

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

Escuela de Posgrado



**SENTIDO DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA FRENTE A LA
DIVERSIDAD CULTURAL EN DOCENTES VOLUNTARIOS DE
AULAS HOSPITALARIAS**

**Tesis para obtener el grado académico de Magíster en
Cognición, Aprendizaje y Desarrollo que presenta:**

Victor Hugo Chauca Ponte

Asesora:

Susana Del Mar Frisancho Hidalgo

Lima - Perú

2022

Informe de Similitud

Yo, Susana Frisancho Hidalgo, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesora de la tesis titulada Sentido de autoeficacia percibida frente a la diversidad cultural en docentes voluntarios de aulas hospitalarias, de Víctor Hugo Chauca Ponte, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 5%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 03/11/2022.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 15 de diciembre de 2022

Apellidos y nombres de la asesora: <u>Frisancho Hidalgo</u> , Susana del Mar	
DNI: 07779442	Firma 
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5517-7597	

DEDICATORIA

Dedicado a los voluntarios de Aprendo Contigo, que junto a los niños hospitalizados construyen día a día la posibilidad de un Perú mejor; para quienes estuvieron, están y estarán en la noble labor de educar y acompañar.



AGRADECIMIENTOS

A mi asesora, Susana Frisancho, por su invaluable guía y respaldo

A mis padres, Hugo y Sonia, por su amor incondicional

A la Asociación Aprendo Contigo, por construir oportunidades desde la voluntad organizada

A Sebastià, Carla y Óscar, por su ejemplo y amistad



RESUMEN

El presente estudio, bajo un enfoque cualitativo y un diseño exploratorio, tuvo como objetivo comprender el sentido de autoeficacia percibida frente a la diversidad cultural en un grupo de ocho docentes hospitalarios voluntarios, pertenecientes al programa de aulas hospitalarios Aprendo Contigo, que educan a niños, niñas y adolescentes en dos hospitales de Lima, Perú. Para el recojo de datos se realizaron entrevistas semi estructuradas en base a una guía de entrevista. Los resultados presentan que todas las participantes del estudio refieren un alto nivel de satisfacción general ante la enseñanza en aulas hospitalarias. Además, solo la mitad de las participantes refieren un alto sentido de autoeficacia ante la diversidad cultural. Se reportan también dificultades percibidas como la barrera lingüística, la disposición de los niños, el racismo, entre otros.

Palabras clave: *Autoeficacia docente, Interculturalidad, Pedagogía Hospitalaria*

ABSTRACT

The present study, under a qualitative approach and an exploratory design, aimed to understand the sense of perceived self-efficacy in the face of cultural diversity in a group of eight volunteer hospital teachers, belonging to the Aprendo Contigo hospital classroom program, who educate children, girls and adolescents in two hospitals in Lima, Peru. For data collection, semi-structured interviews were conducted based on an interview guide. The results show that all study participants report a high level of general satisfaction with teaching in hospital classrooms. In addition, only half of the participants report a high sense of self-efficacy in the face of cultural diversity. Difficulties perceived as the linguistic barrier, the disposition of the children, racism, among others, are also reported.

Keywords: *Teaching self-efficacy, Interculturality, Hospital Pedagogy*

ÍNDICE

1.- Informe de Similitud.....	2
2.- Dedicatoria.....	3
3.- Agradecimiento.....	4
4.- Resumen.....	5
5.- Índice.....	6
6.- Introducción.....	7
7.- Método.....	21
7.1.- Objetivo.....	21
7.2.- Participantes.....	23
7.3.- Técnicas de recolección de información.....	24
7.3.1.- Ficha de datos sociodemográficos.....	24
7.3.2.- Entrevista Cualitativa.....	24
7.4.- Procedimiento.....	25
7.4.1.- Fase de elaboración de guía de entrevista.....	25
7.4.2.- Fase piloto.....	25
7.4.3.- Fase de aplicación.....	26
7.4.4.- Fase de análisis de datos.....	26
8.- Resultados y Discusión.....	28
9.- Conclusiones y Recomendaciones.....	49
10.- Referencias.....	52
11.- Anexos.....	63
11.1.- Anexo A: Protocolo de consentimiento informado para participantes.....	63
11.2.- Anexo B: Ficha de Datos Sociodemográficos.....	65
11.3.- Anexo C: Guía de Entrevista	68

INTRODUCCIÓN

Como parte de las metas de Desarrollo Sostenible para el 2030, la UNESCO contempla que los Estados deben velar para que todos los niños y niñas terminen los ciclos de la enseñanza primaria y secundaria, y que estas han de ser gratuitas, equitativas, de calidad, y producir resultados escolares pertinentes y eficaces, además de garantizar el acceso en condiciones de igualdad de las personas vulnerables, incluidas las personas con discapacidad, de los pueblos indígenas y los niños en situaciones de vulnerabilidad a todos los niveles de enseñanza (Naciones Unidas, 2018). En nuestro orden jurídico, la Constitución Política del Perú, Art. 13 y 16 (1993), manifiesta que la educación tiene como finalidad el desarrollo integral de la persona humana, correspondiéndole al Estado coordinar la política educativa y formular los lineamientos generales de los planes de estudios, así como los requisitos mínimos de la organización de los centros educativos.

Asimismo, la ley Nro. 28044 (Ley General de Educación) en su artículo 8, especifica como una medida de equidad que deben asegurarse los mecanismos que permitan la matrícula oportuna, la permanencia y la reincorporación de los estudiantes al sistema educativo y de establecer medidas especiales para retener a los que se encuentren en riesgo de exclusión del servicio. Además, conforme al artículo 11 de la referida ley, el Estado debe garantizar que los servicios educativos brinden una atención de calidad a la población que se encuentra en situación de vulnerabilidad por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, condición de discapacidad, talento y superdotación, edad, género, riesgo social o de cualquier otra índole. Al respecto, la Ley 30772, ley que Promueve la atención educativa Integral de los estudiantes en condición de Hospitalización o con tratamiento Ambulatorio de la Educación Básica, es promulgada para velar por la promoción y cumplimiento de las acciones educativas antes mencionadas (D.S. No 003-2020-MINEDU, 2020)

En este sentido, la Pedagogía Hospitalaria se alza como respuesta para cubrir las necesidades educativas de los niños, niñas y adolescentes hospitalizados, buscando sensibilizar y promover en los Estados, la sociedad en general y los actores educativos y hospitalarios, la importancia de brindar actividades educativas y apoyos necesarios, tanto al niño como a su familia, en un clima de tolerancia y respeto, de modo que la reinserción al sistema educativo regular y a su comunidad, muestre la menor dificultad posible y que la propia condición de salud y hospitalización no implique desventajas en el desarrollo personal, social y educativo del menor, buscando además, mejorar la calidad de la estancia y experiencia hospitalaria y facilitando los procesos de ajuste del niño a este nuevo contexto, procurando que se normalicen las experiencias de acuerdo a las fases de desarrollo que cada uno presenta (Cárdenas y López, 2006; Caballero, 2007; Calvo, 2017; León, 2017).

Asimismo, es necesario resaltar que la educación hospitalaria es una modalidad que conceptualmente mantiene constante replanteamiento, ya que en esencia busca adecuarse a las necesidades particulares de cada contexto hospitalario y de las personas que se desarrollan en él. Es también importante agregar que, si bien la Pedagogía Hospitalaria brinda atención educativa a menores de edad, también pueden acceder a ella personas adultas e incluso el personal sanitario y asistencial (González & Polaino, 1990; Calvo, 2017).

Históricamente, la pedagogía hospitalaria surge por primera vez a inicios del siglo pasado en Europa, pues como manifiestan Palomares, Sánchez y Garrote (2016), en 1917 se inauguran lo que serían las primeras aulas hospitalarias, como es el caso de María Montessori, quien incluye atenciones educativas en centros hospitalarios de Italia, lo que simboliza un punto de partida sobre la atención interdisciplinar a población hospitalizada, o la epidemia de poliomielitis que azotó a la población infantil española a mediados también del siglo pasado y que motivó importantes reformas educativas que promovieron la continuidad escolar y el derecho a la educación de los niños hospitalizados (Calvo, 2017; León, 2017). En América

Latina esta modalidad educativa muestra matices y gran variabilidad, tanto en su implementación como en su nivel de desarrollo y cobertura. Es así que algunos países de la región, como México, Chile o Argentina, son reconocidos como referentes en esta disciplina y otros, como Bolivia, Puerto Rico o República Dominicana, no contemplan aún este servicio educativo bajo ninguna modalidad, ya sea pública o privada (Palomares, Sánchez y Garrote, 2016)

En nuestra realidad nacional, la Pedagogía Hospitalaria surge por iniciativa tanto de la sociedad civil como de la empresa privada, ya que desde el año 2000, tanto la asociación “Aprendo Contigo” como también “Aula Fundación Telefónica en Hospitales” comenzaron actividades, brindando atención educativa a niños, niñas y adolescentes en situación de hospitalización o tratamiento ambulatorio. Casi dos décadas después, en el año 2017, el Estado peruano asume la tarea y crea el Modelo de Servicio Educativo Hospitalario mediante la Resolución Ministerial N° 241-2017-MINEDU, con el objetivo de contribuir a que los estudiantes en situación de hospitalización y/o tratamiento ambulatorio permanezcan en el sistema educativo, mediante el desarrollo de actividades pedagógicas que garanticen sus aprendizajes, la igualdad de oportunidades y el derecho a la educación, evitando que se retrase su formación integral y facilitando su reincorporación al proceso formativo escolar. Consecuentemente, es aprobada la ley N° 30772, Ley que Promueve la Atención Educativa Integral de los Estudiantes en Condiciones de Hospitalización o con Tratamiento Ambulatorio de la Educación Básica, para promover la atención en el Servicio Educativo Hospitalario integral de los estudiantes de la Educación Básica, que se encuentran en situación de hospitalización o con tratamiento ambulatorio (R.M. N° 241-2017-MINEDU, 2017). En la actualidad, el Servicio Educativo Hospitalario (SEHO) contempla la atención educativa a estudiantes-pacientes, denominados así por el servicio, en el ámbito tanto hospitalario como domiciliario, valiéndose de recursos y/o canales de comunicación e información (TIC) como de sesiones de aprendizaje en línea (R.VM. No 154-2020-MINEDU, 2020)

Respecto a la situación de la hospitalización pediátrica en nuestro país, consideraremos los indicadores de internamiento en los hospitales más representativos del país respecto a salud infantil, los cuales se ubican en la ciudad de Lima. Así, el Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja (INSN-SB), durante el 2018 muestra un total de 5620 egresos hospitalarios¹, con un promedio de estancia de 14 días, del cual el 57% de estos egresos fueron de pacientes provenientes de Lima y Callao, 17% de otras regiones de la costa, 19% de la sierra y el 7% de la selva, es decir un 43% del total de estos pacientes no vive en la ciudad capital, aspecto que deja de relieve la marcada y constante presencia intrahospitalaria de pacientes y familias de origen provinciano, además del centralismo del recurso hospitalario especializado para el tratamiento de casos complejos en niños, lo que se correlaciona además con el hecho de que 14 de los 21 hospitales del Ministerio de Salud (nivel III) a nivel nacional, están ubicados en Lima (INSNSB, 2019).

Por su parte, el Instituto Nacional del Niño - Breña muestra que durante el 2019 tuvo un total de 10930 egresos hospitalarios, donde alrededor de 5574 menores (51%) estuvieron en edad escolar y 2553 (23% del total) provenían del interior del país y el extranjero; siendo la estancia hospitalaria individual promedio de 17 días (INSNB, 2020). Ese mismo año, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, que atiende a cerca de un 50% de pacientes provenientes de otras regiones del país; en sus áreas de Pediatría (0 a 14 años) y Adolescentes (15 a 19 años), tuvieron en conjunto un total de 1133 egresos hospitalarios, donde la estancia promedio del área pediátrica fue de 32 días aproximadamente y en el caso del área de adolescentes alrededor de 19 días (INEN, 2019).

Además de la Pedagogía Hospitalaria, otro concepto involucrado en el presente estudio es el de Interculturalidad, el cual puede entenderse como el intercambio de

¹ Es la salida de un paciente hospitalizado de los servicios de internamiento del hospital. Un egreso implica siempre la conclusión del período de hospitalización y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta, fallecimiento o transferencia a otro establecimiento de salud (mayor complejidad).

conocimientos, costumbres y valores entre miembros de distintas culturas (Cépeda, Castro & Lamas, 2019). Para Walsh (2009), el concepto nace como una crítica a la intención homogeneizadora de la educación oficial impartida por algunos estados americanos, que bajo la consigna de forjar una sola identidad nacional, desconocían su diversidad cultural.

Tubino (2015, 2019) define a la interculturalidad de dos formas. Primero, como un fenómeno empírico que se erige como un problema en países postcoloniales, donde puede observarse cotidianamente estigmatización sociocultural y menosprecio intercultural y, segundo, como un proyecto, como una posibilidad que actualmente está trabada y que requiere de políticas que aborden el problema de fondo, involucrando a los ciudadanos no solo de minorías étnicas, sino también a las personas de la cultura hegemónica. Remarca, además, la necesidad del diálogo intercultural desde un enfoque pluralista, de reciprocidad y encuentro, de donde surjan los derechos humanos, fundamentados en la práctica, la vivencia y las sensibilidades de las personas en sus distintos colectivos culturales. Por su parte, Ansión (2007) propone reservar el concepto de interculturalidad a contextos donde grupos culturalmente diversos conviven involuntariamente, de modo prolongado y cotidiano, donde discurren mutuamente las influencias particulares de unos a otros y donde más allá de sus características pacíficas o agresivas, las culturas sean modificadas mediante interacciones y procesos de aprendizaje.

