervención directa basada en una relación personal de ayuda, eminentemente terapéutica, que tiene como objetivo satisfacer las necesidades de carácter personal y educativo, utilizando la entrevista como recurso estratégico para afrontar la intervención individualizada, generalmente de carácter clínico (Parras, 2008, p.86).



Entre las ventajas que presenta el modelo de servicios son:

- ✓ Facilita información a los agentes educativos.
- ✓ Favorece la distribución y ajuste del alumnado en función de criterios externos definidos por el sistema.
- ✓ El equipo de orientación colabora con el tutor o tutora, el profesorado y las familias.
- ✓ Conecta el centro con los servicios de la comunidad.

Además de las características que se mencionan, el modelo de servicios dentro del taller nos brinda la ventaja de poder facilitar información a los agentes partícipes (familiares, docentes y médicos), así como conectar las problemáticas a los demás miembros de la sociedad.

### **3.2.1.3. Modelo de Consulta**

El modelo de consulta deriva del modelo clínico. Pero se distingue de él en cuanto la consulta es una intervención indirecta.

La consulta se refiere a una relación voluntaria entre un profesional de la ayuda (orientador, psicopedagogo, psicólogo, pedagogo, etc.) y otro profesional (profesor, tutor), para abordar conjuntamente una mejora educativa. La mejora puede ser un programa de prevención y desarrollo, atender a las necesidades de un estudiante o grupo, etc. (Álvarez y Bisquerra, 2012, p.86).

Para Matas (2007) el modelo de consulta trata de capacitar a las personas que demandan este servicio (normalmente maestros y tutores) para que sean ellos/as

quienes realicen las intervenciones de orientación. Este modelo surge vinculado al ámbito de la salud, si bien su desarrollo se produce en tres campos:

**Salud mental:** Este campo fue impulsado por Caplan (1970), entendiendo la consulta como un proceso de interacción entre dos profesionales con la intención de resolver un problema. La acción está dirigida a solucionar el problema, no a intervenir sobre la persona que presenta el problema, sino sobre este directamente. La intervención es por tanto proactiva como preventiva.

**Desde las organizaciones:** Desarrollado por Lippit en la década de los cincuenta del siglo pasado, concibe al consultor como un agente externo a la acción, que se centra en el desarrollo de la persona en el mundo escolar así como en la transmisión de valores. Su actividad no es por tanto aconsejar sino desarrollar, con la intención de prevenir, y a través de la mejora del clima.

**Ámbito educativo:** En este ámbito cabe señalar la figura de Patonillet (1975) para quien el consultor es un profesional que promueve el trabajo colaborativo entre todos los agentes implicados en el desarrollo del alumno/a. Este submodelo tiene un carácter preventivo, remedial y dirigido al desarrollo. Además es un submodelo que contextualiza la intervención en lo educativo, se preocupa por los elementos afectivos, y utiliza procedimientos de modificación de conducta y desarrollo de las organizaciones (s.p).

Hervás Avilés (2006:177, cit. en Grañeras y Parras, 2008, pp.66-67) señala once características básicas del modelo de consulta:

1. La consulta es un modelo relacional, pues incluye todas las características de la relación orientadora.

2. Es un modelo que potencia la información y la formación de profesionales y para profesionales.
3. Se basa en una relación simétrica entre personas o profesionales con estatus similares, en la que existe una aceptación y un respeto que favorece un trato de igualdad.
4. Es una relación triádica en la que intervienen tres tipos de agentes: consultor- consultante-cliente.
5. La relación no sólo puede establecerse con personas individuales, sino también con representantes de servicios, recursos y programas.
6. Tiene como objetivo la ayuda a un tercero que puede ser una persona o un grupo.
7. Afronta la relación desde diferentes enfoques: terapéutico, preventivo y de desarrollo. Con frecuencia suele iniciarse centrándose en un problema (remedial) para luego afrontar la consulta desde una perspectiva preventiva o de desarrollo con la intención de mejorar los contextos y las condiciones para que no se produzcan los problemas.
8. La relación es temporal, no permanente.
9. El consultor interviene indirectamente con el cliente aunque, extraordinariamente, pueda hacerlo de forma directa.
10. El consultante actúa como intermediario y mediador entre el consultor y el cliente.
11. Es preciso trabajar con todas las personas relacionadas substancialmente con el cliente.

Además de las características que presenta el modelo de consulta, para Álvarez y Bisquerra (2012) existen tres funciones las cuales puede asumir el orientador como consultor:

**1. Respecto del centro:** asesorar y colaborar en la programación, identificar a los alumnos con necesidades especiales, facilitar las relaciones entre el centro y los padres.

**2. Con el profesorado:** identificar y analizar deficiencias en el desarrollo académico y psicológico de los alumnos, desarrollar habilidades en la comprensión y manejo del comportamiento de los alumnos en clase, manejo de las reuniones con padres, desarrollo de programas de recuperación, desarrollo de estrategias de enseñanza más eficaces, desarrollo de la educación para la carrera, desarrollo de habilidades de estudio, educación para la salud, prevención del consumo de drogas.

**3. Con las familias:** facilitar unas relaciones positivas entre los padres y la escuela, fomentar la comprensión padres-hijos (desarrollo, habilidades, dificultades), ayudar a los padres para que estos ayuden a los hijos en el desarrollo de habilidades de estudio individual así como a modificar el comportamiento de sus hijos en aquellos aspectos que se considere necesario, promocionar una escuela de padres (p.88).

En general, dentro del modelo de consulta (y sus submodelos), el consultor es un formador de formadores y de padres, así como un impulsor de la estructura funcional de la organización educativa. Esto se pone de manifiesto en las fases habituales de intervención del modelo: establecer las relaciones adecuadas, realizar los procesos y analizar el impacto de las acciones (Matas, 2007, s.p)

### **3.3. Conformación de la Propuesta Pedagógica**

Este taller pretende convertirse en una herramienta dinámica que permita a las y los participantes entrar en un clima de confianza y comunicación la cual permita facilitar los contenidos y aprendizajes y llevarlos a cabo con ayuda de las técnicas que se presentan.

#### **Objetivos:**

Que las y los participantes logren:

- Identificar la importancia de los derechos a la educación para niños en condición de hospitalización.
- Identificar las instituciones que apoyan a llevar a cabo el cumplimiento de los derechos a la educación en los contextos hospitalarios.
- Reconocer y saber manejar las emociones y ser empáticos al hablar de situaciones de vulnerabilidad con los niños.

#### **Estructura**

Este taller está estructurado con base en cinco temas:

1. ¿Qué entendemos por derecho a la educación?
2. Escuela y la importancia de la enseñanza de los derechos a la educación.
3. Hospital Infantil Federico Gómez y el programa “Sigamos aprendiendo...en el hospital”.
4. Obstáculos y realización de estrategias educativas.
5. Reconocimiento de las emociones: Empatía con los niños en condición de hospitalización.

