

**Evaluación de la realidad socioeducativa del alumnado de Atención Educativa
Domiciliaria en los centros educativos públicos de secundaria obligatoria
de la provincia de Barcelona desde una perspectiva inclusiva**

Eduardo Fernández Pascual

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



Facultad de Ciencias de la Educación
Departamento de Pedagogía Aplicada
Programa de Doctorado en Educación

**Evaluación de la realidad socioeducativa
del alumnado de Atención Educativa
Domiciliaria en los centros educativos
públicos de secundaria obligatoria de la
provincia de Barcelona desde una
perspectiva inclusiva**

Tesis Doctoral

Eduardo Fernández Pascual

Dirección:

Mercè Jariot Garcia

Montserrat Rodríguez Parrón

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), 2026

A Ángeles, siempre en mi corazón y en cada paso de mi camino.

Agradecimientos

La culminación de una tesis doctoral es probablemente una de las mayores satisfacciones que puede experimentar una persona a lo largo de su vida académica. Sin embargo, dependiendo del rigor personal, este logro implica un trabajo constante y exigente que requiere gran resistencia por las diversas dificultades que se presentan en el camino, tanto propias del proceso de investigación como derivadas de la vida y de las circunstancias personales.

En mi experiencia, las motivaciones que comenzaron con fuerza y entusiasmo sufrieron altibajos a lo largo de los años necesarios para culminar la tesis. Es precisamente en esos momentos cuando las personas más especiales aportan ese necesario apoyo humano y afectuoso que permite seguir avanzando, convirtiéndose así en merecedoras del más sincero agradecimiento.

En primer lugar, deseo expresar mi gratitud tanto a la Dra. Mercè Jariot como a la Dra. Montserrat Rodríguez por haberme brindado la oportunidad de desarrollar esta tesis bajo su dirección. Durante estos años, agradezco, desde lo académico, el tiempo dedicado, así como los comentarios y sugerencias que contribuyeron a alcanzar el rigor esperado en una tesis doctoral. Desde lo personal, valoro profundamente y quiero resaltar el trato respetuoso y afectivo que siempre me han ofrecido, haciéndome sentir, más allá de mi condición de doctorando, como un compañero más.

También expreso mi agradecimiento al Dr. Pedro Jurado de los Santos, por ser la primera persona que atendió el teléfono cuando quería matricularme en el programa de doctorado y, sin conocerme, se ofreció de forma desinteresada a ayudarme para que pudiera llevar a cabo mi proyecto. El tiempo posterior no fue diferente, su puerta siempre estuvo abierta, dándome apoyo tanto en las validaciones como en cualquier duda que pudiera surgir.

De forma similar, quiero dar las gracias al Dr. Josep M. Sanahuja, no solo por ofrecerme su ayuda como profesional en las validaciones y en las sugerencias de índole académica, sino también por su trato personal, cercano, así como la disposición que siempre mostró en cada ocasión.

Muchas gracias a todo el profesorado universitario que dedicó su tiempo a colaborar cuando necesité su ayuda, ya que, sin ella, esta tesis no habría sido posible. Presentado por orden alfabético: Dra. Arnau, Laura; Dra. Casillo, Toñi; Dra. Laborda, Cristina; Dr. Navio, Antoni; Dra. Quesada, Carla; Dra. Sala, Josefina; Dra. Sánchez, Angelina; Dr. Tello, José y Dra. Violant, Verónica.

Igualmente agradezco a todas las personas que han vivido esta experiencia conmigo en el Departamento de Pedagogía Aplicada de la Universidad Autònoma de Barcelona, por su compañerismo, su cercanía a lo largo del desarrollo de mi tesis y el apoyo recibido en el día a día.

Tampoco puedo dejar de agradecer a todas las personas que participaron en cuestionarios, entrevistas o colaboraron de cualquier otra manera. Sin su buena voluntad, el desarrollo de esta investigación tampoco habría sido posible.

Finalmente, de mi entorno personal:

A María, porque has compartido todos los momentos de esta experiencia, tanto los buenos como los no tan buenos. Sin tu energía y ánimo el camino no habría sido el mismo.