Así, a fines del siglo pasado y gracias sobre todo a la movilización de colectivos indígenas, en varios países de Latinoamérica, se reestructuraron las relaciones y el trato que mantenían los distintos Estados respecto a sus minorías étnicas, como es el caso de Argentina que, en 1994, incorpora derechos a sus pueblos indígenas bajo una reforma constitucional que reconoce la pluralidad y diversidad étnica, para lo cual el Estado y sus órganos debían adecuarse (Cernadas, Santos & Lorenzo, 2013). Por nuestra parte, durante la primera mitad del siglo pasado y específicamente durante el oncenio de Leguía, se inició el proyecto educativo indigenista, con el fin de occidentalizar o “civilizar” a las comunidades indígenas,

implementando el quechua como medio para promover la castellanización y no para bregar por su preservación como lengua originaria. Décadas después y en el marco del gobierno militar presidido por el Gral. Juan Velasco Alvarado, en 1972 se inicia una serie de reformas en el sector educativo, que tenían como objetivo construir una identidad nacional, que valore la diversidad étnica del país y respete la pluralidad lingüística nacional. En ese sentido, a fines de los 80 se plantea la Política Nacional de Educación Bilingüe, que posteriormente derivará en la inclusión del factor intercultural, denominándose por tal como Educación Bilingüe Intercultural (EBI). Sin embargo, gracias a las reflexiones críticas sobre la visión limitada de la interculturalidad y de la realidad sociolingüística nacional que presentaba la EBI, esta pasará a denominarse Educación Intercultural Bilingüe (EIB), modalidad que actualmente busca promover la inclusión del conocimiento y la visión indígena, en un marco de igualdad, calidad educativa, eficiencia y accesibilidad, tal cual como para la población en general; aunque en la realidad estos objetivos mantienen un carácter meramente declarativo (Zavala, 2008; Oliart, 2013; Trapnell y Zavala, 2013; Vásquez, 2016).

Por su parte, Tubino (2019) refiere que la interculturalidad muestra dos variantes. Por un lado, una interculturalidad funcional que fomenta interacciones armónicas, el respeto y la valorización de la diversidad, pero que no profundiza en las causas estructurales que redundan en las condiciones de inequidad en que viven ciertos grupos étnicos y minoritarios y, por otra parte, una interculturalidad crítica que propone no solo cuestionamientos al status quo y a las relaciones asimétricas de poder y acceso a derechos por parte de estas minorías étnicas, sino que además, propone generar las condiciones para que surjan la participación y el diálogo, incluso frente a escenarios de tensión político-social.

Es necesario, además, delimitar la diferencia entre la interculturalidad y el concepto de multiculturalidad. Así, la interculturalidad resalta la importancia de lo que trae el otro: su visión, sus intereses y su práctica, mientras que la multiculturalidad se ciñe a la coexistencia en un clima de armonía entre grupos étnicos, que gocen de derechos por igual aunque con

limitaciones en su interacción; es decir, la multiculturalidad describe contextos dados donde grupos culturales coexisten sin que necesariamente haya relación entre ellos, contrariamente a lo que supone un contexto intercultural, caracterizado por procesos de comunicación, negociación y diálogo recíproco, incluso ante las diferencias y conflictos (Dietz, 2007; Cuenca y Ramírez, 2015)

Es así que, en respuesta a nuestra realidad nacional y en concordancia con los principios de calidad, equidad, ética, democracia, conciencia ambiental, interculturalidad, inclusión, creatividad e innovación, igualdad de género y desarrollo sostenible que plantea el Currículo Nacional de Educación Básica del Perú (2016), y que a su vez dan lugar a los enfoques transversales de Derechos, Inclusión o de Atención a la Diversidad, Igualdad de Género, Ambiental, Orientación al Bien Común, Búsqueda de la Excelencia y el enfoque Intercultural, se afirma que la educación peruana promueve el diálogo y la ciudadanía intercultural, tal como lo expone la siguiente cita textual:

En una sociedad intercultural se previenen y sancionan las prácticas discriminatorias y excluyentes como el racismo, el cual muchas veces se presenta de forma articulada con la inequidad de género. De este modo se busca posibilitar el encuentro y el diálogo, así como afirmar identidades personales o colectivas y enriquecerse mutuamente. Sus habitantes ejercen una ciudadanía comprometida con el logro de metas comunes, afrontando los retos y conflictos que plantea la pluralidad desde la negociación y la colaboración (MINEDU, 2016, p. 15)

En ese sentido, cabe señalar que el modelo de Servicio Hospitalario, regido también por el Currículo Nacional de Educación Básica del Perú (MINEDU, 2016), se ciñe al enfoque intercultural, de modo que se entiende que la atención educativa hospitalaria busca promover espacios e interacciones socioeducativas que enfatizan los derechos a educarse de todos los estudiantes en igualdad de oportunidades, considerando estrategias y planteamientos educativos acorde a las necesidades particulares, producto del contexto intercultural (R.M. N°

241-2017-MINEDU, 2017), de esta manera, la Pedagogía Hospitalaria considera fundamental la inclusión y los contextos que promuevan la equidad y el ejercicio pleno de los derechos de todos los estudiantes, por igual. Por lo anterior, debemos comprender entonces que la educación intercultural es un eje central en la educación hospitalaria en nuestro país.

Al respecto, por Educación Intercultural entenderemos que es la planificación y ejecución de intervenciones y estrategias educativas que tienen como objeto promover condiciones más favorables a estudiantes provenientes de minorías étnicas, de modo que se brinden los apoyos y oportunidades de aprendizaje estrechamente relacionados a su contexto sociocultural, en un clima de respeto, tolerancia y valoración mutua que luego pueda ser trasladada a la sociedad (Mata Merino, 2004; De Anquín y Dolores, 2015; Cáceda, 2019). En este sentido y para seguir dando una respuesta educativa pertinente a la diversidad cultural que caracteriza a la sociedad peruana, el Ministerio de Educación tiene una Propuesta Pedagógica en Educación Intercultural Bilingüe (2013) así como un Programa de Estudios de Educación Primaria Intercultural Bilingüe (2019), para formación de la plana docente.

Por otro lado, entre las problemáticas y dificultades que la implementación del enfoque intercultural de la educación presenta, podemos mencionar a las creencias y concepciones que tienen los docentes respecto a la interculturalidad y su aplicación pedagógica, que en muchos casos presentan un discurso restrictivo de la diversidad cultural, centrado en lo normativo y la descripción de lo que debe ser la interculturalidad, pero que en la práctica muestra una implementación esporádica, sin conexión ni crítica con la realidad o incluso con escaso fomento a nivel intraescolar y comunitario (López e Hinojosa, 2012; Vila, 2012; Cernadas, Santos y Lorenzo, 2013; Cépeda, Castro & Lamas, 2019; Capella, Chavarro, Chiva y Pallarès, 2021).

En ese sentido, el estudio de Espinoza y León (2021), con una muestra de 422 docentes en el Ecuador, muestra que solo el 27.4% de los participantes manifestó conocer estrategias educativas que se adecuen a contextos interculturales, a su vez que, en lo procedimental, el

58.4% se asume con un nivel bajo en la capacidad de aplicarlas y fomentar el desarrollo de habilidades interculturales en el aula, siendo que este es un bajo índice para los fines que la educación intercultural persigue. Además, en el mismo estudio se muestra que el 87.1% de los docentes no maneja o desconoce las lenguas originarias de sus alumnos, lo que resulta en un escenario deficiente y poco articulado con la atención a las necesidades que estos contextos educativos demandan. De esta manera, muchos docentes dan cuenta de su deficiente formación en competencias interculturales, por lo que la práctica discurre más bien en la línea de una educación tradicional, que no adecúa la enseñanza a los modos o estilos locales en que los alumnos aprenden, con sus familias y su comunidad, como puede ser la práctica del intercambio de roles entre pares o roles entre aprendiz y maestro; aspecto que deja en el limbo a estos niños, pues por un lado los enajena de su propio saber cultural y por el otro, estos saberes no terminan siendo incluidos en el saber nacional, por lo que finalmente no logran acceder a ninguno de estos conocimientos (Mellado y Chaucono, 2015; Zegarra, 2015).

Por lo tanto, se hace muy necesario incluir enfoques interdisciplinarios que pongan de manifiesto las características propias de la interculturalidad tanto dentro como fuera de los espacios educativos, comprendiendo así el fenómeno desde sus contextos familiares, las condiciones sociales, económicas y de marginación, además de los problemas socioafectivos y educativos que pueden acarrear. En ese sentido, las intervenciones pedagógicas y estrategias de apoyo respecto a contextos educativos interculturales, deben ser parte de los programas de formación docente, que fortalezcan las capacidades educativas y así se consiga comprender e incluir las culturas de los estudiantes a las actividades de aprendizaje (Matencio, Miralles y Molina, 2013; Vásquez, 2016; Jahng, Kim & Lee, 2020).

Por otra parte, todavía persisten prácticas docentes y planes curriculares etnocéntricos que buscan homogeneizar las diferencias culturales bajo la sombra de una cultura dominante, con el propósito de fortalecer una identidad nacional monolítica, que civilice y facilite el ingreso al mercado global a miembros de culturas no hegemónicas, aún cuando esto para ellos

signifique invisibilizar “lo propio”, perpetuando así conductas discriminatorias y marginación étnico-racial (Poblete, 2003; Trapnell, y Zavala, 2013; Liu, Çolak y Agirdag, 2020). Respecto a lo último, Valdivia, Benavides y Torero (2001) afirman que la discriminación, entendida desde el plano interpersonal, y la exclusión, entendida desde la macroestructura social, también están presentes en las dinámicas intraescolares, de modo que tanto docentes como alumnos terminan reproduciendo violencias explícitas y simbólicas en contextos de encuentro intercultural, bajo el amparo incluso de normativas institucionales que, por ejemplo, no permiten el libre uso de indumentarias o costumbres propias de la cultura de algunos alumnos o incluso censuran el uso de su lengua originaria. En el caso del contexto peruano, vemos que los procesos de discriminación, tanto sobre afrodescendientes como sobre grupos indígenas, discurren por motivos distintos; siendo que las comunidades indígenas son las más discriminadas, incluso a nivel latinoamericano. Así, el papel de la raza es central respecto a la marginación afrodescendiente, mientras que los elementos sociales y culturales juegan un mayor protagonismo en el caso de la marginación indígena (lengua, vestimenta, etc.); de modo que como se expuso anteriormente, estas dinámicas reforzadoras de estereotipos y segregación cultural, discurren también en contextos multiculturales como la escuela.

Finalmente, respecto al concepto de autoeficacia, Bandura (1997) lo concibe como la creencia que tienen la personas sobre sí mismas, respecto a su capacidad para desarrollar actividades o tareas específicas de manera exitosa, de modo que se asumen con la habilidad para organizar y desarrollar los pasos necesarios y conseguir el objetivo deseado, creencia que además, se nutre de experiencias previas, experiencias vicarias, de persuasión verbal de parte de otras personas, así como también de los propios estados físicos y afectivos. Asimismo, la autoeficacia promueve no solamente habilidades cognitivas, emocionales, motivacionales y volitivas, sino que además, es un factor central ante situaciones adversas o de alta exigencia, de manera que las personas con alto sentido de autoeficacia serán capaces de regularse y

reflexionar sobre las circunstancias que experimentan y las acciones necesarias a realizar, identificando oportunidades y soluciones (Bandura, 2004, 2012; Zimmerman, 2000).

Del mismo modo, Bandura (2008) manifiesta que los factores personales, conductuales y ambientales, entendidos como una triada, mantienen una estrecha relación de determinación recíproca e interdependencia, por lo tanto, los pensamientos que las personas tienen de sí mismas, serán producto y a la vez productoras de las acciones realizadas y los resultados que se obtengan. Debe entenderse también que la autoeficacia es cíclica, pues representa una retroalimentación constante entre sus factores interdependientes (triada). Es específica, pues se relaciona con actividades y tareas bajo ciertos contextos, condiciones y factores personales, de modo que no es generalizable para todos los ámbitos. Es también dinámica, ya que requiere del flujo continuo de los factores que lo nutren, de modo que la creencia y el sentido de eficacia pueden aumentar o disminuir según sea el caso, lo que la hace permeable. Finalmente, la autoeficacia es multidimensional, ya que involucra procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y volitivos.

Por otra parte, la elección de conductas, el esfuerzo y persistencia, los pensamientos, las respuestas afectivas y la ejecución y el pronóstico del resultado de la conducta, operan en el sentido de autoeficacia personal, sentido que a su vez activa procesos de evaluación, planificación, regulación, motivación y selección de conductas según la meta, lo que implica que existan personas con un alto sentido de autoeficacia, capaces de planificar y perseverar en la consecución de sus objetivos y por otro lado, personas con un débil sentido de autoeficacia que mostraran duda, confusión y poca capacidad para participar activamente de las circunstancias en las que se encuentren. (Zimmerman, 2000; Pajares, 2006; Covarrubias y Mendoza, 2013; Reyes y Gutiérrez, 2015; Hernández y Cenicerros, 2018). Además, entendiendo a la satisfacción laboral como el estado afectivo positivo relacionado al desempeño laboral exitoso y una valoración favorable del mismo (Wilkin, 2013), cabe resaltar el papel mediador que cumple la autoeficacia profesional en el desarrollo de la satisfacción

laboral (Cernas, Mercado y Davis, 2018). En ese sentido, el tener constantes experiencias positivas respecto al desempeño profesional y/o laboral, ya que además de las consecuentes recompensas tanto laborales como afectivas del entorno, estas promueven sentimientos de satisfacción laboral y motivación. De esta manera, un alto sentido de autoeficacia posibilita que las personas asuman gradualmente mayores retos, responsabilidades y consigan resultados positivos, mostrando por consecuencia mayor sentido de bienestar, compromiso y satisfacción respecto a sus labores (Porter et al., 2007; Merino, Fernández y Bargsted, 2015).

Para el contexto educativo, nos referiremos a la autoeficacia percibida en docentes, que implica los procesos de planificación y desarrollo de las actividades en el aula, más aún en actividades que signifiquen una alta exigencia, novedad o adversidad; de esta manera, conocer el sentido de autoeficacia en este contexto específico, implica conocer los mecanismos intrínsecos en el pensar y actuar docente (Chacón, 2006; Hernández y Cenicerros, 2018; Takkaç, 2020). En resumen, la autoeficacia docente trata sobre las creencias que los profesores tienen sobre su capacidad para desarrollar, con solvencia y adecuación, las actividades pedagógicas y conseguir efectos positivos en el aprendizaje de sus alumnos. Al respecto, es importante resaltar que los docentes no solo deben tener el conocimiento procedimental para desarrollar una tarea, sino que además, deben sentirse o juzgarse como capaces de conseguir la meta deseada. De esta manera, vemos que la mediación entre el conocimiento formativo del docente y sus acciones educativas están permeadas por su sentido de autoeficacia (Bandura, 1999; Leal y Rojas, 2020; Can & Daloğlu, 2021). Al respecto, un estudio cualitativo realizado en Chile por Castro-Carrasco, Flores, Lagos, Porra y Narea (2012), da cuenta de la relevancia de tener un alto sentido de autoeficacia profesional al momento de insertarse en el mercado laboral, de tal manera que los distintos escenarios retadores y/o que requieran la resolución de conflictos de distinto nivel por parte de estos nóveles profesionales, de modo que se continúe el afianzamiento de sus creencias de autoeficacia. Del mismo modo, Hernández y Cenicerros (2018), esta vez con un método cuantitativo y con maestros mexicanos, reportan

una relación positiva entre las variables autoeficacia y desempeño docente. Finalmente y con una muestra local, Drinot (2012) reporta la estrecha relación entre un alto sentido de autoeficacia docente y la calidad del manejo del aula, donde tal como manifiesta Bandura (2008), se evidencia una relación de determinación recíproca e interdependencia entre las creencia de autoeficacia y el desempeño docente.