## Recomendaciones

Es importante tener en cuenta que al implementar un taller como este es necesario atender algunos aspectos sobre la infraestructura tales como:

- **Espacio:** Este tiene que reunir ciertas condiciones, como por ejemplo: que sea un lugar amplio para que puedan caber el número previsto de participantes, así como sillas y mesas; que este bien iluminado, que cuente con buena ventilación y por último que sea un lugar accesible para los participantes.
- **Número de participantes:** Es necesario el conocer el número de participantes dentro del taller para preparar el material que se requiera para repartir. Se propone un número de 20 participantes por sesión, esto para que nos permita la oportunidad de mayor participación de cada uno de las personas y el mejor manejo de grupo con respecto a las técnicas a utilizar.

Se recomienda que los grupos a participar dentro del taller sean los mismos para poder dar seguimiento a los temas.

- **Convocatoria:** Para que nuestro taller tenga éxito, es necesario programar con anticipación el lanzamiento para dicho taller. Esto es necesario ya que muchas personas requieren tiempo para programar sus actividades, en este caso es importante tenerlo en mente por el tipo de participantes que solicitamos (médicos, pedagogos hospitalarios y familiares). La convocatoria se debe realizar por escrito y se debe especificar el lugar, el horario, los teléfonos en los cuales puedan confirmar su asistencia o consultar para cualquier duda, así como plantear la importancia de que sean puntuales y asistan a todas las sesiones del taller.

## Evaluación

**a) Del taller:** A la evaluación del taller nos referimos con poder reconocer los aspectos más positivos del proceso, con la intención de reconocer los aspectos que nos permitan mejorar y crecer. Realizar la evaluación de nuestro taller puede ser por medio de un mecanismo que permita que los participantes expresen su opinión sobre los aspectos que se puedan evaluar, por ejemplo, las dinámicas, los trabajos en grupo, los temas que se abordan, la labor de los/las capacitadoras, la duración del taller, el taller, material, etc. Para llevar a cabo el mecanismo de evaluación se puede realizar un cuestionario que contenga preguntas cerradas o abiertas el cual tome en cuenta los siguientes aspectos:

- Contenido del taller.
- Duración.
- Control y manejo del tema por parte de los/las capacitadoras.
- Material didáctico.
- La forma de aplicación de esos contenidos en su vida diaria.
- Sugerencias para mejorar el taller.

Otra modalidad es realizar un cuestionario o entrevista en el cual se abra un espacio en el cierre del taller para que los participantes puedan externar sus comentarios y sugerencias sobre la experiencia del taller.

**b) Capacitadoras/es:** Es importante que las/ los capacitadores abran espacios que permitan visibilizar sus aciertos, sus debilidades y sus potencialidades. Existen diferentes maneras de lograr esta evaluación permanente, ya sea a través de un cuestionario diario a los participantes antes del cierre de cada sesión o al momento de terminar el taller reunirse con los involucrados (capacitadores) y compartir

inquietudes, sentimientos, logros y evaluar los resultados de ciertos ejercicios y actividades.

### **Seguimiento**

Si bien nuestro taller busca ser un espacio para dar a conocer ciertos temas, nos resulta importante que se pueda dar seguimiento a los resultados y compromisos adquiridos durante el proceso del taller. Se podría hacer, por ejemplo, a través de un informe en donde se describan las acciones que se han mejorado o realizar una reunión con algunas/algunos participantes dentro de determinando tiempo, el cual permita actualizar y evaluar el avance de ciertos aspectos que se tienen como objetivo en este taller.



### 3.3.1 Sesión 1. Bienvenida y Presentación.

**Objetivo:** Presentar los temas que se abordaran en el taller, para que los participantes conozcan un poco del trabajo que se estará desarrollando a lo largo de las siguientes sesiones.

#### 1. Técnica: “Bienvenida”

**Materiales:** Computadora, Diapositivas, Cañón, Sillas.

#### **Desarrollo:**

Comenzamos invitando a nuestros participantes a tomar asiento, posteriormente les damos la bienvenida y agradecemos el que estén presentes en el taller.

Después la responsable del taller se presentara frente a los asistentes y a continuación con ayuda de las dispositivas comenzara por presentar el nombre del taller, la estructura de acuerdo a los temas que se verán en las sesiones, dando una pequeña explicación del por qué y por último se deberá mencionar el objetivo de este taller.

Enseguida se les invita a realizar la actividad de presentación.

**Tiempo:** 15 minutos

#### 2. Técnica: Presentación.

**Tiempo:** 25 minutos.

**Materiales:** Sillas o cojines, estambre.

#### **Desarrollo:**

Se formara un circulo con los integrantes del taller, se les da la explicación de que se va a lanzar al alzar una bola de estambre. La persona que reciba el estambre debe decir su nombre, profesión o categoría a la cual pertenece (personal de salud, pedagogos o familia), qué es lo que más le gusta del hospital y una canción que lo haga feliz.

La persona que tenga en ese momento el estambre lo vuelve a lanzar, pero no debe ser arrojado a alguien de su misma categoría (personal de salud, pedagogos o familia).

**Observaciones:**

**3. Técnica: Despedida.**

**Tiempo:** 10 minutos.

**Desarrollo:**

Estando aún en círculo, la responsable del taller agradece a los participantes el asistir y participar en la/las actividades y por último se dan algunas indicaciones para no faltar a ninguna sesión.

### 3.3.2. Sesión 2. Derecho a la educación

**Objetivo:** Apreciar la importancia de la educación y la repercusión social de la misma.

#### 1. Técnica: Presentación.

**Materiales:** Computadora, cañón y diapositivas.

#### **Desarrollo:**

Se iniciara mostrando una breve exposición con respecto al tema “Derecho a la educación”.

**Tiempo:** 12 minutos.

#### **Observaciones:**

#### 2. Técnica: Ronda de preguntas.

**Materiales:** Pizarrón, plumones, borrador y pecera.

#### **Desarrollo:**

Al final la exposición, se dará paso a la participación de los asistentes al taller. Se pondrá previamente en una pecera los nombres de todos los asistentes y al azar se elegirá un papelito y el nombre que salga tendrá que mencionar el primer concepto que se le venga a la mente relacionado con el tema “Derecho a la educación”.

**Tiempo:** 10 minutos

#### **Observaciones:**

### **3. Técnica: “Mariano va a la escuela”**

**Materiales:** Lectura.

**Desarrollo:**

Se inicia formando pequeños equipos de acuerdo a las categorías de red de apoyo (familia, pedagogos y personal médico), posteriormente se les reparte la lectura de la historia de Mariano.

Después de la lectura en equipos, se comienza a debatir sobre las siguientes cuestiones:

- ✓ ¿Qué crees que les ocurre a los-as niños-as que no pueden ir a la escuela?
- ✓ ¿Cómo crees que ellos/ellas se sienten?
- ✓ ¿Cómo contribuirían para ayudar a que los niños pudieran asistir a la escuela?

Para finalizar un integrante de cada equipo tendrá que compartir frente a todos, las conclusiones a las cuales llegaron.

**Tiempo: 20 minutos**

**Observaciones:**

### **4. Técnica: Cierre**

**Desarrollo:**

A manera de cierre se les pedirá que hagan un círculo y se sienten, la responsable del taller les comentará si tienen alguna duda y como se sintieron con las actividades.