A mi pequeña, Edurne, por mostrarme siempre lo fácil que es ser feliz.

A mi padre, José, porque siempre estás ahí, pase lo que pase. A mi madre, Ángeles, por tu amor incondicional y ser la persona más buena que he conocido.

¡Gracias!

Aquesta tesi ha estat realitzada amb el suport del programa d'ajuts predoctorals AGAUR-FI (2025 FI-3 00100) Joan Oró del Departament de Recerca i Universitats de la Generalitat de Catalunya i el cofinançament pel Fons Europeu Social Plus.



**Generalitat
de Catalunya**



**Finançat per
la Unió Europea**

Índice

Introducción.....	21
Bloque I. Marco legislativo y contextual.....	29
Capítulo 1. Marco legislativo y contextual	30
1.1. Legislación en Atención Educativa Domiciliaria en España	31
1.1.1. Normativa en Cataluña	33
1.2. Contexto de la Atención Educativa Domiciliaria	42
1.3. Síntesis del capítulo	46
Bloque II. Marco teórico	51
Capítulo 2. Educación inclusiva en Atención Educativa Domiciliaria.....	52
2.1. Evolución conceptual desde la exclusión hasta la inclusión	53
2.2. Modos de entender la educación inclusiva	58
2.3. Promotores de la educación inclusiva en la Atención Educativa Domiciliaria	65
2.4. Síntesis del capítulo	69
Capítulo 3. Atención Educativa Domiciliaria	71
3.1. Concepto de Atención Educativa Domiciliaria	72
3.2. Enfermedad o convalecencia prolongada y tipos de apoyos domiciliarios	76
3.3. Factores contextuales en Atención Educativa Domiciliaria	85
3.3.1. Factores contextuales ambientales	86
3.3.2. Factores contextuales personales	93
3.4. Vulnerabilidad educativa en Atención Educativa Domiciliaria	98
3.5. Síntesis del capítulo	101
Capítulo 4. Atención Educativa Domiciliaria: del centro educativo al hogar	105
4.1. Concepto de Pedagogía Hospitalaria en el domicilio	106
4.2. Planificación para la implementación de la Atención Educativa Domiciliaria.....	110
4.3. Actuación de los agentes implicados.....	124
4.4. Síntesis del capítulo	132
Capítulo 5. Diagnóstico socioeducativo en Atención Educativa Domiciliaria	136

5.1. Aproximación conceptual al diagnóstico socioeducativo	137
5.2. Modelos orientados a la evaluación de necesidades socioeducativas	140
5.2.1. Modelos clásicos de evaluación de programas educativos	140
5.2.2. Modelos de evaluación de necesidades socioeducativas	147
5.3. Criterios de rigor y enfoques metodológicos en el diagnóstico socioeducativo	155
5.4. Síntesis del capítulo.....	158
Bloque III. Diseño de la investigación	163
Capítulo 6. Diseño de la investigación.....	164
6.1. Preguntas de investigación	165
6.2. Objetivos.....	166
6.2.1. Objetivo general.....	166
6.2.2. Objetivos específicos	167
6.3. Justificación metodológica	169
6.4. Triangulación	174
6.5. Población	176
6.6. Muestra.....	178
6.6.1. Muestra de la primera etapa. Cualitativa.....	178
6.6.2. Muestra de la segunda etapa. Cuantitativa	179
6.6.2.1. Características de la muestra del personal de dirección.....	181
6.6.2.2. Características de la muestra del personal de orientación.....	185
6.6.3. Muestra de la tercera etapa. Cualitativa	189
6.6.3.1. Características de la muestra participante.....	189
6.7. Herramientas para la recogida de datos.....	191
6.7.1. Análisis documental.....	193
6.7.1.1. Diseño del análisis documental	194
6.7.2. Cuestionarios	196
6.7.2.1. Diseño de los cuestionarios	197
6.7.2.2. Proceso de validez de contenido de los cuestionarios	201