En relación a las aulas hospitalarias, vemos que cobra relevancia el hecho de que el sentido de autoeficacia docente se ve fuertemente influenciado por las características del contexto, de modo que los espacios y el personal de salud, los estudiantes pacientes y sus familias, la organización institucional e incluso la propia comunidad a la que pertenece el educador, juegan un rol importante al momento de afrontar este escenario educativo (Bueno, 2004; Drinot, 2012).

Como se expuso, el enfoque y la educación intercultural presentan desafíos y responsabilidades para los docentes, y por tal, influyen sobre su sentido de autoeficacia. Así, aspectos como la formación en interculturalidad, lenguas, estrategias educativas ante la diversidad, entre otras competencias, facilitarán en los docentes un mayor sentido de autoeficacia para la atención de las necesidades culturales, académicas, intelectuales, etc. de sus estudiantes y conseguir así un mejor clima escolar. (Yoon & Martin, 2017; Stroganova, Bozhik, Voronova, & Antoshkova, 2019; Yough, 2019; Choi & Lee, 2020)

En vista de todo lo anterior, el sentido de autoeficacia docente en contextos interculturales tiene central relevancia, ya que este proceso psicológico media no solo en los procesos de motivación, planificación y regulación en el educador, sino que también, posibilita y promueve espacios de enseñanza aprendizaje mucho más dinámicos y eficaces para los alumnos. Por su parte, el encuentro intercultural propio de la realidad intrahospitalaria peruana, que como se ha visto experimentan anualmente miles de pacientes pediátricos, de la mano con la formalización y expansión de los servicios educativos hospitalarios, se presentan como un escenario desafiante y relativamente novedoso para los educadores, tanto para los

que ya laboran en estos contextos como para quienes están en formación. Por tal motivo, la presente investigación busca comprender el sentido de autoeficacia percibida ante la diversidad cultural, en docentes hospitalarios voluntarios, bajo un enfoque cualitativo y siguiendo un diseño exploratorio, diseño que responde a la necesidad de tener una primera aproximación metodológica a esta realidad, dada la escasa información empírica que se encuentra al respecto.



MÉTODO

Objetivo

El presente estudio tiene como objetivo explorar y comprender el sentido de autoeficacia ante la diversidad cultural en un grupo de docentes hospitalarios voluntarios que enseñan a niños, niñas y adolescentes hospitalizados en dos instituciones de salud de Lima (INSN-Breña e INEN), contextos que presentan gran diversidad cultural entre los estudiantes - pacientes y sus familias que los acompañan.

Participantes

Participaron ocho docentes voluntarios de la Asociación de Aulas Hospitalarias Aprendo Contigo, seleccionados de manera intencionada y donde, además, el número de participantes escogido se asemeja al de estudios similares encontrados. Por su parte, los criterios de inclusión fueron: pertenecer al programa de aulas hospitalarias Aprendo Contigo como docente voluntario (denominado Asistente Educativo por el programa), tener estudios superiores en Educación, tener experiencia mínima de dos años brindando atención educativa a niños, niñas y adolescentes hospitalizados, en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña (INSN-Breña) o en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), hospitales donde funciona el programa, además de ser peruano y haber trabajado como docente siempre en Perú.

Mediante correo electrónico, se solicitó la autorización para realizar las entrevistas a la Coordinación General de la Asociación Aprendo Contigo, brindando información pertinente sobre el estudio y adjuntando el Protocolo de Consentimiento Informado para su conocimiento. Una vez emitida la autorización institucional, se solicitó a la organización una lista de sus voluntarios que cumplieren con los criterios de inclusión. Seguidamente los docentes hospitalarios seleccionados fueron contactados por correo, recibiendo información sobre el estudio y la forma de su participación, mediante un Protocolo de Consentimiento

Informado (ver Anexo A), cuya confirmación para participar se realizó de la siguiente manera: En primer lugar, se envió a los participantes un correo con el Protocolo de Consentimiento Informado (PCI) para que sea previamente revisado. En un segundo momento y aceptada la participación, al iniciar la grabación en audio de la entrevista, se leyó el PCI junto al participante para resolver las consultas o dudas que tuviese y garantizar así su comprensión. Seguidamente y de manera oral, cada participante dio su aprobación leyendo un párrafo de consentimiento expuesto al final del PCI. Esta modalidad de registro del consentimiento por parte del participante se asumió dadas las condiciones sanitarias por la pandemia COVID-19 y, en ese sentido, evitar el intercambio de material físico.

A cada participante se le asignó un código (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 y P8), el cual sirvió para identificarlos y mantener confidencialidad respecto a su información personal. En cuanto al recojo de datos sobre la formación profesional, experiencia docente, experiencia en aulas hospitalarias y otra información necesaria para el estudio, se elaboró una Ficha de Datos Sociodemográficos (ver Anexo B), la cual se envió por correo a cada participante junto al PCI, para que la rellene y envíe de retorno por el mismo medio. La información recolectada se muestra a continuación, en la tabla 1.

Tabla 1.- Participantes.

Participante	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
Carrera Profesional	Educación	Educación	Educación	Educación	Educación	Educación	Educación	Educación
Tipo de Institución de formación profesión	Instituto Público	Universidad Privada	Universidad Pública	Instituto Público	Universidad Pública	Instituto Público	Instituto Público	Instituto Público
Experiencia docente total (años)	34 años	30 años	26 años	9 años	30 años	13 años	25 años	22 años
Nivel	Primaria	Inicial	Secundaria	Inicial	Secundaria	Inicial	Primaria	Inicial
Sede Aprendo Contigo	INSN - Breña	INEN	INSN - Breña	INEN	INSN - Breña	INEN	INEN	INSN - Breña
Participación en Aprendo Contigo (años)	8 años	10 años	5 años	8 años	3 años	3 años	5 años	3 años
Posgrado / Especialidad	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Capacitación en Educación Intercultural	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO

Técnicas de recolección de información

Ficha de datos sociodemográficos: El objetivo de esta ficha fue recoger información personal de los participantes, de modo que sirva para complementar la información recogida en las entrevistas y servir en el proceso de análisis de datos. Así, esta ficha indaga sobre aspectos de formación educativa, años de experiencia tanto profesional como voluntaria en aulas hospitalarias, formaciones complementarias, etc. (ver Anexo B) Esta ficha se envió al participante vía correo electrónico para su llenado y devolución por el mismo medio.

Entrevista Cualitativa: Como técnica de recolección de información, se realizaron entrevistas semi-estructuradas de manera virtual, dada la pandemia COVID-19, en base a una guía de entrevista en español (ver Anexo C), que contiene preguntas que indagan sobre la experiencia del acompañamiento educativo intrahospitalario, las capacidades y debilidades docentes percibidas, las dificultades y oportunidades ante la diversidad cultural que este contexto presenta, así como las fortalezas y debilidades que observan las participantes en su desempeño. Previamente, esta guía de entrevista estuvo sujeta a revisión por 3 jueces externos, a quienes se les envió una copia por correo electrónico, que contenía además una breve descripción del estudio y los objetivos de las tres áreas que conforman dicha guía de entrevista inicial. Al finalizar este proceso de revisión por los jueces, se redefinieron las áreas y se replantearon y/o retiraron algunos ítems, de modo que esta guía resultó con la estructura que se expone a continuación:

Se fusionaron las dos primeras áreas iniciales, ya que ambas se encargaban de explorar el sentido de autoeficacia ante la enseñanza en aulas hospitalarias en sus aspectos generales, de manera que las preguntas se abocaron a conocer la experiencia profesional de cada docente, el rol que cumplen en las aulas hospitalarias, las capacidades docentes necesarias, las dificultades que este contexto presenta, los modos de afrontamiento a los que acuden, los pensamientos y sentimientos respecto a su desempeño, etc. Así, como ejemplo tenemos la

siguiente pregunta: *¿Cómo te sientes y qué piensas de tu capacidad para enseñar cuando alcanzas el objetivo propuesto para tu clase? ¿Por qué?*

En la segunda área, dedicada al aspecto de encuentro intercultural que se da en las aulas hospitalarias, se plantearon preguntas relacionadas a las experiencias docentes con niños y sus acompañantes que no hablaban español y que presentaban diferencias culturales respecto a los demás niños hospitalizados. En ese sentido, las preguntas indagaron sobre el conocimiento de la educación intercultural, estrategias educativas interculturales y su aplicación en el contexto hospitalario. Se buscó comprender también las capacidades docentes necesarias ante la diversidad cultural, las dificultades percibidas, las estrategias educativas a las que acuden, los pensamientos y sentimientos sobre su desempeño, además de autovaloraciones respecto a su capacidad para educar ante estos contextos interculturales en aulas hospitalarias. Una pregunta que sirve de ejemplo de esta área es la siguiente: *¿Cómo valorarías tu capacidad para generar interacciones y un clima positivo para estos estudiantes en tu clase? ¿Por qué?*

Procedimiento

Fase de elaboración de guía de entrevista

La guía de entrevista se elaboró a partir de la revisión teórica y de investigaciones afines a la autoeficacia percibida y el sentido de autoeficacia docente ante la diversidad cultural. Esta guía fue revisada y corregida conjuntamente con la asesora del presente estudio y puesta a evaluación por tres expertos, que dieron retroalimentación y recomendaciones que ayudaron a afinar el instrumento.

Fase piloto

Una vez corregida la guía de entrevista evaluada por el jurado experto y para explorar la pertinencia de las preguntas allí contenidas, se realizaron dos entrevistas piloto de manera

virtual con un Asistente Educativo voluntario del programa Aprendo Contigo respectivamente por entrevista, los cuales cumplían los criterios de inclusión antes descritos. Inicialmente, a estos dos educadores hospitalarios se les envió el protocolo de consentimiento informado por correo electrónico y luego, al inicio del registro en audio de cada entrevista piloto, se leyó el PCI junto al participante y este dio su consentimiento de manera oral. Concluidas ambas entrevistas, se realizaron los ajustes necesarios para obtener la guía de entrevista final.

Fase de aplicación

Luego de gestionar la respectiva autorización institucional a la organización Aprendo Contigo, se le solicitó la lista de sus asistentes educativos voluntarios que cumplían con los criterios de inclusión que contempla el estudio, dado que en esta organización participan también voluntarios de otras profesiones y oficios. De esta manera, se escogieron a los ocho participantes, cuatro de cada sede (INSN - Breña e INEN). En la semana del 21 de septiembre del 2021, se contactó y envió por correo electrónico los protocolos de consentimiento informado a los ocho participantes seleccionados que cumplían con los criterios de inclusión. En esa misma semana se entrevistó a dos educadoras hospitalarias, la siguiente semana, del 28 de septiembre, se entrevistó a tres educadoras más y en la tercera semana, del 05 de octubre, se entrevistó a las tres últimas participantes.

Fase de análisis de datos

En base al método de análisis temático (Braun & Clarke, 2006) y luego de realizadas las entrevistas y recojo de toda la data necesaria, estas fueron transcritas manualmente por el alumno a cargo del estudio, de manera que se organizaron los contenidos con las ideas más relevantes y los patrones más comunes en las respuestas de las docentes hospitalarias entrevistadas.

En esta etapa de análisis, se revisaron los enunciados en las entrevistas de los participantes, agrupándolos en categorías, además de considerar los aspectos más

significativos, tanto coincidencias como particularidades entre los participantes. Este proceso de categorización permitió extraer viñetas representativas de los componentes de las áreas de la guía de entrevista.

Para el proceso de validación, la asesora del estudio analizó de manera independiente y aleatoria, las transcripciones de las entrevistas, de modo que pudo verificarse la correspondencia de estas con la codificación que realizó el investigador, compartir los resultados y llegar a consensos si había discrepancias respecto a sus conclusiones. Así, este proceso buscó afianzar la confiabilidad del procesamiento y resultados del presente estudio.



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se presentan los resultados de la siguiente manera: en primer lugar, se desarrollan las autopercepciones sobre el sentido de autoeficacia global ante la enseñanza en aulas hospitalarias, incluyendo una escala del nivel de satisfacción que reportaron las docentes participantes al realizar esta labor. Posteriormente, se aborda la segunda área de la guía de entrevista, que explora el sentido de autoeficacia percibida en los docentes ante la diversidad cultural en aulas hospitalarias. Al respecto, se analizan las dificultades, las capacidades, fortalezas y debilidades que los docentes reportan sobre sí mismos, así como el sentido de autoeficacia percibida ante la diversidad cultural en aulas hospitalarias.

Respecto a la primera área de la guía de entrevista, *el sentido de autoeficacia docente ante la enseñanza en aulas hospitalarias*, ante la pregunta que indaga sobre el rol y las actividades que desarrollan en el aula hospitalaria, todas las docentes entrevistadas refieren que se encargan de desarrollar actividades lúdicas y nivelar educativamente para mantener el aprendizaje en los niños y adolescentes hospitalizados. Solo cinco de ellas acotaron, además, que también se encargan de mantener un buen estado socioemocional en ellos, como se muestra en la viñeta a continuación:

“Es un acompañamiento a los niños que están hospitalizados y obviamente, además del entretenimiento, se les trata de mantener nivelados para que no se atrasen en el colegio, trabajar todo lo que necesitan de acuerdo a su grado, ir de la mano con lo que pide la currícula para cada edad y centrarse en todo lo que es lo básico digamos, lo que yo le llamo lo eje o lo transversal, que es la comprensión lectora, las matemáticas también, las operaciones básicas e ir nivelando al niño para que no se atrase y no se sienta pues disminuido y agobiado cuando tenga que regresar al colegio” (P2).