**Tiempo: 8 minutos**

**Observaciones:**

### 3.3.3. Sesión 3. Derechos de los niños.

**Objetivo:** Que los participantes logren identificar los diferentes derechos que tienen los niños y a su vez reflexionen sobre la relevancia que tienen.

#### 1. Técnica: Lectura

**Materiales:** Libro “30 años de la convención sobre los derechos del niño”.

#### **Desarrollo:**

Se formaran dos equipos, en cada equipo debe haber mínimo una persona de cada categoría (familiares, pedagogos y personal médico), después la/el encargado del taller les repartirá el libro sobre los 30 años de la convención sobre los derechos del niño.

Se les pedirá que lo revisen de manera rápida pero consistente, ya que será clave para la siguiente actividad.

**Tiempo:** 10 minutos

#### **Observaciones:**

#### 2. Técnica: Memorama

**Materiales:** Memorama y el piso

#### **Desarrollo:**

La responsable del taller les pedirá a todos los participante a que hagan dos equipos y se reúnan unos de lado izquierdo y otros de lado derecho, en la parte central se

pondrá un memorama tamaño real (el cual tiene imágenes relacionadas a los derechos de los niños). Se les pedirá que vayan pasando una persona de cada equipo y para ver quien comienza se realizara un piedra papel o tijera.

**Tiempo: 30 minutos**

**Observaciones:**

### **3. Técnica: Cierre**

**Materiales:** Ninguno.

**Desarrollo:**

La responsable del taller se sitúa al centro del aula, se les da una pequeña retroalimentación de acuerdo a los resultados del memorama.

Se les pregunta si fue fácil identificar los derechos que se mostraron en el memorama y si conocían la mayoría.

**Tiempo:** 10 minutos.

**Observaciones:**

### 3.3.4. Sesión 4. ¿Qué es una red de apoyo?

**Objetivo:** El participante logre conocer sobre las redes de apoyo, así mismo logre construir una de acuerdo al entorno en el que desarrolla sus actividades e implemente los conocimientos obtenidos.

#### 1. Técnica: ¿Qué tanto sabemos de?

**Materiales:** Pizarrón, plumones y lectura.

#### **Desarrollo:**

El responsable del taller preguntara a los participantes sobre qué es lo que ellos saben sobre las redes de apoyo o si saben qué es una red de apoyo, las respuestas que se vayan generando se tendrán que anotar de un lado del pizarrón. Después se repartirá una breve lectura sobre qué son las redes de apoyo, una vez leídas se les pedirá que vuelvan a participar dando algún concepto que todavía no fuera mencionado.

**Tiempo:** 15 minutos.

#### **Observaciones:**

#### 2. Técnica: El nudo.

**Materiales:** Pelota, estambre de diferentes colores, post-it y una cuerda.

#### **Desarrollo:**

Se hará con ayuda del estambre y la pelota un nudo gigante el cual tendrá que estar colgado en el techo en medio del salón, este nudo tendrá que tener un pedazo libre

el cual ayudara a los participantes a poder guiarse. Cada color del estambre representa a un equipo (tres equipos).

Antes de iniciar el circuito se les dan las reglas del juego, las cuales son: cada participante del equipo tiene quince segundos para tratar de buscar deshacer el nudo de acuerdo al color que le toco, pero durante estos quince segundos se encontrara con papeleítos sujetos en el estambre, los cuales tienen preguntas o conceptos que tendrán que ser contestados para poder avanzar. Pasados los quince segundos se tiene que hacer cambio de participante por equipos.

**Tiempo:** 35 minutos.



### 3.3.5. Sesión 5. ¿Cómo formar una red de apoyo?

**Objetivo:** El participante logre conocer sobre las redes de apoyo, así mismo logre construir una de acuerdo al entorno en el que desarrolla sus actividades e implemente los conocimientos obtenidos.

#### 1. Técnica: Exposición

**Materiales:** Texto.

#### **Desarrollo:**

Se les pide a los asistentes a que tomen asiento, posteriormente el encargado del taller hace un breve recuento sobre la sesión pasada ¿Qué es una red de apoyo?, a partir de este breve recuento se comienza a exponer sobre la clasificación de las redes de apoyo y los tipos de apoyo que estas brindan.

Para finalizar se les reparte un pequeño texto que servirá de apoyo para la siguiente actividad.

**Tiempo:** 10 minutos.

**Observaciones:**

#### 2. Técnica: Actuando.

**Materiales:** Texto, hojas y plumones.

**Desarrollo:**

A continuación se dividirán los participantes en cuatro equipos, posterior a esto el responsable del taller escribirá en una hoja los diferentes tipos de apoyos (emocionales, instrumentales, cognitivos y materiales) y al azar pedirá que pase un integrante de cada equipo a elegir su respectivo papelito.

De acuerdo al tipo de apoyo que les toco, tendrán que representar una situación en donde ellos brinden ayuda siendo una red de apoyo formal o informal.

**Tiempo:** 15 minutos.

**Observaciones:****3. Técnica: La red grupal**

**Materiales:** Ninguno

**Desarrollo:**

El o la responsable invita a todos los integrantes del grupo a formar un gran círculo, de pie y tomados de la mano.

Una vez que todos se hayan tomado de la mano se debe comenzar a revelar la simbología del círculo que están formando. Es un momento de reflexión y representación visual de la trama grupal.

- La mano derecha simboliza nuestra capacidad de ayudar y está extendida hacia la mano izquierda de un compañero/a. La mano izquierda recibiendo a la mano derecha simboliza la aceptación de la ayuda.
- Ambas manos representan la necesidad y la posibilidad de intercambio. Y al mismo tiempo en que recibimos ayuda podemos brindar ayuda.
- El círculo es una gran red de contención, todos y todas se pueden mirar, todos y todas se sienten iguales.
- Hay una energía en equilibrio entre dar y recibir.

Luego de pronunciar estas palabras, el/la responsable invita a que cada integrante diga por qué es importante la presencia del otro en el grupo. Es necesario que nombre a la persona y destaque por qué ayuda a conformar el grupo.

No es necesario que cada persona diga algo de todas las personas, simplemente debe hacer referencia a quienes quiera.

**Tiempo:** 15 minutos

**Observaciones:**

#### **4. Técnica: Cierre**

**Materiales:** Ninguno

**Desarrollo:**

A manera de cierre, se les pide a los participantes que sigan en el círculo, el/la responsable les compartirá lo que pensó sobre sus actuaciones y sobre lo sucedido en el círculo, se deberá crear una retroalimentación en conjunto sobre el por qué son tan importantes las redes de apoyo en el contexto hospitalario.

**Tiempo:** 10 minutos.

**Observaciones:**

### 3.3.6. Sesión 6. Programa “Sigamos aprendiendo...en el hospital”.

**Objetivo:** Mostrar la capacidad e importancia del programa “Sigamos aprendiendo...en el hospital” dentro de nuestro país así como dentro del Hospital Federico Gómez.