6.7.2.3. Proceso de validez de constructo y fiabilidad de los cuestionarios	216
6.7.3. Entrevistas.....	219
6.7.3.1. Diseño de las entrevistas	221
6.8. Aplicación de los cuestionarios	225
6.9. Implementación de las entrevistas.....	227
6.10. Consideraciones éticas	228
Capítulo 7. Proceso de análisis de los datos.....	232
7.1. Análisis cualitativo documental	233
7.2. Análisis cuantitativo de los cuestionarios	237
7.3. Análisis cualitativo de las entrevistas	247
Bloque IV. Resultados	253
Capítulo 8. Resultados	254
8.1. Planes generales y/o programas específicos en Atención Educativa Domiciliaria	255
8.2. Necesidades académicas del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria	266
8.3. Recursos disponibles para satisfacer las necesidades socioeducativas de este alumnado.....	284
8.4. Involucración del entorno familiar en la Atención Educativa Domiciliaria	287
8.5. Influencia de los factores sociales y personales en la inclusión educativa de este alumnado.....	292
8.6. Implementación de los centros educativos en Atención Educativa Domiciliaria ..	303
8.7. Adaptabilidad de las estrategias educativas en Atención Educativa Domiciliaria.	326
8.8. Evaluación de la Atención Educativa Domiciliaria en los centros educativos	329
8.9. Síntesis del capítulo	334
Bloque V. Propuestas de mejora	341
Capítulo 9. Propuestas de mejora para la respuesta de los centros educativos en la Atención Educativa Domiciliaria	342
9.1. Identificación de necesidades socioeducativas en Atención Educativa Domiciliaria	343
9.2. Asesoramiento y orientación educativa en Atención Educativa Domiciliaria	346

9.3. Aspectos organizativos y de implementación en Atención Educativa Domiciliaria	350
Bloque VI. Conclusiones y líneas futuras	355
Capítulo 10. Conclusiones, limitaciones y líneas futuras de investigación.....	356
10.1. Conclusiones de la investigación	357
10.2. Limitaciones y líneas futuras de investigación	364
Referencias bibliográficas.....	369

Lista de Figuras

Figura 1. Reparto de las principales competencias educativas en España	33
Figura 2. Influencia del marco legislativo y contextual en AED	45
Figura 3. Evolución de la exclusión hasta la inclusión	54
Figura 4. Diferencias de pensamiento sobre el concepto de la inclusión educativa	61
Figura 5. Aspectos relevantes y promotores de la inclusión educativa en la AED	66
Figura 6. Interacciones entre los elementos que intervienen en los estados de salud	81
Figura 7. Principales factores contextuales externos en AED.....	86
Figura 8. Interacción entre los factores personales y los problemas de salud	95
Figura 9. Dimensiones necesarias para el diseño de un programa educativo de AED	114
Figura 10. Diseño completo de la investigación.....	174
Figura 11. Triangulación de la investigación	175
Figura 12. Género de la muestra del personal de dirección	181
Figura 13. Edad de la muestra del personal de dirección.....	182
Figura 14. Estudios máximos alcanzados del personal de dirección.....	182
Figura 15. Estudios realizados por el personal de dirección	183
Figura 16. Experiencia profesional total como personal de dirección.....	183
Figura 17. Experiencia profesional de la dirección en el centro actual de trabajo	184
Figura 18. Experiencia profesional del personal de dirección en AED	184
Figura 19. Género de la muestra del personal de orientación	185
Figura 20. Edad de la muestra del personal de orientación.....	186
Figura 21. Estudios máximos alcanzados del personal de orientación	186
Figura 22. Estudios realizados por el personal de orientación	187
Figura 23. Experiencia profesional total del personal de orientación.....	187
Figura 24. Experiencia profesional de orientación en el centro actual de trabajo	188
Figura 25. Experiencia profesional del personal de orientación en AED	188
Figura 26. Fases del análisis documental.....	194
Figura 27. Análisis documental. Categoría y subcategorías deductivas	194
Figura 28. Análisis documental. Categorías deductivas e inductivas.....	234
Figura 29. Análisis documental. Cuantificación de datos.....	256