En ese sentido, vemos que el rol educativo que desempeñan las docentes hospitalarias de la organización Aprendo Contigo no solo se corresponde con los objetivos que dicha

institución menciona dentro de sus objetivos principales (www.aprendocontigo.org), sino que se asemeja también al rol de los docentes hospitalarios y objetivos del SEHO - MINEDU, los cuales se encargan de brindar atención educativa a los estudiantes pacientes, además de dar soporte socioemocional, orientación y acompañamiento psicoafectivo (<https://www.minedu.gob.pe/servicio-educativo-hospitalario/>). Este rol de acompañamiento socio emocional solo lo mencionan 5 de las 8 participantes, lo que deja entrever que es necesario hacer énfasis en estos aspectos formativos en los docentes implicados en esta realidad. Por lo tanto, se puede advertir que la calidad en la experiencia hospitalaria que viven los estudiantes-pacientes y sus acompañantes en el proceso de recuperación de su salud, va a provenir también de la labor de acompañamiento y de las actividades lúdico - educativas que ofrezcan y desarrollen las docentes hospitalarias, ya que en el ambiente clínico en que educan, se genera un espacio que promueve la interacción social, el juego y sobre todo, el desarrollo de las potencialidades y capacidades de manera integral, aún en condiciones de enfermedad y hospitalización. Así, puede inferirse el papel central que cumplen los docentes hospitalarios en el proceso de adaptación, vivencia del internamiento y cierre del proceso hospitalario que experimentan estos niños, adolescentes y sus familias.

Por su parte, el contexto hospitalario presenta características que pueden llegar a significar dificultades o retos para los docentes hospitalarios. Las dificultades que reportan las participantes respecto a desarrollar sus actividades educativas son las siguientes: En primer lugar, mencionan que los niños y adolescentes muestran gran diversidad etaria en una misma sala, dado que la ubicación de los pacientes pediátricos corresponde al tipo de diagnóstico o grado de recuperación y no necesariamente a la edad que presentan, aspecto que, en términos pedagógicos, termina configurando a cada sala como un aula multigrado. Otras características en los alumnos-pacientes que se mencionan como dificultades son la condición físico-médica, su disposición anímica, algunas necesidades educativas especiales como discapacidad cognitiva o también discapacidades sensoriales y/o de movilidad temporal o

permanente. Además, están la actitud de los acompañantes, aspectos propios del contexto hospitalario (actitudes del personal hospitalario, interrupciones médicas, restricciones en el uso de algunos materiales y en el tiempo de permanencia en sala, etc.), además de la diversidad y/o diferencia sociocultural que pueden presentarse entre los alumnos-pacientes y sus acompañantes, tal como muestra la siguiente viñeta:

“...tú tienes que buscar la motivación, ver cómo puedes llegar a este niño para captar su atención y a veces entramos a la sala de a dos o a veces una, cuando entramos solas, ahí es un poco más difícil en el sentido de que tenemos diferentes tipos de niños con diferentes personalidades, con diferentes historias. Una de las dificultades ha sido encontrar a niños bilingües y ahí fue una de las dificultades porque por ejemplo no había libros ni cuentos en quechua y tampoco ningún libro en awajún. Ahí por ejemplo fue una dificultad que haya llegado un niño y yo no sabía cómo acercarme a él. Otra dificultad puede ser que hay niños que han sido maltratados en casa y son muy ariscos contigo, están siempre a la defensiva. (P3)

Como vemos, esta diversidad a la que están expuestas las docentes hospitalarias, presenta características que son percibidas como dificultosas para desempeñar adecuadamente su rol. Así, por ejemplo, la cantidad de docentes hospitalarias asignadas por cada sala, puede convertirse en una dificultad si esta resulta insuficiente, como lo expone la viñeta anterior en el caso de un niño que muestra diferencias lingüístico-culturales, que a su vez es otra situación retadora para las docentes.

Además, las participantes mencionan como debilidades o aspectos por mejorar en su desempeño docente, a aspectos relacionados con el déficit en competencias socioemocionales, tales como el perfeccionismo, la timidez, la hipersensibilidad emocional, la poca habilidad manual, el estado físico por ser una persona mayor o el estar muy centrado en educar como si el aula hospitalaria fuera una escuela regular. En ese sentido, puede advertirse que contar con competencias socioemocionales es un aspecto relevante y necesario para

desarrollar esta labor de manera óptima desde la percepción de las docentes participantes. Al desarrollar actividades dentro de un contexto que está asociado al dolor físico y psicológico, además de gran interacción interdisciplinar (médicos, enfermeras, psicólogos, etc), y de ser muy diverso y cambiante en cuanto a las personas que permanecen y transitan por ese medio clínico, el docente hospitalario debe tener capacidades de adaptación, iniciativa y asertividad, entendidas como competencias socioemocionales básicas. Al respecto, estudios como los de Llorent et al. (2012), Pegalajar y López (2015), Barrientos et al. (2020) y Romero-García, Buzón-García y Marcano (2022), ponen de manifiesto que las competencias socioemocionales docentes pueden influir en la metodología que usan en sus clases y el sentido de autoeficacia que reportan.

Por otra parte, las docentes participantes reconocen en sí mismas, capacidades y fortalezas diversas para la enseñanza en aulas hospitalarias, como, por ejemplo, los conocimientos y experiencia docente en primer lugar, además de la creatividad y las habilidades artísticas. Seguidamente, se mencionan la vocación docente, la empatía, la escucha activa, la capacidad de disfrute, la autoconfianza y la disposición para aprender como fortalezas personales. Cabe mencionar los altos niveles de prosocialidad y autoconciencia emocional que presentaron las mujeres en los estudios de Piovano et al. (2020), Llorent et al. (2020) y Romero-García, Buzón-García y Marcano (2022), lo que resulta significativo dada la masiva cantidad de mujeres que participan como voluntarias en la organización Aprendo Contigo y con la identificación que las docentes hospitalarias participantes realizaron sobre estas competencias socioemocionales como fortalezas propias en su desempeño. A continuación, pueden leerse extractos de las entrevistas a modo de ejemplo:

“...básicamente tener conocimientos previos de hecho y tener llegada con los chicos. De repente la adaptación, adaptarse a las situaciones, capacidad de disfrute, disfrutar de ayudar a

los niños, tener paciencia, creo que debes tener paciencia, disciplina también, porque hay que cumplir con el voluntariado y tener empatía” (P8).

“Yo creo que puede partir de mi personalidad y de mi vocación, creo que el hecho de llegar a sentirme bien conmigo misma porque hacerme voluntaria, el dar un tiempo, el brindar amor, dar acompañamiento y ser solidaria, puede ser que eso genere que las cosas que yo realizo en las aulas hospitalarias puedan tener ese fruto. Entonces yo pienso que me ayuda mucho mi personalidad, el hecho de poder ser empática y de ser solidaria” (P3).

Respecto al grado de satisfacción, se elaboró una escala de tres niveles con los criterios que se exponen a continuación en la tabla 2. Esta tabla fue elaborada por el investigador y la asesora a modo de rúbrica para organizar las respuestas de las participantes. En ese sentido, cabe señalar que todas las participantes mostraron un grado de satisfacción que consideramos en un nivel alto.

Tabla 2.- Niveles de satisfacción global ante la enseñanza en aulas hospitalarias.

ALTA	El participante refiere solo experiencias y sentimientos positivos.
MEDIA	El participante refiere experiencias y sentimientos positivos, pero también refiere algunas preocupaciones y observaciones negativas sobre su rol o actividad educativa.
BAJA	El participante solo refiere preocupaciones y observaciones negativas sobre su rol o actividad educativa.

El siguiente par de viñetas ejemplifican el alto nivel de satisfacción global que reportaron todas las docentes entrevistadas respecto a educar en aulas hospitalarias:

“Una se siente satisfecha de lograrlo y que hayas logrado que te entiendan y hayas logrado hacerte entender y explicar bien lo que tienen que hacer, te da gusto, te da satisfacción ver que van avanzando, que van aprendiendo y que a veces son los papás la que te dicen que están aprendiendo. Esas son cosas que te motivan y te ponen contenta” (P2).

“Siento una satisfacción grande, que si pude y lo logré, que si estoy aprendiendo a llegar a este chico o niño, que estoy escogiendo mejor mi material o si estoy usando las técnicas apropiadas, es una satisfacción cuando me sale todo bien. Tengo la satisfacción de que ayudé o hice un trabajo con estos niños y logré que se sientan bien, a pesar de lo que pase, lograr una sonrisa” (P5).

Respecto a la segunda área de la guía de entrevista, que explora *el sentido de autoeficacia docente ante la diversidad cultural en el aula hospitalaria*, se muestran dos viñetas que ejemplifican la experiencia de educar ante la diversidad cultural que reportaron las docentes hospitalarias en sus respuestas, frente a la pregunta *¿has tenido la experiencia de trabajar con niños provenientes de alguna comunidad culturalmente diversa, por ejemplo, niños de la amazonia, del altiplano o afroperuanos?:*

“Sí me ha tocado, es que la mayoría de los niños no son de Lima, los niños son de otros departamentos o de otros países, había niños venezolanos, argentinos. La mayoría son de otros lados, algunos que no hablaban español, hablaban quechua...” (P6).

“Sí claro, muchos de la Amazonía, en segundo lugar, del altiplano y pocos de Lima o de Ica, vienen más de la Amazonía y casualmente muchas veces me han enseñado del café, del control de plagas, cosas que ellos viven todos los días” (P7).

Como puede observarse, y como se expuso también en viñetas anteriores, el contexto educativo hospitalario pone a los educadores frente a situaciones de diversidad también respecto al encuentro intercultural, sobre las cuales deben desarrollar sus actividades lúdico-recreativas y educativas. En ese sentido, estas situaciones de diversidad cultural representan para el quehacer docente, dificultades que se detallan a continuación.

A excepción de una docente, todas reportan que la barrera lingüística es la principal dificultad presente, tanto al momento de atender educativamente a los alumnos-pacientes como cuando deben interrelacionarse con los acompañantes de estos y que provienen también de otros grupos étnicos o culturas no hegemónicas. Este aspecto que mencionan las

docentes participantes, coincide con otros estudios similares de la región latinoamericana (López e Hinojosa, 2012; Cernadas, Santos y Lorenzo, 2013; Espinoza y León, 2021), donde los educadores también mencionan que la primera dificultad o reto significativo al que se enfrentan es el de la diferencia idiomática, por lo que para desempeñarse adecuadamente en estos contextos, es menester desarrollar competencias docentes interculturales, que contemplen el conocimiento de estrategias y materiales que ayuden a los docentes a afrontar adecuadamente la barrera idiomática, como el uso de plantillas con palabras y frases del idioma originario del alumno, el uso de material gráfico y literario con diseños y contenidos propios de la cultura de origen, dinámicas de integración intercultural, por ejemplo.

Por otra parte, la etapa de desarrollo adolescente también es reportada como una dificultad al momento de abordar a estos estudiantes-pacientes. Al respecto, las docentes participantes refieren que algunos comportamientos que muestran los adolescentes le son difíciles de manejar, como los intereses diferenciados a los de los niños o las maneras en cómo desean aprender, regularmente de manera autónoma o en grupos con miembros de su misma etapa de desarrollo.

Se reportan como dificultades, además, comportamientos y actitudes tanto de los alumnos pacientes como de sus acompañantes, quienes pueden llegar a mostrar hermetismo, poca adecuación al medio clínico e inclusive agresividad. Finalmente, se percibe al racismo entre los compañeros de sala y sus acompañantes como parte de las dificultades con las que las docentes hospitalarias tienen que lidiar al momento de educar a niños que muestran diferencia cultural. Del mismo modo, se reportan algunas dificultades organizacionales en último lugar, como la falta de información oportuna respecto de la llegada de estos niños a la salas donde las docentes desarrollan su actividad educativa. Los detalles de las dificultades docentes reportadas se detallan a continuación en la tabla 3.

Tabla 3.- Dificultades docentes percibidas ante la diversidad cultural en aulas hospitalarias.

Dificultades percibidas	Contenido	Viñeta
Barrera lingüística	Alude a la diferencia lingüística que se evidencia en la interacción entre los alumnos-pacientes y la docente hospitalaria al momento de generar dinámicas entre sus compañeros y de explicar y supervisar las actividades educativas en el aula hospitalaria. En ese sentido, esta diferencia lingüística impide la comunicación entre los miembros del aula hospitalaria.	“...al no tener el idioma de ellos, nosotros tenemos que ver la forma de llegar, tener un traductor o algo, porque no hay forma de llegar a explicarle, porque de que hacen el trabajo, lo hacen, manualidades eso sí, pero por ejemplo el más o el menos o el seguir la línea, cosas más difíciles no se puede, ni contarles un cuento, porque no lo entienden” (P6).
Adolescencia	Se refiere a la percepción negativa que tienen las docentes hospitalarias sobre los comportamientos que regularmente muestran los adolescentes, como la búsqueda de mayor autonomía o los tipos de intereses educativos y de actividades de ocio diferenciados al de los niños.	“...a veces el choque no solamente es en el lenguaje sino es todo el comportamiento, las actitudes, las acciones, todo, con uno chiquitito a través del juego es bastante más fácil, darle cositas para que juegue y poco a poco lo vas conociendo y le vas tratando de preguntar o qué se abra, pero un adolescente que llegue y que no entienda lo que tú le estás diciendo, sí me parece más difícil llegar a él...” (P2).
Disposición y comportamiento de los alumnos pacientes	Trata sobre las maneras, evaluadas como “poco adaptativas”, en qué estos estudiantes pacientes responden al nuevo entorno hospitalario en que se encuentran y cómo esto influye en su disposición anímica para integrarse a las actividades	“Podría ser de que uno de estos niños fragmenta mi sesión, lo que yo quería hacer, me corta o se pone a llorar, gritar o se da la vuelta y no quiso hacer nada; yo me sentí muy mal porque me dije: he fallado, yo soy la que he fallado” (P1).

	educativas y de contacto interpersonal.	
Disposición y comportamiento del acompañante	Hace alusión a la forma en como el acompañante del estudiante paciente, que suele ser un familiar, puede mostrarse poco receptivo o colaborativo, confundido o incluso agresivo, cuando las docentes hospitalarias buscan contacto interpersonal.	“A mi me pasó una vez con un niño, no me acuerdo si es que era quechuahablante o de repente de la amazonía, pero que el señor que estaba con él no colaboraba, estaba él también como en un trance y estaba agresivo y no quería que nadie se le acerque o le diga qué cosa tenía que hacer, o sea que no estaba acostumbrado a nada...” (P2).
Racismo	Se refiere a los comportamientos discriminatorios, peyorativos y/o reforzadores de estereotipos que provienen de los miembros de la sala, incluyendo el personal hospitalario, y que se tienen sobre algunos grupos étnicos, de donde provienen algunos estudiantes-pacientes y sus acompañantes.	“De repente la dificultad sería que muchos niños tienden a burlarse de la gente quechuahablante, eso sería una dificultad porque tú puedes en ese momento decirles no lo hagan, pero a veces ya estos chicos después llegan a casa y la familia refuerza la burla contra los quechuahablantes” (P3)
Aspectos organizacionales y contextuales	Incluye los procedimientos o directivas internas de la organización Aprendo Contigo, que las docentes perciben como insuficientes o que dificultan su desempeño para afrontar con éxito la diversidad cultural en sus aulas.	“... en Aprendo Contigo es un poco difícil planificar. Me gustaría saber a qué sala vamos a ir días antes, saber el grupo que nos va a tocar, saber el tema que se va a trabajar, incluso para anticiparnos un poco” (P8)

El hecho que la adolescencia sea considerada como una dificultad por parte de las docentes hospitalarias, pone de manifiesto los sesgos de creencia respecto a los estudiantes-pacientes que están cursando esta etapa de desarrollo. En ese sentido, estudios como el de

Becerra (2016) o Aranibar (2019), muestran que hay creencias bastante difundidas y enraizadas en la sociedad que refuerzan estereotipos y rasgos deficitarios sobre la población adolescente, como un exceso e intensificación de las vivencias y expresiones emocionales, comportamientos rebeldes o disruptivos, que desentonan o transgreden las convenciones sociales o la necesidad de distanciarse de los vínculos familiares. De este modo, estas percepciones deficitarias en las creencias docentes, permean las formas en cómo estos se disponen y desarrollan las actividades educativas en su aula, constituyéndose en parte de la currícula oculta y en el caso del contexto de las aulas hospitalarias, orientan también las acciones y decisiones que van tomando las docentes hospitalarias mientras desempeñan su rol.