#### 1. Técnica: Programa “Sigamos aprendiendo...en el hospital”.

**Materiales:** Diapositivas

**Desarrollo:**

La/el responsable proyectara una serie de diapositivas con contenido referente al programa “Sigamos aprendiendo...en el hospital”, con la intención de brindarles información sobre cuándo se fundó el programa, con qué objetivo y bajo qué criterios y cuál es su alcance a nivel nacional.

Toda esta información es clave para la siguiente actividad.

**Tiempo:** 15 minutos.

**Observaciones:**

#### 2. Técnica: Rally

**Materiales:** Hojas, rompecabezas, aros y pelotas.

**Desarrollo:**

Se formaran dos equipos, los equipos deberán estar conformados con mínimo un participante de cada categoría (familia, personal de salud y pedagogos).

Posteriormente se les explica el cómo está conformado el rally y lo que deben realizar en cada estación (todas las actividades están relacionadas al programa Sigamos aprendiendo...en el hospital). De acuerdo al número de integrantes se deberán de dividir en cada estación para que todos participen, no podrán avanzar hasta no completar correctamente las actividades.

**Tiempo:** 25 minutos

**Observaciones:**

### **3. Técnica: Cierre**

**Materiales:** Cojines o sillas.

**Desarrollo:**

La/ el responsable les pide a los participantes que formen un círculo y se sienten. Tomando en cuenta las actividades pasadas se les pedirá que de manera voluntaria expresen que tan importante ha sido para ellos el programa Sigamos aprendiendo...en el hospital dentro del Hospital Infantil Federico Gómez.

Se busca tener la participación de la mayoría de los participantes y teniendo la opinión tanto de los familiares como personal de salud y pedagogos.

**Tiempo:** 10 minutos.

**Observaciones:**

### 3.3.7. Sesión 7. Reconocimiento de las emociones.

**Objetivo:** Que los participantes logren conocer las emociones y a su vez sean capaces de implementarlas dentro de su contexto.

#### 1. Técnica: ¿Qué son las emociones?

**Materiales:** Nada

**Desarrollo:**

A través de una breve exposición, el/la encargada tendrá la función de exponer frente a los participantes el tema sobre las emociones, así como dar algunos ejemplos que se viven durante el contexto hospitalario.

**Tiempo:** 10 minutos

**Observaciones:**

#### 2. Técnica: Escuchando y pintando.

**Materiales:** Papel kraft, pinturas acrílicas de colores, masking tape, toallitas de papel, música, bocina.

**Desarrollo:**

Se tendrá que tener previamente extendido por toda el aula el papel kraft. La/ el responsable les pedirá a todos los participantes que se despojen de sus calcetines y se coloquen dentro del área con papel kraft, posteriormente la/ el responsable comenzara a verter por diferentes partes la pintura acrílica.

Se les pedirá a los participantes que en el momento en que escuchen la música cierren los ojos y comiencen a caminar por toda el área de acuerdo a como sientan el ritmo de la música, para poder esparcir la pintura.

**Tiempo:** 15 minutos

**Observaciones:**

### **3. Técnica: El grito de Munch.**

**Materiales:** Imagen de “El grito” de Munch, hojas blancas y pintura acrílica.

**Desarrollo:**

La/el responsable les repartirá a todos los participantes una hoja blanca y pintura acrílica.

Posteriormente a partir de la pintura de Munch el/la responsable les explicara la emoción del “miedo” y se les pedirá a los participantes que recreen su propia pintura acerca de lo que para ellos es sentir miedo de acuerdo al espacio en donde desarrollan su profesión o sus actividades diarias.

**Tiempo:** 20 minutos.

**Observaciones:**

### **4. Técnica: Cierre.**

**Materiales:** Nada

**Desarrollo:**

A manera de cierre el/ la responsable les dará una reflexión final sobre el tema, sobre lo que plasmaron en su pintura y lo que esto significa al llevar sus emociones dentro del contexto hospitalario.

**Tiempo:** 5 minutos.

**Observaciones:**

### 3.3.8. Sesión 8. Empatía hacia los niños en condición de hospitalización y cierre del taller.

**Objetivo:** Desarrollar en los participantes una mirada de sensibilización a través de la empatía para comprender los procesos por los cuales pasan los niños que se encuentran en condición de hospitalización.

#### **1. Técnica: Conociendo al otro.**

**Materiales:** Ninguno.

#### **Desarrollo:**

La/el responsable del taller dará una explicación sobre lo qué es la empatía y lo importante que es dentro del contexto hospitalario al trabajar y convivir con niños.

**Tiempo:** 10 minutos

#### **2. Técnica: En tus zapatos.**

**Materiales:** Ninguno.

#### **Desarrollo:**

Se formaran tres equipos, cada uno deberá estar dividido de acuerdo a las categorías: familia, pedagogos y personal médico, después la/el responsable les dará un nuevo rol a cada equipo.

A continuación se les pondrá una situación y la tendrán que resolver de acuerdo al nuevo rol que se les asigno, en conjunto tendrán que llegar a un plan de acción para saber cómo actuaran para resolver la situación.

Al finalizar se escuchara la opinión sobre la forma de actuar de los demás equipos.



**Tiempo:** 15 minutos.

**Observaciones:**

### **3. Técnica: Te ofrezco mi corazón (parte1 del cierre del taller)**

**Materiales:** Hojas de colores, plumones y tijeras y papel kraft.

**Desarrollo:**

El/la responsable les pedirá a todos ubicarse en círculo en el centro de la sala, después de esto se les explicara la actividad como parte del cierre del taller.

Se les entregara a cada participante una hoja de color, tijeras y plumones y se les pide que dibuje y recorten un corazón o algo que sea significativo para ellos/ellas.

Se pide a los participantes que observen a sus compañeros y que escriban dentro de ese papel lo importante que es para ellos estar en ese hospital y como es trabajar en conjunto, para poder sacar adelante a cada niño.

Para finalizar esos corazones se colgaran en un mural que estará dentro del aula.

**Tiempo:** 10 minutos.

**Observaciones:**

### **4. Técnica: Cierre**

**Materiales:** Sillas o cojines y diplomas.

**Desarrollo:**

Se les pide a todos los participantes a que tomen asiento, después el/la responsable toma la palabra y da un breve cierre sobre la importancia que tiene este taller, así como agradecer la participación y compromiso de todos los participantes.

A manera simbólica y de agradecimiento se les reparte un diploma por concluir de manera oportuna el taller.