Lista de Tablas

Tabla 1. Información e instrucciones para establecer el procedimiento de AED	35
Tabla 2. Disposiciones legales en Cataluña en materia de AED	41
Tabla 3. Características y relación entre la educación inclusiva y las aulas	62
Tabla 4. Evolución en el modo de entender la AED	72
Tabla 5. Definición de las principales condiciones ambientales físicas	89
Tabla 6. Factores contextuales ambientales del centro educativo y del domicilio	93
Tabla 7. Evolución conceptual de la Pedagogía Hospitalaria	106
Tabla 8. Resumen de las Necesidades Específicas de Soporte Educativo (NESE)	113
Tabla 9. Posibles escenarios asociados a las tipologías de AED	115
Tabla 10. El diagnóstico socioeducativo en los modelos clásicos de evaluación de programas educativos	145
Tabla 11. Cuestiones y etapas del modelo de diagnóstico de Hays	149
Tabla 12. Guía de Sanz Oro (1998) para el diseño del proceso de diagnóstico de necesidades	150
Tabla 13. Características de los modelos de evaluación de necesidades socioeducativas	153
Tabla 14. Relación entre las preguntas y los objetivos de la investigación	168
Tabla 15. Los paradigmas y sus principales características	170
Tabla 16. Características de los centros educativos que formaron la población	177
Tabla 17. Relación entre la muestra inicial y final para el análisis documental	179
Tabla 18. Relación entre la muestra invitada y participante para los cuestionarios	180
Tabla 19. Características del personal de dirección en las entrevistas	190
Tabla 20. Características del personal de orientación en las entrevistas	190
Tabla 21. Relación entre objetivos, herramientas y fuentes de información	192
Tabla 22. Objetivos y destinatarios de los cuestionarios	198
Tabla 23. Cuestionario CIDned. Identificación de las necesidades socioeducativas del alumnado de AED percibidas por el personal de orientación educativa	199
Tabla 24. Cuestionario CIDact. Identificación de la actuación de la dirección del centro en la implementación de esta medida de respuesta en la práctica	200
Tabla 25. Personas expertas participantes en la validación de los cuestionarios	201
Tabla 26. Cuestionario CIDned. Resultados del V de Aiken con intervalos de confianza	205
Tabla 27. Cuestionario CIDned. Ejemplo de observaciones cualitativas obtenidas por juicio de personas expertas	208
Tabla 28. Cuestionario CIDned. Corrección del instrumento	210
Tabla 29. Cuestionario CIDned. Relación final entre las dimensiones, indicadores e ítems	210
Tabla 30. Cuestionario CIDact. Resultados del V de Aiken con intervalos de confianza	211

Tabla 31. Cuestionario CIdact. Ejemplo de observaciones cualitativas obtenidas por juicio de personas expertas.....	213
Tabla 32. Cuestionario CIdact. Corrección del instrumento	215
Tabla 33. Cuestionario CIdact. Relación final entre las dimensiones, indicadores e ítems	215
Tabla 34. Muestra del estudio piloto para la fiabilidad de los cuestionarios	218
Tabla 35. Cuestionario CIdned. Alfa de Cronbach.....	219
Tabla 36. Cuestionario CIdact. Alfa de Cronbach.....	219
Tabla 37. Objetivos y destinatarios de las entrevistas	221
Tabla 38. Relación de preguntas entre el cuestionario CIdned y la entrevista EIdned.....	223
Tabla 39. Relación de preguntas entre el cuestionario CIdact y la entrevista EIdact	224
Tabla 40. Proceso del análisis cuantitativo. Cuestionario CIdned. Objetivo 2	237
Tabla 41. Proceso del análisis cuantitativo. Cuestionario CIdned. Objetivo 3	240
Tabla 42. Proceso del análisis cuantitativo. Cuestionario CIdned. Objetivo 4	240
Tabla 43. Proceso del análisis cuantitativo. Cuestionario CIdned. Objetivo 5	241
Tabla 44. Relación entre objetivos, ítems y pruebas estadísticas realizadas en el análisis de datos cuantitativos del cuestionario CIdned	242
Tabla 45. Proceso del análisis cuantitativo. Cuestionario CIdact. Objetivo 6	243
Tabla 46. Proceso del análisis cuantitativo. Cuestionario CIdact. Objetivo 7	246
Tabla 47. Proceso del análisis cuantitativo. Cuestionario CIdact. Objetivo 8	246
Tabla 48. Relación entre objetivos, ítems y pruebas estadísticas realizadas en el análisis de datos cuantitativos del cuestionario CIdact.....	247
Tabla 49. Relación entre objetivos y categorías deductivas e inductivas de las entrevistas EIdned.....	248
Tabla 50. Relación entre objetivos y categorías deductivas e inductivas de las entrevistas EIdact.....	250
Tabla 51. Análisis de contenido de los Planes COVID-19	257
Tabla 52. Análisis de contenido de los Planes de Estrategia Digital	259
Tabla 53. Estadística descriptiva. Ítems del 1 y 2 del cuestionario CIdact	265
Tabla 54. Citas del personal de dirección. Implementación. Planificación de la Atención Educativa Domiciliaria	265
Tabla 55. Estadística descriptiva. Ítems del 1 al 3 del cuestionario CIdned	266
Tabla 56. Correlaciones de Spearman entre los ítems 1, 2 y 3 del cuestionario CIdned	267
Tabla 57. Citas del personal de orientación. Ámbito académico. Identificación del logro académico.....	268
Tabla 58. Citas del personal de orientación. Ámbito académico. Actitud hacia el aprendizaje.....	269
Tabla 59. Citas del personal de orientación. Ámbito académico. Participación en actividades educativas.....	270
Tabla 60. Estadística descriptiva. Ítems 4 y 5 del cuestionario CIdned.....	270