Sobre la disposición y comportamiento de los estudiantes-pacientes que las docentes hospitalarias perciben también como una dificultad, vemos que estas expresiones emocionales, como el llanto, la escasa disposición anímica o la negativa a participar, generan en las docentes participantes sentimientos de malestar, frustración y creencias negativas sobre su autoeficacia para sobrellevar esas situaciones. Al respecto, Bandura (1997) refiere que las creencias de autoeficacia se nutren de experiencias previas, experiencias vicarias, de persuasión verbal de parte de otras personas y finalmente, también de los propios estados físicos y afectivos percibidos; en ese sentido, las respuestas que muestran los estudiantes pacientes, debido a su estado de adaptación o a su estado de salud, representan para los docentes hospitalarios, fuentes de información que también son parte de las creencias que van desarrollando sobre su sentido de autoeficacia al momento de educar en este contexto de diversidad cultural.

Por su parte, sobre las capacidades y/o fortalezas para educar a niños provenientes de otras culturas que las docentes reportan como propias, se presentan a continuación dos grupos o categorías. La primera categoría se refiere a las habilidades o competencias docentes auto percibidas como fortalezas para la atención educativa ante la diversidad cultural en el

contexto hospitalario. En la segunda categoría, se agrupan las habilidades socioemocionales que las docentes hospitalarias reportan como propias y que facilitan su quehacer educativo en situaciones de encuentro cultural. Es importante precisar que en este estudio se utilizan los conceptos de habilidad, capacidad y competencia como si fueran sinónimos, siguiendo el uso que las docentes participantes le dieron en las entrevistas. Ambas categorías se detallan en la tabla 4 y tabla 5.

Tabla 4.- *Habilidades docentes auto reportadas para la enseñanza ante la diversidad cultural en aulas hospitalarias.*

Habilidades docentes identificadas	Contenido	Viñeta
Experiencia y formación docente	Alude a la formación profesional docente y a la experiencia recogida a lo largo de los años trabajando en el sector educativo, lo que representa para las docentes hospitalarias aprendizajes y capacidades que enriquecen sus intervenciones pedagógicas.	“La fortaleza sería mi conocimiento, de repente no de los niños de todo el Perú pero yo viví en muchos lugares durante muchos años en zonas altoandinas donde he trabajado, entonces conozco un poco de la manera de pensar, de sentir. Ese conocimiento de sus costumbres, de su música, eso a mi me ayuda un monton y lo considero una fortaleza” (P5)
Valoración de la diversidad y de la Inclusión educativa	Se refiere a las creencias y juicios positivos de las docentes hospitalarias, respecto a la inclusión educativa y atención de la diversidad.	“...yo creo que lo que me hace sentirme capaz es que respeto mucho también la interculturalidad, respeto mucho las capacidades que puedan tener todas las personas, en este caso estos pacientes que en algún momento me han tocado ahí” (P3)
Manejo de grupos	Trata sobre la capacidad que la docente hospitalaria reporta tener para atender adecuada y oportunamente	“...me sentí en la capacidad de poder hacerle una llamada de atención formativa, más qué castigadora, era una

	situaciones entre el grupo de alumnos que enseña, donde pueden surgir conflictos o situaciones problemáticas.	llamada de atención formativa para que en adelante no vuelva a ofender a un alumno de la sierra o de otro lugar. (P3).
Flexibilidad pedagógica	Se refiere a las estrategias y acciones que creativamente aplica la docente hospitalaria al momento de presentarse una eventualidad o dificultad que altere el normal desarrollo de su clase.	“He usado estrategias y cosas que en verdad son más creatividad que algo que esté en un libro o en un manual, como te digo, hay cosas que uno las sabe de teoría pero también tienes que usar tu imaginación” (P2).

De esta manera y junto a Bandura (1994), Zimmerman (2000), Pajares (2006), y Covarrubias y Mendoza (2013) también plantean que las experiencias previas influyen en las creencias de autoeficacia al momento de abordar una tarea, por lo tanto, la práctica profesional que tienen las docentes hospitalarias cumple un rol importante en este sentido. De esta manera, vemos cómo las experiencias e información recogidas a lo largo de su labor profesional son asumidas, por las docentes participantes, como aspectos muy importantes al momento de planificar y abordar las actividades educativas dentro del contexto intercultural y hospitalario. Como se expuso en la tabla 1, las docentes participantes tienen entre nueve y treinta y cinco años de experiencia profesional, lo que da cuenta que no son docentes novatas, sino por el contrario, pueden acudir a esta experiencia recogida al momento de asumir tareas nuevas y retadoras. Además, cabe recordar que los docentes no solo deben sentirse capaces sino también deben juzgarse capaces de desempeñar adecuadamente su rol, poniéndose así de manifiesto el mecanismo mediador del sentido de autoeficacia, que gestiona las competencias o habilidades de estos docentes en base a los aprendizajes y conocimientos ya adquiridos y las acciones a realizar (Bandura, 2004).

Como se mencionó anteriormente, en la Tabla 5 se muestran las habilidades socioemocionales que las docentes participantes auto reportaron como propias y que para

ellas favorecen el desarrollo óptimo de su labor educativa ante la diversidad cultural en las aulas hospitalarias.

Tabla 5.- *Habilidades socioemocionales auto reportadas por las docentes hospitalarias que favorecen el proceso de educar ante la diversidad cultural.*

Habilidades socioemocionales	Contenido	Viñeta
Resiliencia	Alude a la capacidad que tiene la docente hospitalaria para afrontar situaciones emocionalmente adversas y que suceden dentro de su labor pedagógica.	“...al mismo tiempo que es un desafío, porque me sentí frustrada y porque no logré llegar ese niño, me reta y a la siguiente clase pues yo ya estoy preparada. Cuando me han retado he tratado de mejorar y tocar su corazón para que este niño aprenda” (P1).
Empatía	Se refiere a la capacidad de la docente hospitalaria para interesarse, reconocer y conectar afectivamente sobre la realidad que vivencian los alumnos pacientes que provienen de otros contextos socioculturales a quienes también educa.	“Creo que debes de tener una sensibilidad, también tener en tu cabeza la idea de que ellos también son personas importantes, porque como tú ves a la persona tú la tratas. Creo que si te sensibilizas con esto y te pones en el lugar del otro, vas a poder entender lo que le está pasando. Yo creo que la sensibilidad, la mirada que tengo de la persona a la que me acerco” (P5).
Perseverancia	Trata sobre la constancia y firmeza que expresa la docente hospitalaria sobre su actuar educativo y la búsqueda de los objetivos en el rol que desempeña.	“Como te dije, la perseverancia en esto es muy necesaria, porque yo quiero que todos aprendan” (P7).
Adaptabilidad Psicológica	Alude a la capacidad de la docente hospitalaria para modificar su accionar, mediante reajustes cognitivos y conductuales, en respuesta a situaciones imprevistas, que algunas veces pueden ser poco	“Una de las capacidades primordiales creo yo sería la flexibilidad, adecuarnos de acuerdo a sus posibilidades, eso creo yo” (P3)

favorables para su labor o de marcada dificultad.

Como se explicó en la sección de las dificultades reportadas ante la diversidad cultural, las docentes tienen que lidiar con comportamientos que consideran poco favorables por parte de los estudiantes-pacientes y sus acompañantes, lo que a sus ojos afecta su sentido de bienestar emocional y competencia pedagógica. En ese sentido, consideran que poseer competencias socioemocionales, como estrategias resilientes y de afrontamiento emocional, es algo central y necesario para sobrellevar esta labor docente. La situación de enfermedad, confinamiento y restricciones en que son puestos los pacientes pediátricos, muchas veces genera en ellos respuestas como agresividad, aislamiento, negatividad o un descenso en sus niveles de motivación e interés para interactuar, aprender y jugar. A esto se le añaden algunas dificultades para adaptarse, relacionarse y llevar un proceso de hospitalización acorde a sus necesidades no solo médicas, sino también educativas, personales y sociales en un contexto de diferencia cultural, lo que genera que en gran medida el docente hospitalario deba brindar apoyos y estrategias que faciliten los procesos de integración e inclusión al contexto clínico y de las aulas hospitalarias (Palomares, Sánchez y Garrote, 2016, León, 2017 y Calvo, 2017).

En una revisión sistemática, Lozano, Sáez y López (2022) mencionan que aunque en la actualidad no hay consenso sobre el concepto de competencias socioemocionales docentes a nivel escolar, ya que existe una variedad de propuestas teóricas y modelos, modos de medición y variables, se puede advertir que con mayor frecuencia la mayoría de las definiciones se refieren a nueve competencias (García, 2017), entre las que encontramos al comportamiento pro social, regulación emocional, autoeficacia, empatía y optimismo, por mencionar a las más relevantes para este estudio. Como vemos, mantener un ambiente educativo hospitalario óptimo para los estudiantes - pacientes, implica que el educador sea competente en regular de manera adecuada tanto sus recursos socioemocionales intra como interpersonales.

Respecto a la regulación emocional, Jacobs y Gross (2014) refieren que estos procesos implican que los sujetos influyan sobre qué, cuándo y cómo experimentan y expresan sus emociones. Así, el modelo de proceso de regulación emocional (Gross y Thompson, 2007), que está conformado por cinco subprocessos, los cuales son: la selección de la situación, la modificación de la situación, el despliegue de la atención, el cambio cognitivo y la modulación de respuesta; da cuenta de cómo las personas, y en este caso los docentes, pueden adaptarse psicológicamente a situaciones poco favorables para el desarrollo óptimo de sus labores. En ese sentido, el reto que representa educar a niños en situación de enfermedad y que a su vez representan diversidad cultural, demandaría que un docente pueda anticiparse a situaciones disruptivas para generar los cambios necesarios en su clase, de modo que puedan mantenerse en el clima del aula, sentimientos deseables para él y sus alumnos.

Respecto a la resiliencia, autores como Skinner, Pitzer y Brule (2014), que son afines a la Teoría de la Autodeterminación de Ryan y Deci (1985), sostienen que esta capacidad debe ser comprendida conjuntamente con los aspectos motivacionales, de modo que se entienda como resiliencia motivacional a la calidad y cantidad de esfuerzo, compromiso y persistencia que muestran las personas, en este caso docentes hospitalarios, al momento de afrontar situaciones problemáticas, es decir: cómo reaccionan, afrontan, se mantienen y recuperan el impulso para continuar a pesar de las circunstancias.

Por su parte, autores como Greenberg et al. (2003); Downer et al. (2010); Mansfield, Beltman, Broadley & Weatherby-Fell (2016) o Palomera, Briones y Gómez-Linares (2019), concuerdan en la necesidad de formar a los docentes en competencias socioemocionales, de modo que se contribuya a que estos tengan mayor capacidad de comunicarse e interactuar con el entorno educativo de manera adecuada y mostrar capacidades de autorregulación, buen manejo y liderazgo en el aula, trabajo en equipo y resolución de problemas, por citar algunas competencias importantes. Complementariamente, Echeverría (2005) remarca esta necesidad en relación a entornos educativos inclusivos, como es el caso de la Pedagogía

Hospitalaria, donde se espera que los docentes hospitalarios evidencien competencias socioemocionales que respondan a las necesidades particulares que esta realidad y que el alumnado les plantea, de modo que la labor docente intrahospitalaria pueda promover la inclusión educativa que esta modalidad pretende.

Al respecto, diversas investigaciones dan cuenta de la estrecha relación que existe entre las competencias socioemocionales docentes y el éxito académico del estudiantado, como los estudios de Sutton y Wheatly (2003), Damon, Lerner y Eisenberg (2006), Bisquerra-Alzina (2007), Jennings y Greenberg (2009), Pertegal (2011), Treviño et al. (2013); Cassullo y García (2015), Villena, 2016 o Llorent, Zych y Varo-Millán (2020). Debido a esta relación, resulta entonces prioritario promover competencias socioemocionales en el bagaje profesional de los docentes. En el Perú, algunos estudios recientes (Carbonel, 2018, Vargas-Machuca, 2021 y Chaparro, 2021) evidencian que alrededor del 50% de los docentes participantes, tanto de educación básica como superior, muestran que sus competencias socioemocionales se encuentran mayoritariamente en niveles promedio. Por su parte, las docentes participantes del presente estudio identificaron que es necesario formar competencia socioemocional en sí mismas para desarrollar adecuadamente su labor educativa en el contexto hospitalario, aspectos que mantienen concordancia y vigencia respecto a la literatura revisada sobre las competencias socioemocionales en docentes.

Por lo tanto, el que los docentes conozcan sobre estrategias socioemocionales y las gestionen adecuadamente, aparte de ser una necesidad prioritaria para el contexto educativo hospitalario, es también parte mediadora en el proceso de cómo los docentes hospitalarios van desarrollando sus creencias y sentido de autoeficacia, pues en la línea de la determinación recíproca e interdependencia que al respecto expone Bandura (2008), el manejar estas competencias los prepara para sobrellevar situaciones de alta exigencia emocional, además les brinda mayor sentido de utilidad y eficacia en su labor educativa. Finalmente, podemos mencionar que lo dicho por las participantes respecto a las competencias socioemocionales,

encuentra asidero en la bibliografía revisada, pues apoya la relevancia de dichas competencias para el buen desempeño docente, por lo que promoverlas en la formación y ejercicio docente es necesario e importante.