**Tiempo:** 15 minutos.

### 3.4. Esquema de la Propuesta Pedagógica/ Programación Didáctica

<b>Fundamentación Metodológica</b>	Humanismo, Modelo de Servicios y Modelo de Consulta
<b>Objetivo General</b>	Diseñar una propuesta pedagógica para crear conciencia de la importancia de la red de apoyo dentro del contexto educativo en los niños en condición de hospitalización.
<b>Población</b>	Dirigido a familiares, docentes/ pedagogos hospitalarios y personal de salud.
<b>Lugar</b>	Aula hospitalaria.
<b>Temas</b>	<p><b>Bloque I. Bienvenida</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sesión 1: Bienvenida y presentación.</li></ul> <p><b>Bloque II. ¿Qué entendemos por derecho a la educación?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sesión 2: Derecho a la educación.</li><li>▪ Sesión 3: Derechos de los niños.</li></ul> <p><b>Bloque III. Red de apoyo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sesión 4: ¿Qué es una red de apoyo?</li><li>▪ Sesión 5: ¿Cómo formar una red de apoyo?</li><li>▪ Sesión 6: Programa Sigamos aprendiendo...en el hospital.</li></ul> <p><b>Bloque IV. Emociones. .</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sesión 7: Reconocimiento de las emociones.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sesión 8: Empatía hacia los niños en condición de hospitalización.</li><li>▪ Cierre</li></ul>
--	---

## CAPITULO 4. CARTAS DESCRIPTIVAS

### 4.1. Carta descriptiva Sesión 1

<b># Sesión: 1</b>		<b>Bloque I: Bienvenida</b>		<b>Total de asistentes:</b>	
<b>Participantes:</b>					
<b>Fecha:</b>		<b>Duración: 50 minutos</b>		<b>H:</b>	<b>M:</b>
<b>Tema:</b> Bienvenida y Presentación					
<b>Objetivo:</b> Presentar los temas que se abordaran en el taller, para que los participantes conozcan un poco del trabajo que se estará desarrollando a lo largo de las siguientes sesiones. Así como brindar el espacio para que se presenten los unos con los otros.					
<b>Pasos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>	<b>Responsable</b>	
<b>1-</b>	<b>Inicio</b> - Bienvenida	15 min.	Computadora. Diapositivas. Cañón. Sillas.		
<b>2-</b>	<b>Desarrollo</b> - Presentación	25 min.	Sillas o cojines. Estambre.		
<b>3-</b>	<b>Final</b> - Despedida	10 min.			

<b>Observaciones generales:</b>
<b>Evaluación:</b>

## 4.2. Carta descriptiva Sesión 2

<b># Sesión: 2</b>		<b>Bloque II: ¿Qué entendemos por derecho a la educación?</b>		<b>Total de asistentes:</b>	
<b>Participantes:</b>					
<b>Fecha:</b>		<b>Duración:</b> 50 minutos		<b>H:</b>	<b>M:</b>
<b>Tema:</b> Derecho a la educación					
<b>Objetivo:</b> Apreciar la importancia de la educación y la repercusión social de la misma.					
<b>Pasos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>	<b>Responsable</b>	
<b>1-</b>	<b>Inicio</b>  - Presentación	12 min.	Computadora.  Cañón.  Diapositivas.		
<b>2-</b>	<b>Desarrollo</b>  - Ronda de preguntas	10 min.	Pizarrón.  Plumones.  Borrador.  Hojas.  Pecera.		
<b>3-</b>	<b>Final</b>  - “Mariano va a la escuela” - Cierre	20 min.  8 min.	Lectura		

**Observaciones generales:**

**Evaluación:**

### 4.3. Carta descriptiva Sesión 3

<b># Sesión: 3</b>		<b>Bloque II: ¿Qué entendemos por derecho a la educación?</b>		<b>Total de asistentes:</b>	
<b>Participantes:</b>					
<b>Fecha:</b>		<b>Duración: 50 minutos</b>		<b>H:</b>	<b>M:</b>
<b>Tema:</b> Derechos de los niños					
<b>Objetivo:</b> Que los participantes logren identificar los diferentes derechos que tienen los niños y a su vez reflexionen sobre la relevancia que tienen.					
<b>Pasos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>	<b>Responsable</b>	
<b>1-</b>	<b>Inicio</b> - Lectura	10 min.	Libro “30 años de la convención sobre los derechos del niño”		
<b>2-</b>	<b>Desarrollo</b> - Memorama	30 min.	Memorama y el piso		
<b>3-</b>	<b>Final</b> - Cierre	10 min.			

**Observaciones generales:**

**Evaluación:**



#### 4.4. Carta descriptiva Sesión 4

<b># Sesión: 4</b>		<b>Bloque III: Red de apoyo</b>		<b>Total de asistentes:</b>	
<b>Participantes:</b>					
<b>Fecha:</b>		<b>Duración: 50 minutos</b>		<b>H:</b>	<b>M:</b>
<b>Tema:</b> ¿Qué es una red de apoyo?					
<b>Objetivo:</b> El participante logre conocer sobre las redes de apoyo, así mismo logre construir una de acuerdo al entorno en el que desarrolla sus actividades e implemente los conocimientos obtenidos.					
<b>Pasos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>	<b>Responsable</b>	
<b>1-</b>	<b>Inicio</b>  - ¿Qué tanto sabemos de?	15 min.	Pizarrón.  Plumones.  Lectura.		
<b>2-</b>	<b>Desarrollo</b>  - Nudo	35 min.	Pelota.  Estambre de diferentes colores.  Post-it.  Cuerda		
<b>3-</b>	<b>Final</b>  - Cierre	5 min.			
<b>Observaciones generales:</b>			<b>Evaluación:</b>		

#### 4.5. Carta descriptiva Sesión 5

<b># Sesión: 5</b>		<b>Bloque III: Red de apoyo</b>		<b>Total de asistentes:</b>	
<b>Participantes:</b>					
<b>Fecha:</b>		<b>Duración: 50 minutos</b>		<b>H:</b>	<b>M:</b>
<b>Tema:</b> ¿Cómo formar una red de apoyo?					
<b>Objetivo:</b> El participante logre conocer sobre las redes de apoyo, así mismo logre construir una de acuerdo al entorno en el que desarrolla sus actividades e implemente los conocimientos obtenidos.					
<b>Pasos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>	<b>Responsable</b>	
<b>1-</b>	<b>Inicio</b> - Exposición	10 min.	Lectura.		
<b>2-</b>	<b>Desarrollo</b> - Actuando - La red grupal	15 min. 15 min.	Texto. Hojas. Plumones.		
<b>3-</b>	<b>Final</b> - Cierre	10 min.			

<b>Observaciones generales:</b>
<b>Evaluación:</b>

#### 4.6. Carta descriptiva Sesión 6

<b># Sesión: 6</b>		<b>Bloque III: Red de apoyo</b>		<b>Total de asistentes:</b>	
<b>Participantes:</b>					
<b>Fecha:</b>		<b>Duración: 50 minutos</b>		<b>H:</b>	<b>M:</b>
<b>Tema:</b> Programa Sigamos aprendiendo...en el hospital					
<b>Objetivo:</b> Mostrar la capacidad e importancia del programa “Sigamos aprendiendo...en el hospital” dentro de nuestro país así como dentro del Hospital Federico Gómez.					
<b>Pasos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>	<b>Responsable</b>	
<b>1-</b>	<b>Inicio</b>  - Programa “Sigamos aprendiendo... en el hospital”	15 min.	Diapositivas		
<b>2-</b>	<b>Desarrollo</b>  - Rally	25 min.	Hojas Rompecabezas Aros Pelotas.		
<b>3-</b>	<b>Final</b>  - Cierre	10 min.	Sillas o cojines		