Tabla 61. Correlaciones de Spearman entre los ítems 4 y 5 del cuestionario CIDned	271
Tabla 62. Citas del personal de orientación. Ámbito académico. Planes individualizados y estrategias educativas	272
Tabla 63. Citas del personal de orientación. Ámbito académico. Restricción del personal docente domiciliario	273
Tabla 64. Estadística descriptiva. Ítems 6 y 7 de respuesta múltiple del cuestionario CIDned.....	274
Tabla 65. Pruebas de Friedman. Ítems 6 y 7 de respuesta múltiple del cuestionario CIDned.....	275
Tabla 66. Citas del personal de orientación. Ámbito académico. Orientación de los agentes implicados	276
Tabla 67. Estadística descriptiva. Ítems del 8 al 13 de respuesta múltiple del cuestionario CIDned.....	277
Tabla 68. Pruebas de Friedman. Ítems del 8 al 13 de respuesta múltiple del cuestionario CIDned.....	278
Tabla 69. Citas del personal de orientación. Ámbito académico. Interacción entre los agentes implicados.....	280
Tabla 70. Estadística descriptiva. Ítems 14.1 y 14.2 del cuestionario CIDned.....	281
Tabla 71. Prueba de Wilcoxon de los ítems 14.1 y 14.2 del cuestionario CIDned.....	281
Tabla 72. Estadística descriptiva. Ítem 15 del cuestionario CIDned.....	282
Tabla 73. Prueba U de Mann-Whitney de los ítem 4, 5 y 15 del cuestionario CIDned	283
Tabla 74. Citas del personal de orientación. Recursos. Identificación de necesidades socioeducativas	284
Tabla 75. Estadística descriptiva. Ítems del 16 al 18 del cuestionario CIDned	284
Tabla 76. Correlaciones de Spearman entre los ítems del 15 al 18 del cuestionario CIDned.....	285
Tabla 77. Pruebas de Friedman. Ítems del 16 al 18 del cuestionario CIDned	286
Tabla 78. Citas del personal de orientación. Recursos. Identificación de recursos	287
Tabla 79. Estadística descriptiva. Ítems 19 y 20 del cuestionario CIDned	288
Tabla 80. Pruebas de Friedman. Ítems 19 y 20 de respuesta múltiple del cuestionario CIDned.....	289
Tabla 81. Prueba de Wilcoxon de los ítem 19.4 y 20.4 del cuestionario CIDned	289
Tabla 82. Citas del personal de orientación. Familia. Circunstancias familiares, desempeño académico y aspectos socioemocionales	290
Tabla 83. Citas del personal de orientación. Familia. Dificultades centro-familia	291
Tabla 84. Estadística descriptiva. Ítems 21 y 22 de respuesta múltiple del cuestionario CIDned.....	292
Tabla 85. Correlaciones de Spearman entre los ítems 21 y 22 del cuestionario CIDned.....	293
Tabla 86. Prueba de Wilcoxon de los ítems 21.1 y 21.2 del cuestionario CIDned.....	294
Tabla 87. Prueba de Wilcoxon de los ítems 22.1 y 22.2 del cuestionario CIDned.....	294