Por otro lado, respecto a las debilidades o aspectos por mejorar en los docentes hospitalarios, obtenemos una sola categoría, que se refiere a la deficiente formación en competencias docentes interculturales. En este sentido, se obtiene que cinco docentes hospitalarias reportan al desconocimiento de estrategias educativas interculturales como el principal aspecto por mejorar en su desempeño pedagógico frente a este contexto. En ese sentido y acorde a los distintos estudios revisados, como el de Mellado y Chaucono (2015) o el de Zegarra (2015), el que este aspecto sea reportado por las docentes participantes como una de las principales debilidades en su desempeño educativo ante la diversidad cultural resalta la necesidad que tienen las docentes de aprender estrategias y desarrollar competencias docentes interculturales e integrarlas en su clase e incluso en los diseños curriculares, desde donde deben partir estas adecuaciones, acorde a los ejes que menciona la Currícula Nacional de Educación Básica (2016).

Seguidamente, la mitad de las participantes refieren que es su falta de conocimiento y manejo del idioma originario de estos estudiantes-pacientes, lo que representa una debilidad en su rol docente. En ese sentido, este aspecto, también considerado dentro de las competencias docentes interculturales, son de gran importancia pues favorecen en los docentes, un adecuado sentido de autoeficacia para desempeñar la docencia en contextos de diversidad o encuentro intercultural. Finalmente, tres docentes hospitalarias mencionan que su desconocimiento sobre la diversidad cultural de nuestra realidad nacional, representa un aspecto por mejorar en su desempeño docente ante la diversidad cultural. Cabe señalar que respecto a los datos sociodemográficos de las participantes recogidos respecto a formaciones pedagógicas complementarias en educación intercultural, estos no son suficientemente variados como para generar un análisis en particular.

Las subcategorías de aspectos por mejorar mencionadas anteriormente, se detallan a continuación en la tabla 6.

Tabla 6.- Aspectos por mejorar que reportan las docentes hospitalarias respecto a su desempeño ante la diversidad cultural en aulas hospitalarias.

Aspectos por mejorar auto reportados	Contenido	Viñeta
Desconocimiento de estrategias educativas interculturales	Se refiere a la falta de conocimientos pedagógicos teóricos y procedimentales para realizar una adecuada intervención educativa ante la diversidad cultural en aulas hospitalarias.	"Yo diría que tengo que formarme más para ese aspecto de educar, para cuando nos encontramos con casos de niños que no son de nuestro entorno cultural. Tenemos que saber más, tener un material especial para ellos. No conozco estrategias en este aspecto, no tengo la preparación" (P5).
No manejo del idioma	Trata sobre el desconocimiento y la incapacidad de la docente hospitalaria para comunicarse en la lengua o idioma original del alumno que presenta diferencia cultural en su clase.	"...no tengo el dominio del lenguaje, por ejemplo del quechua, del asháninka, no tengo dominio de eso y sería bueno aprender, debo saber porque sino no estoy completa, eso también es una gran debilidad que tengo" (P1)
Desconocimiento sobre la diversidad cultural	Se refiere a la falta de conocimiento sobre aspectos históricos, geográficos, antropológicos, etc. respecto de las diversas culturas y grupos étnicos que son parte también de la sociedad peruana.	"Creo que podría conocer un poco más de las tradiciones, de las costumbres de los alumnos que llegan de diferentes regiones, no solamente conocerlo de una forma superficial, sino quizás desde lo más profundo y con una mirada de respeto sobre todo" (P3).

Ante la pregunta ¿cómo valorarías tu capacidad para educar ante la diversidad cultural en aulas hospitalarias?, la cual busca explorar el sentido de autoeficacia global percibida ante la diversidad cultural, se obtuvo que las docentes hospitalarias variaron en sus respuestas sobre su desempeño pedagógico ante esta situación educativa particular.

Así, para poder tener una mejor comprensión de estas diferencias, fue preciso categorizar las respuestas en una tabla con tres niveles, bajo, medio y alto. Para esto, se analizaron las respuestas brindadas en las entrevistas y así se obtuvieron los criterios necesarios para generar esta escala. De esta manera, el primer nivel de la escala (alto), describe a aquellas participantes que reportan un sentido completo de capacidad para desempeñar su labor. En el siguiente nivel (medio), las participantes, aunque muestran un sentido autocrítico con su desempeño aún se sienten capaces de superar estas deficiencias. Por último, en el nivel bajo se encuentran aquellas docentes que se sienten incapaces de realizar un buen desempeño.

Cabe señalar que como se dijo anteriormente, el sentido de autoeficacia se evidencia tanto en el sentimiento de sentirse capaz como también respecto de conocer los pasos o reconocer el procedimiento para realizar una tarea o actividad, por lo que no es de extrañar que una misma persona aun conociendo los procedimientos a realizar, no se sienta capaz de llevarlos a cabo, lo que deja en evidencia que el sentido de autoeficacia implica una evaluación tanto anímica como cognitiva.

Los detalles de la escala de tres niveles se exponen en la tabla 7, donde también se incluyen las viñetas que sirven de ejemplo para cada nivel.

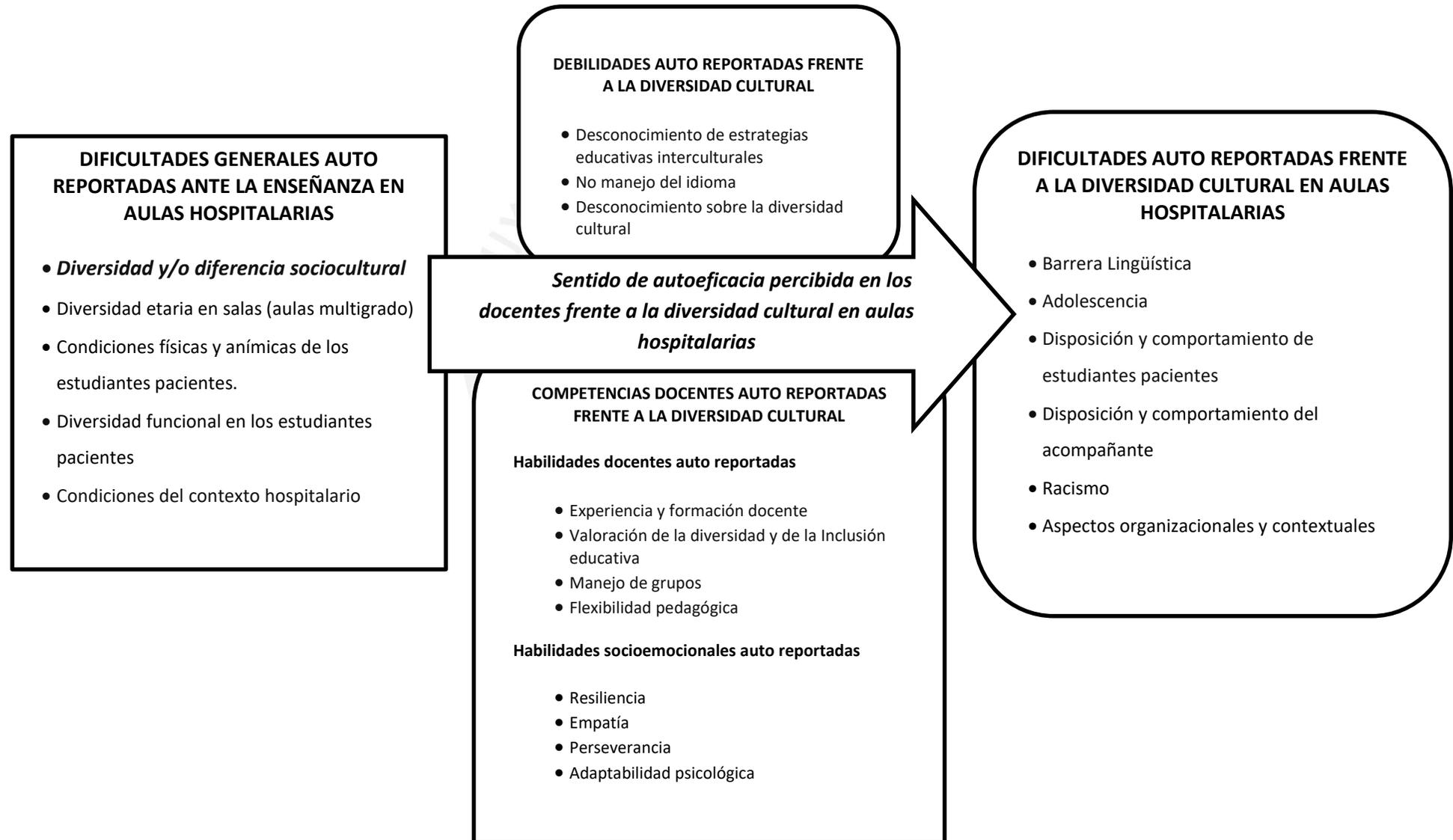
Tabla 7.- Categorías del sentido de autoeficacia percibida ante la diversidad cultural en aulas hospitalarias.

NIVEL	CRITERIO	VIÑETA
ALTO	El participante refiere sentirse capaz para enseñar ante la diversidad cultural hospitalaria y manifiesta satisfacción personal al educar en estos contextos educativos.	<i>“Yo creo que soy capaz de afrontar estas situaciones, me gustaría prepararme un poco más, saber un poco más, como te dije con conocimientos previos, pero en sí yo sí me considero capaz de liderar estas situaciones” (P8).</i>
MEDIO	El participante manifiesta una postura autocrítica respecto a sus capacidades profesionales formativas para enseñar en contextos educativos de diversidad cultural hospitalaria, sin embargo, refiere sentirse capaz para afrontar estas situaciones y tiene deseos de aprender y adquirir competencias docentes interculturales.	<i>“Yo puedo tener mucha voluntad y sí me considero una persona capaz, pero necesito desarrollar aún más esta capacidad, apoyarme con talleres, saber cómo funcionan también otras estrategias con estos niños. Acabo de descubrir que hemos descuidado bastantes cosas que son importantes, una cosa es la intención y otra cosa es que funcione y no nos haga perder tiempo porque ya lo necesitan muchos niños, debemos mejorar” (P7).</i>
BAJO	El participante refiere sentirse poco capaz para enseñar ante contextos educativos de diversidad cultural hospitalaria, aún cuando reconoce que cuenta con capacidades personales para la enseñanza en aulas hospitalarias.	<i>“Si yo tengo que evaluar mi capacidad ante esto, ahí sí creo que no salgo muy aprobada porque no me siento preparada, a pesar de que sí tengo la voluntad, la intencionalidad y la sensibilidad, pero creo que eso no es suficiente. No me evaluaría positivamente” (P5).</i>

A modo de resumen y para tener una mirada general sobre los resultados expuestos en este apartado, a continuación se brinda un recurso gráfico que expone los factores que median en el sentido de autoeficacia de las participantes al momento de educar frente a la diversidad cultural en aulas hospitalarias y en relación al rol que ejercen en este contexto:

SENTIDO DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN LOS DOCENTES ANTE LA DIVERSIDAD CULTURAL EN AULAS HOSPITALARIAS

Rol docente: *Desarrollar actividades lúdicas y nivelar educativamente para mantener el aprendizaje en los niños y adolescentes hospitalizados, además de mantener un buen estado socioemocional en ellos.*



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La mayoría de las participantes mostraron niveles adecuados en su sentido de autoeficacia ante la diversidad cultural (cuatro en nivel alto y dos en nivel medio). Solamente dos participantes evidenciaron un bajo nivel. Cabe señalar que todas las participantes tuvieron un alto nivel de satisfacción global desarrollando su rol en las aulas hospitalarias. Todas las docentes participantes reportan que su labor las enfrenta a situaciones retadoras, como es la diversidad cultural que encuentran en las aulas hospitalarias donde se desempeñan.

Las participantes tienen autoconciencia sobre sus fortalezas y limitaciones, además presentan sentido de autocritica y voluntad de mejora. Por su parte, las dificultades generales más reportadas por las participantes son, en primer lugar, las aulas multigrado y en segundo lugar, la condición físico-emocional de los estudiantes pacientes. Frente a la diversidad cultural, la dificultad más identificada es la barrera lingüística, seguida de la etapa de desarrollo adolescente en que algunos menores se encuentran.

Respecto a las capacidades para manejar la diversidad cultural reportadas por las participantes, encontramos que la formación y experiencia docente previa es muy valorada frente a estos contextos educativos, además de las creencias y juicios positivos sobre la diversidad e inclusión educativa.

Como recomendaciones, se sugiere que el programa Aprendo Contigo brinde regularmente capacitaciones o actualizaciones formativas a sus voluntarios respecto de la realidad multicultural de la sociedad peruana, de modo que junto al aprendizaje de estrategias pedagógicas adecuadas, puedan generarse espacios interculturales en las aulas hospitalarias donde estos educadores enseñan. En la misma línea, junto a promover estas competencias docentes interculturales, las clases deben incluir materiales de apoyo, como por ejemplo plantillas con frases o palabras del idioma nativo del alumno y/o láminas con gráficos, en caso de presentarse barreras lingüísticas, además de otros apoyos como textos o cuentos con

contenido o referencias a la cultura originaria, dinámicas interculturales para trabajar con todo el alumnado, de modo que todos los presentes puedan reconocer el valor de la diversidad cultural y la necesidad de fomentar espacios que desarrollen la ciudadanía e inclusión social, dentro y fuera del ambiente hospitalario. Para este fin, sería interesante establecer un acuerdo de cooperación con el Ministerio de Educación para que Aprendo Contigo pueda beneficiarse de los materiales interculturales con los que ya cuenta.

Por otra parte, y como se recoge en las entrevistas, el encuentro multicultural propio de los contextos hospitalarios presenta también situaciones de discriminación étnico-racial, donde los actores suelen ser incluso el personal hospitalario, por lo que es necesario incluir estrategias para el manejo de conflictos o percances dentro del aula hospitalaria asociados a este tipo de violencia, involucrando a los estudiantes-pacientes, sus acompañantes y el personal hospitalario presente.

Por su parte, también se recomienda que regularmente los asistentes educativos del programa realicen autoevaluaciones sobre su desempeño, para identificar las necesidades de estos alumnos y sus acompañantes y se puedan hacer las adecuaciones y adaptaciones necesarias, tanto en sus estrategias como en los materiales que brindan en clase; esto con el fin de mantener una cultura de evaluación permanente, apoyada o promovida por la propia organización de aulas hospitalarias, que podría recoger sistemáticamente este aspecto de la labor de sus voluntarios. Además de lo anterior, se ha visto la importancia de promover competencias socioemocionales en los educadores hospitalarios, ya que estas capacidades son percibidas por las participantes como necesarias para desarrollar adecuadamente la labor docente ante la diversidad cultural, hecho que se ve fundamentado por la respectiva revisión bibliográfica sobre el tema.