**Observaciones generales:**

**Evaluación:**

#### 4.7. Carta descriptiva Sesión 7

<b># Sesión: 7</b>		<b>Bloque IV: Emociones</b>		<b>Total de asistentes:</b>	
<b>Participantes:</b>					
<b>Fecha:</b>		<b>Duración: 50 minutos</b>		<b>H:</b>	<b>M:</b>
<b>Tema:</b> Reconocimiento de las emociones					
<b>Objetivo:</b> Que los participantes logren conocer las emociones y a su vez sean capaces de implementarlas dentro de su contexto.					
<b>Pasos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>	<b>Responsable</b>	
<b>1-</b>	<b>Inicio</b>  - ¿Qué son las emociones?	10 min.			
<b>2-</b>	<b>Desarrollo</b>  - Escuchando y pintando          - El grito de Munch	15 min.          20 min.	Papel kraft.  Pinturas acrílicas de colores.  Masking tape.  Toallitas de papel.  Bocina.    Imagen de “El grito” de Munch.  Hojas blancas.  Pintura acrílica.		

<b>3-</b>	<b>Final</b>  - Cierre	5 min.		
-----------	------------------------------	--------	--	--

<b>Observaciones generales:</b>
<b>Evaluación:</b>

#### 4.8. Carta descriptiva Sesión 8

<b># Sesión: 8</b>		<b>Bloque IV: Emociones</b>		<b>Total de asistentes:</b>	
<b>Participantes:</b>					
<b>Fecha:</b>		<b>Duración: 50 minutos</b>		<b>H:</b>	<b>M:</b>
<b>Tema:</b> Empatía hacia los niños en condición de hospitalización. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cierre del taller.</li> </ul>					
<b>Objetivo:</b> Desarrollar en los participantes una mirada de sensibilización a través de la empatía para comprender los procesos por los cuales pasan los niños que se encuentran en condición de hospitalización.					
<b>Pasos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales</b>	<b>Responsable</b>	
<b>1-</b>	<b>Inicio</b>  - Conociendo al otro	10 min.			
<b>2-</b>	<b>Desarrollo</b>  - En tus zapatos	15 min.			
<b>3-</b>	<b>Final</b>  - Te ofrezco mi corazón  - Cierre	10 min.    15 min.	Hojas de colores plumones  Tijeras  Papel kraft   Sillas o cojines.  Diplomas.		

<b>Observaciones generales:</b>
<b>Evaluación:</b>

## CONCLUSIONES

El resultado de esta propuesta pedagógica desde mi punto de vista me ha dejado muchos aprendizajes. Toda la búsqueda de oportunidades para poder entrar a un hospital, el desarrollar la búsqueda de información, planear las actividades tomando en cuenta a todos los sujetos que mencionamos, etc.

Hablar sobre la infancia dentro de este contexto y su red de apoyo ha sido un tema fuerte desde mi punto de vista, ya que si bien corresponden a una población vulnerable, el tener que alejarse a que ellos sean los y las protagonistas de una investigación e intervención fue un reto personal, ya que para mí era clave poder brindar una nueva mirada a la red de apoyo que menciono en esta propuesta.

La importancia sobre crear este tipo de propuestas para el ambiente educativo hospitalario a mi opinión personal, es importante, porque se busca crear apertura en espacios de educación no formal en donde, en primer lugar el pedagogo no es tomado en cuenta, o donde tristemente se llega a creer que no puede desarrollar un buen papel.

Por otra parte, considero que mi propuesta pedagógica dentro de este ambiente tan grande y diverso, puede llegar a hacer una diferencia entre algunas otras propuesta ya presentadas. Ya que por lo general se acostumbra a crear estrategias, planes y apoyos para los pequeños y pequeñas que se encuentran en condición de hospitalización y se deja de lado a los demás involucrados que también son pieza esencial en todo lo referente a la enfermedad y al tema educativo.

Al acercarse a estos sujetos como lo son el personal de salud, los pedagogos y la familia abarcamos tres sectores muy importantes para crear un clima de confianza y de unión para ayudar a favorecer la educación en los infantes que se encuentran hospitalizados.



El haber tomado la decisión de que sean estos tres sujetos los destinatarios de nuestra propuesta es como se mencionó anteriormente, con el propósito de poder aportar otra manera de abarcar el tema de la educación hospitalaria.

Si bien, dentro del Hospital Infantil de México Federico Gómez ha existido el apoyo a los niños/niñas y los padres gracias a su participación con el programa Sigamos aprendiendo...en el hospital, no existe un programa que involucre una red de apoyo que tome en cuenta a todos los sujetos mencionados dentro de esta propuesta.

La familia dentro del clima de la educación hospitalaria juega un papel protagónico ya que son los sujetos más cercanos a los infantes.

La familia desde el momento de saber el diagnóstico, trata de ser el primer eslabón de apoyo para sus niños y niñas. Como familia se busca que todo el proceso de la enfermedad y sobre todo de la hospitalización sea lo menos abrumador para los niños. Y abrumador desde todos los sentidos, desde el cambio de ánimo, físico, psicológico, a nivel familiar y social, ya que en este último punto los infantes tendrán que pasar por la separación de su ambiente (tanto escolar, social y familiar).

El tomar como referente a la familia dentro de nuestra propuesta es con la mirada a poder ofrecerles más herramientas para que puedan seguir apoyando a sus pequeños/as que tienen que vivir a diario esta batalla, así como también hacerles saber que en este proceso ellos también son indispensables y que todo su trabajo también va de la mano con el de los profesionales de la salud por un lado y por el otro con los profesionales en la educación.

Otros de nuestros sujetos tomados en cuenta en esta propuesta fueron, el personal de salud. Y hacemos referencia al personal de salud, porque para nosotros es importante poder tener en claro que no solo son los médicos quienes están cerca de los infantes, sino también las enfermeras, especialistas, guardias, etc.

Al tomar en cuenta a este grupo tan amplio y diverso lo hice con el fin de poder brindarles una vista un poco más abierta a lo que viven los niños y sus familiares

fuera de llevar el tratamiento médico. Muchas veces hemos sido testigos o como pacientes nos ha tocado que tal vez el parte médico sea un poco frío o tengan poco tacto al momento de tener alguna conversación o acercamiento, por un lado es sumamente entendible y es parte de su profesión el no crear ningún vínculo con el paciente.

Por otro lado tenemos que poder darles herramientas que los ayuden a justo abrir esa mirada y ser un poquito más empáticos con los días buenos y no tan buenos que tienen los niños en condición de hospitalización, que como profesionales de la salud puedan tener otra manera de explicarles a los niños los padecimientos que viven, que de alguna manera ellos puedan crear esa red de apoyo con los padres, para que el proceso de la enfermedad por la cual pasan los niños sea menos complicada.

Por último, pero no menos importantes, tomamos en cuenta como parte de esta red de apoyo a los pedagogos/ educadores hospitalarios.