Tabla 88. Citas del personal de orientación. Factores personales y sociales.	
Relaciones con el grupo-clase y sus amistades	295
Tabla 89. Estadística descriptiva. Ítem 23 de respuesta múltiple del cuestionario CIdned	296
Tabla 90. Prueba de Wilcoxon de los ítems 23.1 y 23.2 del cuestionario CIdned	297
Tabla 91. Citas del personal de orientación. Factores personales y sociales. Relación entre el apoyo emocional y la motivación.....	297
Tabla 92. Estadística descriptiva. Ítems del 24 al 26.2 del cuestionario CIdned	298
Tabla 93. Prueba de Wilcoxon de los ítems 24 y 25 del cuestionario CIdned	299
Tabla 94. Prueba de Wilcoxon de los ítems 26.1 y 26.2 del cuestionario CIdned	300
Tabla 95. Citas del personal de orientación. Factores personales y sociales. Factores personales y AED	300
Tabla 96. Citas del personal de orientación. Inclusión educativa en AED	302
Tabla 97. Estadística descriptiva. Ítems del 1 al 7 del cuestionario CIdact	303
Tabla 98. Correlaciones de Spearman entre los ítems del 1 al 7 del cuestionario CIdact	304
Tabla 99. Citas del personal de dirección. Implementación. Medidas de respuesta ante la necesidad de AED.....	306
Tabla 100. Citas del personal de dirección. Implementación. Restricción del personal docente domiciliario.....	307
Tabla 101. Citas del personal de dirección. Implementación. Ausencias del alumnado interiores a 30 días	308
Tabla 102. Citas del personal de dirección. Implementación. Identificación de necesidades socioeducativas.....	309
Tabla 103. Citas del personal de dirección. Implementación. Elaboración del Plan Individualizado	310
Tabla 104. Estadística descriptiva. Ítems del 8 al 12 de respuesta múltiple del cuestionario CIdact	311
Tabla 105. Prueba de Friedman. Ítem 8 de respuesta múltiple del cuestionario CIdact ...	313
Tabla 106. Pruebas de Friedman. Ítems 9 y 10 de respuesta múltiple del cuestionario CIdact	313
Tabla 107. Pruebas de Friedman. Ítems 11 y 12 de respuesta múltiple del cuestionario CIdact	314
Tabla 108. Citas del personal de dirección. Implementación. Organización de los agentes implicados	315
Tabla 109. Estadística descriptiva. Ítems del 13 al 14 de respuesta múltiple del cuestionario CIdact	316
Tabla 110. Prueba de Friedman. Ítem 13 de respuesta múltiple del cuestionario CIdact	317
Tabla 111. Prueba de Wilcoxon de los ítems 14.1 y 14.2 del cuestionario CIdact	317