Para futuros estudios, puede considerarse replicar la investigación en otros contextos educativos similares, como las aulas hospitalarias que atiende el MINEDU mediante el SEHO,

por ejemplo, de modo que puedan revisarse similitudes o discrepancias respecto a las vivencias y autopercepciones que reportan las docentes hospitalarias respecto de la diversidad cultural en este estudio. Se sugiere también llevar a cabo estudios complementarios que exploren la percepción que tienen los estudiantes sobre la labor educativa de los voluntarios de aulas hospitalarias, además de su satisfacción con el servicio recibido, de modo que se tenga la otra mirada de los usuarios en este contexto.



REFERENCIAS

- Ansi3n, J. (2007). *La interculturalidad y los desaf3os de una nueva forma de ciudadan3a*, en Ansi3n, J., Fidel Tubino y otros. *Educaci3n en ciudadan3a Intercultural*. Lima: Fondo Editorial - PUCP.
- Aranibar, C. (2019). *Ser adolescente en Cusco: Representaciones sociales de la adolescencia en adolescentes de una escuela p3blica de Cusco* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Cat3lica del Per3. Recuperado de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/15003/ARANIBAR_CHACON_SER_ADOLESCENTE_EN_CUSCO_REPRESENTACIONES_SOCIALES%281%29.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy, the exercise of control*. Nueva York: Worth Publishers.
- Bandura, A. (1999). *Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes*. En *Autoeficacia C3mo afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp. 19-54). Bilbao: Descl3e de Brower.
- Bandura, A. (2004). *The growing primacy of perceived efficacy in human self - development, adaptation and change. Nuevos horizontes en la investigaci3n sobre la autoeficacia*. Castell3n: Universitat Jaume I Servicio de Comunicaci3n y Publicaciones.
- Bandura, A. (2008). *Reconstrual of "free will" from the agentic perspective of social cognitive theory*. In J. Baer, J. C. Kaufman, & R. F. Baumeister (Eds.), *Are we free? Psychology and free will* (pp. 86-127). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195189636.003.0006>
- Bandura, A. (2012). On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management*, 38(1), pp. 9-44. <https://doi.org/10.1177/0149206311410606>

- Bangura, Y. (2018). *Multicultural Education: The Relationship Between Preservice Teachers' Multicultural Self-efficacy And Cultural Awareness When Teaching In Multicultural Classrooms* (Doctor). Bowling Green State University.
<https://www.proquest.com/docview/2058077427>
- Barrientos-Fernández, A.; Pericacho-Gómez, F.J. y Sánchez-Cabrero, R. (2020). Competencias sociales y emocionales del profesorado de Educación Infantil y su relación con la gestión del clima de aula. *Estud. Sobre Educ* (38), pp. 59–78.
<https://doi.org/10.15581/004.38.59-78>
- Becerra, S. (2016). Descripción de las conductas de salud en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. *Revista de psicología*, 34(2), 239-260.
<http://dx.doi.org/10.18800/psico.201602.001>
- Braun, V. and Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101. ISSN 1478-0887
<http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bueno, J. (2004). *La motivación del alumno en el aula*. Madrid: Instituto Calasanz de Ciencias de la Educación.
- Caballero, S. (2007). El aula hospitalaria en un camino a la educación inclusiva. *Investigación Educativa*, 11 (19), pp. 153-161.
https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/publicaciones/inv_educativa/2007_n19/a12.pdf
- Calvo, M. (2017). La pedagogía hospitalaria: clave en la atención al niño enfermo y hospitalizado y su derecho a la educación. *Revista Aula* (23), pp. 33-47.
<https://doi.org/10.14201/aula2017233347>

- Can, S. y Daloğlu, A. (2021). University prep school instructors' self-efficacy perceptions. *Journal of Language and Linguistic Studies*, 17 (1), pp. 493-516.
DOI:[10.17263/jlls.903485](https://doi.org/10.17263/jlls.903485)
- Capella, C., Chavarro L., Chiva, O. y Pallarès M. (2021). Promoción de la educación inclusiva e intercultural: estudio de caso en un colegio rural colombiano. *Revista Lasallista de Investigación* (17), pp. 256-265. DOI: <https://doi.org/10.22507/rli.v17n2a18>
- Cárdenas, R. y López, F. (2006) Hacia la construcción de un modelo social de la Pedagogía Hospitalaria. *Revista Interuniversitaria* (13), pp. 59-70.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2262184>
- Castro-Carrasco, P. J., Flores, A., Lagos, A., Porra, C., Narea, M. (2012). La auto-eficacia docente para la resolución de conflictos entre profesores. *Educ. Educ.* 15 (2), 265-288.
- Céspedes, N., Castro, D. & Lamas, P. (2019). Concepciones de interculturalidad y práctica en aula: estudio con maestros de comunidades shipibas en el Perú. *Educación*, 28(54), pp. 61-86.
- Cernadas, F.; Santos, M. & Lorenzo, M. (2013). Los profesores ante la educación intercultural: el desafío de la formación sobre el terreno. *Revista de Investigación Educativa*, 31 (2), pp. 555-570. <https://doi.org/10.6018/rie.31.2.155391>
- Cernas, D., Mercado, P. y Davis, M. (2018). Perspectiva futura de tiempo, satisfacción laboral y compromiso organizacional: el efecto mediador de la autoeficacia, la esperanza y la vitalidad. *Journal of Work and Organizational Psychology*, pp. 34, 1-9.
<https://doi.org/10.5093/jwop2018a1>
- Chacón, C. (2006). Las creencias de autoeficacia: un aporte para la formación del docente de inglés. *Acción Pedagógica* (15), pp. 44-54.
<https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/2968869.pdf>

Choi, S. & Lee, S. (2020). Enhancing Teacher Self-Efficacy in Multicultural Classrooms and School Climate: The Role of Professional Development in Multicultural Education in the United States and South Korea. *Aera Open* (6), pp. 1-17.

<https://doi.org/10.1177/2332858420973574>

Constitución Política del Perú [Const] Art. 13 y 16, 29 de diciembre de 1993.

Covarrubias, C. & Mendoza, M. (2013). La teoría de autoeficacia y el desempeño docente: El caso de Chile. *Estudios Hemisféricos y Polares*, 4(2), pp. 107-123.

Cuenca, R. y Ramírez, A. (2015). ¿Interculturalizar la universidad o universalizar la interculturalidad? Sistema universitario y población indígena. En R. Cuenca (ed.) *La educación universitaria en el Perú*, pp. 59-104.

De Anquín, A. & Dolores, M. (2015). Experiencias Pedagógicas Interculturales: Sobre los Desafíos a la Educación en la Frontera Noroeste de Argentina. *Journal of Latinos and Education*, 14(2), pp. 106-115. <https://doi.org/10.1080/15348431.2015.1007730>

Dietz, G. (2007). La interculturalidad entre el “empoderamiento” de minorías y la “gestión” de la diversidad. *Puntos de Vista*, 12. Interculturalidad, Madrid. <https://www.researchgate.net/publication/237072747>

Drinot, M. (2012). La autoeficacia docente en la práctica pedagógica (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima - Perú.

DS_N_003-2020-MINEDU que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30772, Ley que promueve la atención educativa integral de los estudiantes en condiciones de hospitalización o con tratamiento ambulatorio de la educación básica. *El Peruano* (2020). <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30772-decreto-supremo-n-003-2020-minedu-1855109-5/>

Echeverría, B. (2005). *Competencia de acción de los profesionales de la orientación*. ESIC Editorial.

García, L. (2017). Competencias socioemocionales en futuros profesores de psicología. Presentado en IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional En Psicología. XXIV Jornadas de Investigación. XIII Encuentro de Investigadores En Psicología Del MERCOSUR.

González, J. & Polaino, A. (1990). *Pedagogía hospitalaria: Actividad educativa en ambientes clínicos*. Madrid: Narcea.

Gross, J., y Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. En J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*, pp. 3-24. New York: Guilford Press.

Heise, M., Tubino, F. y Ardito, W. (1994). *Interculturalidad, un desafío*, 2da edición. CAAP: Lima.

Hernández, L. y Cenicerros, D. (2018). Autoeficacia docente y desempeño docente ¿una relación entre variables?. *Innovación Educativa*, 18 (78), pp. 171-192.

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2019). Indicadores de Gestión Hospitalaria. <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-de-gestion-hospitalaria/?fbclid=IwAR1Wkz8OWMLlowJO18dryFxfSBhcks0-5hUIADcano3YrjONj3AFOeV0ICo>

Instituto Nacional de Salud del Niño – Breña (2020). Análisis Situacional de los Servicios de Salud INSN 2019 (ASIS). http://www.insn.gob.pe/publicaciones/asis?fbclid=IwAR2PTLRkAeqP3uBQV1G5QndeA6KFUga_Tv7xn384X7Y8gx64e2n_aq0y2Zg

Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja (2019). Análisis de la situación de salud hospitalaria del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja 2018. <http://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2019/ASISHO%20INSNSB%20-%202018.pdf>

- Leal, L. y Rojas, J. (2020). Percepciones de autoeficacia y conocimientos tpack en profesores en formación. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16(2), pp. 283-296. <https://doi.org/10.15332/22563067.6295>
- Lee, S.J., Jahng, K.E. and Kim, K. (2020), "Light and shade of multicultural education in South Korea: Analysis through Bourdieu's concept of capital", *Journal for Multicultural Education*, 14 (2), pp. 149-161. <https://doi.org/10.1108/JME-11-2019-0081>
- Jacobs, S. y Gross, J. (2014) Emotion Regulation In Education. En Pekrun, R., & Linnenbrink-Garcia, L. (Eds.). (2014). *International Handbook of Emotions in Education* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203148211>
- Jennings, P., & Greenberg, M. (2009). The Prosocial Classroom: Teacher Social and Emotional Competence in Relation to Student and Classroom Outcomes. *Review of Educational Research*, 79(1), pp. 491–525. <https://doi.org/10.3102/0034654308325693>
- León, M. (2017). El valor de las actuaciones pedagógicas en el ámbito hospitalario. *Revista Aula*, 23, pp. 49-70. <http://dx.doi.org/10.14201/aula2017234970>
- Llorent, V.; López, M. y Gavilán, M. (2012). *Culturas, políticas y prácticas de inclusión en las universidades: Enfoque desde la formación inicial del profesorado. In Interculturalidad: Un Enfoque Interdisciplinar. I Jornada Sobre Investigación e Innovación para la Interculturalidad*; Rodríguez, L., Roldán, Y.A.R., Eds.; Universidad de Córdoba: Córdoba, Columbia; pp. 55–80. <http://bit.ly/317tkKM>
- López, M. & Hinojosa, E. (2012). El estudio de las creencias sobre la diversidad cultural como referente para la mejora de la formación docente. *Educación XX1*, 15(1), pp. 195-218.
- Lozano, G.; Sáez, F. y López, Y. (2022). Competencias socioemocionales en docentes de primaria y secundaria: Una revisión sistemática. *Páginas de Educación*, 15(1), pp. 01-22. <https://doi.org/10.22235/pe.v15i1.2598>

- Liu, Q., Çolak, F.Z. & Agirdag, O. (2020). Characteristics, issues, and future directions in Chinese multicultural education: a review of selected research 2000–2018. *Asia Pacific Educ. Rev.*, 21, pp. 279–294. <https://doi.org/10.1007/s12564-020-09624-2>
- Mata Merino, D. (2004). El respeto a la identidad como fundamento de la educación intercultural. *Teoría Educativa* (16), pp. 49-64. <https://doi.org/10.14201/3068>
- Matencio, R., Miralles P. y Molina J. (2013). Prácticas profesionales sobre educación intercultural en los docentes de educación primaria de la región de Murcia. *Revista de investigación en educación*, 11(2), 2013, pp. 257-274. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4735053>
- Merino, E., Fernández, M., y Bargsted, M. (2015). El papel moderador de la autoeficacia ocupacional entre la satisfacción y la irritación laboral. *Universitas Psychologica*, 14(1). <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-1.pmao>
- Ministerio de Educación. 2013. *Hacia una Educación Intercultural Bilingüe de Calidad – Propuesta Pedagógica*. http://www.minedu.gob.pe/minedu/archivos/a/002/01-general/2-propuesta_pedagogica_eib_2013.pdf
- Ministerio de Educación. 2016. Currículo Nacional de la Educación Básica. <http://www.minedu.gob.pe/curriculo/pdf/curriculo-nacional-de-la-educacion-basica.pdf>
- Ministerio de Educación. 2019. Diseño Curricular Básico Nacional – Programa de Estudios de Educación Primaria Intercultural Bilingüe. <http://www.minedu.gob.pe/superiorpedagogica/producto/disenio-curricular-basico-nacional-programa-de-estudios-de-educacion-primaria-intercultural-bilingue/>

Naciones Unidas (2018), La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3), Santiago.
<http://hdl.handle.net/11520/23423>

Oliart, P. (2013). *Políticas educativas y la cultura del sistema escolar en el Perú*. Lima: IEP.