Estos sujetos están tomados en cuenta desde el momento inicial de pensar el proyecto, ya que al querer involucrarme en un tema hospitalario, el primer paso fue investigar de qué manera podría ligarlo a la carrera y cuando supe que existían espacios dentro del hospital para los pedagogos/ educadores hospitalarios mi mente empezó a crear esta propuesta.

Los pedagogos/educadores hospitalarios brindan sin duda esta parte empática tanto para el paciente, como para los familiares. Si bien no somos psicólogos, nuestra parte es poder ser guías en el proceso educativo que se decida tomar para los niños, siendo los profesionales que den cuenta a los padres al saber que la educación desde el aspecto no formal, también es una opción para estos niños.

El involucrarlos dentro de la propuesta pedagógica que presentamos es, porque ellos forman parte esencial de la red de apoyo de los niños en condición de hospitalización. Son responsables de crear estrategias y planes y a su vez adecuarlos para los niños y a los padecimientos que tienen, es importante que exista una buena comunicación entre personal de salud y pedagogos para saber cómo es

el proceso de salud de los niños, el saber los días en los que la enfermedad les permite tener las energías para realizar alguna actividad.

Y si así es importante la relación con el personal de salud, la relación con la familia es el doble o triple de importante para los pedagogos, ya que es la familia la primera línea de acercamiento a los niños en condición de hospitalización, serán ellos quienes brinden también información sobre cómo era el desarrollo escolar previo a la enfermedad, así como parte esencial al momento de seguir con el plan de estudio realizado por los pedagogos/ educadores hospitalarios.

Teniendo en cuenta el porqué de los sujetos que forman parte de esta propuesta pedagógica, también me es importante mencionar lo mucho que aporta el campo de orientación a esta propuesta.

Es en el campo de Orientación Educativa en el cual tuve la oportunidad de desarrollar este tema con el apoyo de mis profesores y asesor, me ha aportado muchos aprendizajes.

La Orientación Educativa tiene esa ventaja de poder abarcar diversos temas y este en especial, porque como parte de lo que es la orientación (un proceso de acompañamiento) me ayudo a través de ese acompañamiento a desarrollar lo que se propone en esta propuesta.

También el campo de Orientación educativa se ha visto encaminado al campo de la salud, por los diversos temas que han desarrollado sobre pedagogía hospitalaria, pero el hecho de poder realizarlo es también gracias a los diferentes modelos de intervención, los cuales nos ayudan a poder desarrollar las estrategias adecuadas o mejor encaminadas al propósito que tenemos en mente.

Cada modelo de orientación tiene diferentes características que ayudan a poder definir cuál es el más adecuado para ser utilizado dentro de alguna estrategia y tomando como referencia el tema al cual nos vamos a encaminar.

Dentro de esta estrategia el utilizar diferentes modelos, lo hice para poder cubrir lo mejor posible todos los aspectos que tenía pensado desarrollar.

Con la construcción de esta propuesta se pretende apoyar y ayudar a la red de apoyo (Personal de salud, Pedagogos y Familia) en función de la importancia que tienen para favorecer la educación en los infantes hospitalizados, a través de los contenidos que se abordan, los cuales son presentados de una manera atractiva al ser diseñados por medio de un taller, en el cual se pretende que los sujetos participantes más allá de tener un conocimiento que pueda ser pasajero, puedan implementar todos los conocimiento a través de la práctica y el aprender haciendo.

## REFERENCIAS

- Aizpuru, M. (2008). La persona como eje fundamental del Paradigma Humanista. En *Acta Universitaria*, 18 (1), 33-40. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/416/41601804.pdf>
- Álvarez, M. y Bisquerra, R. (2012). Modelos de orientación educativa. En Álvarez, M. y Bisquerra, R. (eds.). *Orientación educativa. Modelos, áreas, estrategias y recursos*. España: Wolters Kluwer España.
- Aníbal L. (2007). Qué es la educación. En *Educare*, 11 (39) 595-604.
- Arjona, G. (2013). *Evaluación del programa "Sigamos aprendiendo... en el hospital". El caso del Hospital Infantil Federico Gómez*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Pedagógica Nacional, México.
- Ballano, F. y Esteban, A. (2017). La hospitalización. En *La hospitalización (Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente)*. Pozuelo de Alarcón (Madrid): Editorial Editex.
- Barreto, J., Augusta, M., Das Neves, M., Pagliarini, M. y Silva, S. (2011). Estrés y recursos de enfrentamiento del cuidado en el contexto hospitalario. En *Salud Mental*, 34(2), 129-138.
- Bátiz, J. (2010). Opinión: El enfermo es una persona. En *Médicos y pacientes*. Recuperado de: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/opini%C3%B3n-el-enfermo-es-una-persona>
- Bembibre, C. (2013). Definición de enfermo. Recuperado de: <https://www.definicionabc.com/ciencia/enfermo.php>

- Blanco, R. (2008). Marco conceptual sobre la educación inclusiva. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, La Ciencia y La Cultura. *La educación Inclusiva: El camino hacia el futuro*. Ginebra. Recuperado de: [http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user\\_upload/Policy\\_Dialogue/48th\\_ICE/C\\_ONFINTED\\_48\\_Inf\\_2\\_Spanish.pdf](http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Policy_Dialogue/48th_ICE/C_ONFINTED_48_Inf_2_Spanish.pdf)
- Chaves, M. (2012). La pedagogía hospitalaria como alternativa formativa. En *Educación*, XXI (40) 59-74.
- Chávez, D. (2011). *Un caso de Pedagogía Hospitalaria en México: El programa Sigamos aprendiendo... en el hospital (2002-2010)*. (Tesis de licenciatura). Universidad Pedagógica Nacional, México. Recuperado de: <http://200.23.113.51/pdf/28462.pdf>
- Dinámicas Grupales (2016-2020). La red grupal. Buenos Aires, Argentina: Dinámicas Grupales. Recuperado de: <https://dinamicasgrupales.com.ar/dinamicas/trabajo-en-equipo/dinamica-la-red-grupal/>
- Fernández, M. (2000). La pedagogía hospitalaria y el pedagogo hospitalario. En *Tabanque*, 15(s.v.), 139-149.
- García, R. (2015). Hospitalización de niños y adolescentes. En *Revista Clínica Condes*, 16(4), 236-241. Recuperado de: [https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%200m%C3%A9dica/2005/4%20oct/HospitalizacionDeNinosYAdolescentes-5.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%200m%C3%A9dica/2005/4%20oct/HospitalizacionDeNinosYAdolescentes-5.pdf)
- Gobierno de México. (2021). Diseño Curricular. Recuperado de: <https://www.planyprogramasdestudio.sep.gob.mx/index-curric-diseno.html> el 24 de mayo del 2021.
- Grañeras, M. y Parras, A. (2008). Un recorrido por los distintos enfoques y modelos de Intervención psicopedagógica en orientación. En Grañeras, M. y Parras, A. (coord.) *Orientación educativa: fundamentos teóricos, modelos institucionales*

y nuevas perspectivas. (pp.47-113). España: Centro de Investigación y Documentación Educativa. Recuperado de: <https://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/61923/00820082000250.pdf?sequence=1>

Grau, C. y Fernández, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. En *An. Sist. Sanit. Navar*, 33 (2), 203-212.

Grau, C. y Ortiz, G. (2001). *La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una Educación Inclusiva*. Málaga: Ediciones Aljibe.

Lieutenant, C. (2009). El respeto y la confidencialidad como principios. En Arrieta, V. (coord.). *Apuntes de pedagogía hospitalaria memorial del primer diplomado en pedagogía hospitalaria*. (pp.35-36). Distrito Federal, México: Administración Federal de Servicios en el Distrito Federal.

Lizasoáin, O. (2015). *El niño enfermo y su derecho a la educación*. Universidad de Navarra. Recuperado de: <https://www.unav.edu/web/vida-universitaria/detalle-opinion2/2015/11/20/el-ni%C3%B1o-enfermo-y-su-derecho-a-la-educacion?articleId=7925330>

Lizasoáin, O. (2005). Los derechos del niño enfermo y hospitalizado: El derecho a la educación. Logros y perspectivas. En *Estudios sobre Educación*, 9. Recuperado de: <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/8923/1/NF.PDF>

López, A. (2015-16). *Estado de la Cuestión de la pedagogía hospitalaria*. (Memoria de fin de grado en pedagogía). Universitat de les Illes Balears.

Matas, A. (2007). Modelos de Orientación Educativa. Ediciones Aidesoc.

Maya, A. (2007). *El taller educativo ¿Qué es? Fundamentos, cómo organizarlo y dirigirlo, cómo evaluarlo*. Bogotá, Colombia: Editorial Magisterio. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=Bo7tWYH4xMMC&pg=PA12&lpg=PA1>

[2&dq=REYES,+G%C3%B3mez+Melba.+El+Taller+en+Trabajo+Social.+En:+Kisnerman,+N.+Op.+Cit.&source=bl&ots=b8dv2\\_-RYa&sig=ACfU3U0pHJ7aZ1fGAKAzFE\\_SCcu03rKx-w&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwin24zT4uHpAhVDA80KHRs3DT8Q6AEwAXoECAoQAQ#v=onepage&q&f=false](https://www.researchgate.net/publication/327114907_2&dq=REYES,+G%C3%B3mez+Melba.+El+Taller+en+Trabajo+Social.+En:+Kisnerman,+N.+Op.+Cit.&source=bl&ots=b8dv2_-RYa&sig=ACfU3U0pHJ7aZ1fGAKAzFE_SCcu03rKx-w&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwin24zT4uHpAhVDA80KHRs3DT8Q6AEwAXoECAoQAQ#v=onepage&q&f=false)

Muñoz, V. (2013). *Pedagogía hospitalaria y resiliencia*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Nolasco, M. (2014). Estrategias de Enseñanza en Educación. En *Boletín Científico de la Escuela Preparatoria No.4 Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. 2(4). Recuperado de:  
<https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa4/n4/e8.html>

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud*. Glosario. Ginebra. Recuperado de:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1)

Orozco, M. (2020). Educación para la Salud: Un punto de partida. Recuperado de:  
<https://www.kuchkabal.org/educacion-para-la-salud/educacion-para-la-salud-un-punto-de-partida/>

Ortiz, C. (1999). Formación de los profesionales del contexto hospitalario. En *Revista de currículum y formación del profesorado*, 3(2), 1-15.

Ortiz, C. (2001). Perspectivas de la pedagogía hospitalaria. En Grau, C. y Ortiz, C., *La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una Educación Inclusiva* (pp.19-55). Málaga: Ediciones Aljibe.

Peña, Y. (2009). Salud-Educación. En Arrieta, V. (coord.). *Apuntes de pedagogía hospitalaria memorial del primer diplomado en pedagogía hospitalaria*. (pp.35-36). Distrito Federal, México: Administración Federal de Servicios en el Distrito Federal.



- Perea, R. (s.a) *La educación para la salud, reto de nuestro tiempo*. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:EducacionXXI-F118F1B1-20B0-6C6D-8F91-9988F26282B4/Documento.pdf>
- Pérez, V. (2017). *La pedagogía hospitalaria frente a la atención de necesidades educativas en personas enfermas. Un reto del quehacer pedagógico*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Latina, Ciudad de México.
- Polaino, A. y Lizasoán, O. (1992). La pedagogía hospitalaria en Europa: la historia reciente de un movimiento pedagógico innovador. En *Psicothema*, 4 (1). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72704103>
- Riquelme, S. (2008-2009). Recorrido breve por América Latina y El Caribe. En *Apuntes de Pedagogía Hospitalaria*. Distrito Federal, México: Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal.
- Riquelme, S. y Ferreira, C. (2018). Pedagogía Hospitalaria en América Latina y el Caribe. En Arrieta, M. (coord.). *Apuntes de Pedagogía Hospitalaria Memoria del Diplomado. Versión actualizada*. (pp.28-38). Ciudad de México, México: Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México.
- Rodríguez, L. (2002). Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil. En *Revista de la Escuela Universitaria de Magisterio de Toledo*, 27 (12), 179-206.
- Sanchiz, Ma. L. (2009). Modelos o enfoques teóricos de la orientación. En *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica*. Universitat Jaume. Recuperado de: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/23882>
- Sarramona, J. (1989) Concepto de educación. En *Fundamentos de educación*. CEAC, España. Recuperado de: <https://www.uv.mx/personal/rdegasperin/files/2011/07/Antologia.Comunicacion-Unidad1.pdf>

Secretaria de Salud [Página Oficial] (2018) Sigamos aprendiendo... en el hospital. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-sigamos-aprendiendo-en-el-hospital>

Secretaria de Salud [Página Oficial] (2018). Combatir el rezago educativo por enfermedad en niñas, niños, jóvenes y adultos. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/objetivo-combatir-el-rezago-educativo-mision-puedan-continuar-con-sus-estudios-o-incluso-iniciarlos-ahi-vision-vinculacion-coordinacion-y-operacion-intersectorial-que-garantice-el-ejercicio-pleno-de-los-derechos-a-la-educacion-y-a-la-salud>

Secretaria de Salud [Página Oficial] (2018). Programa Sigamos aprendiendo... en el hospital. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-sigamos-aprendiendo-en-el-hospital>

Silva, J., Ramón, S., Vergaray, S., Palacios, V. y Partezani, R. (2015). Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. En *Enfermería universitaria*, 15(2), 80-81.

UNESCO (2013). Alcance de la educación en la CINE. En Unesco. *Clasificación Internacional Normalizada de la Educación, CINE 2011*. (P.13-14).Montréal, Québec, Canadá: Instituto de Estadística de la UNESCO. Recuperado de: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000220782>

Valdez, I., Villaseñor, M. y Alfaro, M. (2004) Educación para la salud: la importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*, 1 (s/n). Recuperado de: <http://www.hospitalalvear.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/valadez.pdf>

Vázquez, G. (1998). La educación no formal y otros conceptos próximos. En Sarramona, J., Vázquez, G. y Colom, A. *Educación no formal*. Barcelona: Editorial Ariel. Recuperado de: <https://docer.com.ar/doc/nvesee>