Pajares, F. (2006). Self-efficacy during childhood and adolescence. En F. Pajares, y T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 339-367). Greenwich, EE UU: IAP.
https://sites.education.uky.edu/motivation/files/2013/08/18464-Self-Efficacy_During_Childhood_and_Adolescence-Implications_for_Teachers_and_Parents.pdf

Pegalajar, M. y López, L. (2015). Competencias Emocionales en el Proceso de Formación del Docente de Educación Infantil. *REICE Rev. Iberoam. Sobre Calid. Efic. Cambio Educ.*, 13, pp- 95–106. <http://hdl.handle.net/10486/668292>

Piovano, N.; Solodovsky, M. y Pascuali, G. (2020). Competencias socioemocionales y estrés. Cómo se relacionan con el rendimiento académico en estudiantes de educación superior. *Rev. Investig. Cient. Univ. Morón*, 3, pp. 69–80.
<https://repositorio.unimoron.edu.ar/handle/10.34073/218>

Poblete, M. (2003). Discriminación étnica en relatos de la experiencia escolar mapuche en Panguipulli (Chile). *Estudios Pedagógicos*, 29, pp. 55-64.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052003000100004>

Reyes, M. & Gutierrez, J. (2015). Sentido de autoeficacia en investigación de estudiantes de posgrado. *Revista Sinéctica*, n.45, pp. 1-15.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sine/n45/n45a11.pdf>

- R.M. N° 241-2017-MINEDU que crea el modelo de Servicio Educativo Hospitalario, El Peruano (2017). <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/crean-el-modelo-de-servicio-educativo-hospitalario-resolucion-ministerial-no-241-2017-minedu-1509384-5/>
- R.VM. No 154-2020-MINEDU que aprueba el documento normativo denominado “Disposiciones para la implementación, organización y funcionamiento del Servicio Educativo Hospitalario”. El Peruano (2020). <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-documento-normativo-denominado-disposiciones-pa-resolucion-vice-ministerial-n-154-2020-minedu-1876583-1/>
- Romero-Garcia, G.; Buzón-García O. y Marcano, B. (2022). Socio-Emotional Competence and Self-Efficacy of Future Secondary School Teachers. *Educ. Sci*, 12(3), 161. <https://doi.org/10.3390/educsci12030161>
- Stroganova, O., Bozhik, S., Voronova, L., & Antoshkova, N. (2019). Investigation into the Professional Culture of a Foreign Language Teacher in a Multicultural Classroom from Faculty and International Students’ Perspectives. *Education Sciences*, 9, pp. 1-25. <https://doi.org/10.3390/educsci9020137>
- Sutton, R., & Wheatley, K. (2003). Teacher’s Emotions and Teaching: A review of the literature and directions for future research. *Educational Psychology Review*, 15(4), 327–358. <https://doi.org/10.1023/A:1026131715856>
- Takkaç, A. (2020) The effects of native versus multicultural classes on teacher self-efficacy: a case study of Turkish instructors. *Globalization, Societies and Education*, 18(5), 603-618. <https://doi.org/10.1080/14767724.2020.1816340>
- Trapnell, L. y Zavala, V. (2013). Pensamiento educativo peruano, 14. Dilemas educativos ante la diversidad, siglos XX-XX. Lima: Derrama Magisterial.

- Tubino, F. (2015). El interculturalismo. En: *La interculturalidad en cuestión* (pp. 243-258). Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Tubino, F. (2019). Interculturalidad. En: C. Alegría Varona. *Manual de principios y problemas éticos* (pp. 203-217). Fondo Editorial.
- Vásquez, S. (2016). Concepciones de acompañantes pedagógicos de escuelas EIB shipibokonibo sobre el acompañamiento pedagógico. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima - Perú. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/7465>
- Vila, E. (2012). Un juego de espejos: pensar la diferencia desde la pedagogía intercultural. *Educación XXI*, 15(2), pp. 119-135.
- Walsh, C. (2009). Interculturalidad crítica y educación intercultural. En J. Viaña, L. Tapia y C. Walsh (eds.), *Construyendo Interculturalidad Crítica* (pp. 75-96). Bolivia: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello III - CAB.
- Wilkin, C.(2013). I can't get no job satisfaction: Meta-analysis comparing permanent and contingent workers. *Journal of Organizational Behavior*, 34, pp. 47-64.
- Yoon, J. & Martin, L. (2017). Infusing Culturally Responsive Science Curriculum into Early Childhood Teacher Preparation. *Res Sci Educ*, 49, pp. 697–710. DOI <https://doi.org/10.1007/s11165-017-9647-x>
- Yough, M. (2019). Tapping the Sources of Self-Efficacy: Promoting Preservice Teachers' Sense of Efficacy for Instructing English Language Learners. *Teacher Educator*, 54, pp. 206-224. <https://doi.org/10.1080/08878730.2018.1534031>
- Zavala, V. (2008). *Avances y desafíos de la educación intercultural bilingüe en Bolivia, Ecuador y Perú: Estudio de casos*. Lima: Care. <http://hdl.handle.net/20.500.12799/844>
- Zimmerman, B. (2000). Self-Efficacy: An essential motive to learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 82-91. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1016>

Zúñiga, M. y Ansión, J. (1997). ¿Qué entender por interculturalidad? En *Interculturalidad y educación en el Perú* (pp. 9-20). Lima: Foro Educativo.

<http://red.pucp.edu.pe/ridei/wp-content/uploads/biblioteca/inter59.PDF>



Anexo A: Protocolo de consentimiento informado para participantes

El presente estudio constituye el trabajo de tesis de postgrado del estudiante de la Maestría en Cognición, Aprendizaje y Desarrollo de la Universidad Pontificia Universidad Católica del Perú, Víctor Hugo Chauca Ponte, y es asesorado por la Dra Susana Frisancho. El objetivo del estudio es recopilar información sobre sus experiencias en el proceso de educar a niños, niñas y adolescentes hospitalizados, para lo cual se cuenta con la autorización respectiva por parte de la organización Aprendo Contigo, donde usted es voluntario.

Si usted confirma su participación en este estudio, se le enviará por correo una ficha de datos sociodemográficos que debe llenar y devolver, además acepta ser entrevistado durante aproximadamente 60 minutos. La información recopilada se utilizará exclusivamente para fines del presente estudio y los productos académicos que posteriormente se deriven (artículos, presentaciones, etc) y no para evaluar su práctica profesional como educador hospitalario. Cabe señalar además que participar en el presente estudio no representa riesgo alguno para su persona.

Esta entrevista, que dadas las condiciones sanitarias actuales será virtual vía zoom, requiere ser registrada en audio, de modo que el investigador pueda transcribir con fidelidad las ideas que usted haya expresado. La transcripción de la entrevista se realizará de manera confidencial y se asignará un código que permita su identificación, de modo que no evidencie ninguna información personal suya. Los archivos serán almacenados en una carpeta protegida mediante una clave, a la cual solo tendrán acceso el alumno y la asesora a cargo, y una vez finalizado el estudio y transcurridos 3 años, las grabaciones de las entrevistas serán destruidas.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento de la entrevista sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si sintiera incomodidad frente a alguna de las preguntas, puede avisar al entrevistador y abstenerse de responder.

Una vez concluido el estudio, se le ofrecerá una sesión de zoom para explicar los resultados del mismo, por lo que nos comunicaremos oportunamente con usted para brindarle la información y accesos necesarios a dicha presentación. Si tuviera alguna pregunta o duda, puede comunicarse con Víctor Hugo Chauca Ponte al correo: a20169565@pucp.edu.pe, o con la Dra. Susana Frisancho, asesora de la Tesis, al correo electrónico: sfrisan@pucp.edu.pe. Si desea absolver consultas sobre temas de ética de la investigación, puede comunicarse con el

Comité de Ética de la Investigación (CEI) al correo electrónico: etica.investigacion@pucp.edu.pe.

Si usted está conforme y acepta participar voluntariamente del presente estudio, confirmará de manera oral su consentimiento como participante al iniciar el registro de la entrevista, para lo cual se le pedirá que lea el párrafo de aceptación descrito al final del presente documento. Esta modalidad de registro del consentimiento por parte del participante se asume dadas las condiciones sanitarias actuales y para evitar el intercambio de material físico.

Muchas gracias por su participación.



VICTOR HUGO CHAUCA PONTE

Alumno Posgrado PUCP

20169565

ACEPTACION DEL PARTICIPANTE

Yo, (nombre del participante) doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he leído la información brindada anticipadamente en el protocolo de consentimiento informado. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas, además entiendo y acepto que se realice el registro de la entrevista mediante una grabación de audio.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí. Además se me ofrecerá una presentación donde se expondrán los resultados del presente estudio cuando éste haya concluido. Dejo constancia también que ante cualquier duda puedo comunicarme con Víctor Hugo Chauca Ponte o con la Dra. Susana Frisancho, asesora de la Tesis, mediante sus respectivos correos brindados también en el protocolo de consentimiento.

Anexo B: FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DATOS DEL PARTICIPANTE N° _____

MARCAR CON UNA "X"

Rango de Edad: 20-29____ 30-39____ 40-49____ 50-59____ 60-69____ 70-79____

Sexo: M: ____ F: ____

Nacionalidad:

Sede de Aprendizaje Contigo donde es voluntario/a (marque X):

- INSN - Breña
- INEN

DATOS DE FORMACIÓN EDUCATIVA

Sobre su nivel de formación educativa, marque (x) su nivel o grado más alto:

- Educación Básica
 - Completa
 - Incompleta
- Educación Superior
 - Completa
 - Incompleta

Si marcó Educación Superior, especifique la carrera o profesión: _____

Tipo de Institución/Universidad donde cursó su carrera o profesión, marque (x)

- Inst. Técnico Superior:
 - Público
 - Privada
 - Otros (especifique): _____
- Universidad:
 - Pública
 - Privada
 - Otros (especifique): _____

Año en que empezó y culminó sus estudios superiores:

- año de inicio:
- año de finalización:

Solo si tiene estudios de especialización o posgrado, especifique cual/es: _____

- Solo si estudió la carrera de **Educación**, marque (x) la modalidad en la que se formó:
 - Básica regular
 - Intercultural Bilingüe
 - Alternativa
 - Otra (especifique): _____

- Solo si estudió la carrera de **Educación**, marque (x) el nivel educativo en que se formó:
 - Inicial
 - Primaria
 - Secundaria
 - Otra (especifique): ____
- Solo si marcó **Secundaria** en la pregunta anterior ¿En qué materia o curso de formó?: ____

¿Ha ejercido o ejerce la docencia?

- Sí
- NO

Solo si marcó **Sí**:

- Cursos que ha dictado o dicta como docente, especifique: ____
- Tiempo total de experiencia docente, especifique: ____
- Número de instituciones educativas donde ha ejercido la docencia: ____
- Complete el siguiente cuadro, según la cantidad de Instituciones Educativas donde ha ejercido la docencia (puede añadir más cuadros si requiere):

Tipo de Institución Educativa Pública o Privada	Modalidad y/o Nivel Educativo	Tiempo de Servicio	Ciudad - Distrito

DATOS DE VOLUNTARIADO

¿Cuántos años tiene como voluntario en el programa Aprendo Contigo?: ____

¿Ha recibido capacitación o talleres para trabajar en aulas hospitalarias? Indique los temas de capacitación que recuerde y que no sean organizadas por Aprendo Contigo (puede añadir más cuadros si requiere):

Tema del taller o capacitación	Institución organizadora	Año	Duración

¿Ha recibido capacitación o talleres respecto a educación intercultural o atención educativa ante la diversidad cultural? si da una respuesta afirmativa, comente sobre esa experiencia: ____

Respecto a la pregunta anterior ¿Quién brindó estas capacitaciones? (organización y/o persona): ____

¿Ha sido o es voluntario en otra organización? ¿Qué tipo de voluntariado era/es? ¿Qué tareas o labores cumplía/cumple?: ____



Anexo C: GUÍA DE ENTREVISTA

OBJETIVO: Recoger información respecto de las experiencias y sentido de autoeficacia docente ante la diversidad cultural en el contexto de las aulas hospitalarias

ÁREA I: Sentido de autoeficacia docente ante la enseñanza en aulas hospitalarias

DEFINICIÓN: Reconoce o comprende la creencia del docente hospitalario respecto a su capacidad para desarrollar adecuadamente su labor educativa frente a la realidad intrahospitalaria de los alumnos y sus familias.

PREGUNTAS:

1. ¿Cuál es tu experiencia como docente y en qué lugares has enseñado?
2. ¿Qué dirías sobre tu experiencia y desempeño ejerciendo la docencia?
3. ¿Cuál es tu rol y qué actividades desarrollas en el aula hospitalaria?
4. ¿Qué capacidades consideras que te permiten ejercer este rol dentro del aula hospitalaria?
5. ¿Qué dificultades se presentan cuando estás enseñando a niños hospitalizados?
¿De qué maneras afrontas las dificultades que mencionas? Bríndame un ejemplo
¿Qué aspectos personales y profesionales crees que te ayudan a afrontar estas dificultades? ¿Por qué?
¿Cómo determinas que has logrado superar estas dificultades en tu clase?
6. ¿Cómo te sientes cuando no logras cumplir con los objetivos que te propones para una sesión? ¿Por qué?
7. ¿Cómo te sientes y qué piensas de tu capacidad para enseñar cuando alcanzas el objetivo propuesto para tu clase? ¿Por qué?
8. ¿Qué aspectos de tu desempeño como docente consideras que son una fortaleza?
¿Por qué?
9. ¿Hay algunos aspectos que no? ¿Por qué?
10. ¿Qué crees que tus compañeras de labor y padres de familia piensan de tu labor enseñando a niños hospitalizados? ¿Por qué?

ÁREA II: Sentido de autoeficacia docente ante la diversidad cultural en el aula hospitalaria.

DEFINICIÓN: Reconoce o comprende la creencia docente respecto a la gestión educativa de las necesidades culturales de los niños hospitalizados que provienen de comunidades no hispanoparlantes, afroperuanas, de la amazonia, del altiplano y/o de otras minorías étnicas.

PREGUNTAS:

- Como educadora hospitalaria ¿has tenido la experiencia de trabajar con niños provenientes de alguna comunidad culturalmente diversa, por ejemplo, niños de la amazonia, del altiplano o afroperuanos?
- ¿Cómo abor das esta diversidad cultural en tu clase?
- ¿Conoces, sabes o has escuchado sobre la educación intercultural? ¿cómo la definirías?
- ¿Conoces de estrategias de enseñanza relacionadas a la educación intercultural? ¿Cómo las conoces? ¿Las aplicaste alguna vez?
- ¿Qué tan capaz te sientes de aplicar estas estrategias en clase? ¿Qué aspectos te alientan a sentirte capaz? ¿Qué aspectos crees que no te alientan? ¿Por qué?

Si en tu clase tuvieses o tuviste a un niño proveniente de la amazonia o el altiplano y que no habla español:

1. Dada esta condición ¿Qué dificultades y aspectos positivos podrían presentarse en el desarrollo de tu clase? ¿Por qué?
2. ¿Recuerdas alguna situación similar que hayas experimentado dando clases?
¿Qué habilidades docentes consideras que son importantes para afrontar estas dificultades que mencionas? ¿Por qué?
¿Cuáles de estas habilidades consideras que son características tuyas?
¿Cuáles no son características tuyas?
3. ¿Cómo harías para incluir educativamente a estos estudiantes en tu clase?
4. ¿Cómo te das cuenta de que estos estudiantes están aprendiendo en tu clase?
5. ¿Cómo te das cuenta de que estos estudiantes están motivados en tu clase?
6. ¿Cómo valorarías tu capacidad para generar interacciones y un clima positivo para estos estudiantes en tu clase? ¿Por qué?
7. Como educadora ¿Cuáles crees que son tus fortalezas para enseñar ante estas situaciones? ¿Por qué?
8. Como educadora ¿Cuáles aspectos crees que son necesarios mejorar en tu desempeño ante estas situaciones? ¿Por qué?
9. Finalmente y de manera general, tomando en cuenta las fortalezas y aspectos por mejorar ¿cómo valorarías tu capacidad para educar ante la diversidad cultural en aulas hospitalarias? ¿Por qué?