Tabla 112. Correlaciones de Spearman entre los ítems 13.1, 13.2, 14.1 y 14.2 del cuestionario CIdact	318
Tabla 113. Citas del personal de dirección. Implementación. Organización de los agentes implicados	319
Tabla 114. Estadística descriptiva. Ítems del 15 al 18 del cuestionario CIdact	320
Tabla 115. Prueba U de Mann-Whitney de los ítem 5 y del 15 al 18 del cuestionario CIdact.....	321
Tabla 116. Citas del personal de dirección. Implementación. Determinación de los horarios de AED.....	322
Tabla 117. Citas del personal de dirección. Implementación. Métodos de enseñanza y aprendizaje	323
Tabla 118. Citas del personal de dirección. Implementación. Participación entre el alumnado domiciliario y el aula	324
Tabla 119. Citas del personal de dirección. Implementación. Disponibilidad y acceso a materiales necesarios	325
Tabla 120. Estadística descriptiva. Ítems del 19 al 21 del cuestionario CIdact	326
Tabla 121. Correlaciones de Spearman entre los ítems del 19 al 21 del cuestionario CIdact.....	326
Tabla 122. Citas del personal de dirección. Adaptabilidad. Revisión y actualización de las estrategias educativas.....	327
Tabla 123. Citas del personal de dirección. Adaptabilidad. Tiempo necesario para implementar cambios.....	328
Tabla 124. Estadística descriptiva. Ítems del 22 al 24 de respuesta múltiple del cuestionario CIdact.....	329
Tabla 125. Correlaciones de Spearman entre los ítems del 22 al 24 del cuestionario CIdact.....	330
Tabla 126. Prueba U de Mann-Whitney de los ítem 23.1 y 24.1 del cuestionario CIdned.....	331
Tabla 127. Citas del personal de dirección. Evaluación. Disponibilidad de canales de retroalimentación.....	331
Tabla 128. Citas del personal de dirección. Inclusión educativa en AED	333
Tabla 129. Síntesis de los resultados más relevantes según los objetivos de la investigación	334
Tabla 130. Principales aspectos del análisis inicial para la identificación de necesidades socioeducativas en AED.....	344
Tabla 131. Principales agentes implicados e indicaciones asociadas al asesoramiento y orientación del centro educativo en AED	347
Tabla 132. Principales orientaciones relativas a los aspectos organizativos y de implementación del centro educativo en AED.....	351

Lista de Anexos

- Anexo 1.** Informe médico para la solicitud de AED.
- Anexo 2.** Población.
- Anexo 3.** Cuestionario CIDned - Inicial.
- Anexo 4.** Cuestionario CIDact - Inicial.
- Anexo 5.** Petición de validación de personas expertas (CIDned).
- Anexo 6.** Petición de validación de personas expertas (CIDact).
- Anexo 7.** Coeficiente V de Aiken (CIDned - CIDact).
- Anexo 8.** Análisis cualitativo personas expertas (CIDned).
- Anexo 9.** Descripción modificación-eliminación ítems (CIDned).
- Anexo 10.** Cuestionario CIDned - Final.
- Anexo 11.** Análisis cualitativo personas expertas (CIDact).
- Anexo 12.** Descripción modificación-eliminación ítems (CIDact).
- Anexo 13.** Cuestionario CIDact - Final.
- Anexo 14.** Consentimiento informado cuestionario CIDned.
- Anexo 15.** Consentimiento informado cuestionario CIDact.
- Anexo 16.** Coeficiente Alfa de Cronbach (CIDned) - SPSS (.spv).
- Anexo 17.** Coeficiente Alfa de Cronbach (CIDact) - SPSS (.spv).
- Anexo 18.** Consentimiento informado entrevista CIDned.
- Anexo 19.** Consentimiento informado entrevista CIDact.
- Anexo 20.** Guion de las entrevistas EIdned.
- Anexo 21.** Guion de las entrevistas EIdact.
- Anexo 22.** Relación preguntas cuestionario CIDned y entrevista EIdned.
- Anexo 23.** Relación preguntas cuestionario CIDact y entrevista EIdact.
- Anexo 24.** Transcripciones de las entrevistas (EIdned).
- Anexo 25.** Transcripciones de las entrevistas (EIdact).
- Anexo 26.** Matriz de datos del análisis documental - NVIVO (.nvp).
- Anexo 27.** Matriz de datos de las entrevistas - NVIVO (.nvp).

Los anexos se presentan en formato digital con el fin de unificar y permitir una mejor visualización de documentos de distinta extensión y formato. **Para su acceso, escanee el siguiente código QR:**



Introducción

Introducción

La Atención Educativa Domiciliaria (AED) es una medida de respuesta destinada a garantizar el derecho a la educación del alumnado que, por motivos de enfermedad o convalecencia prolongada, no puede asistir a su centro educativo. Este tipo de atención está orientada principalmente con el objetivo de mantener el vínculo con el centro educativo y asegurar la continuidad del proceso de enseñanza-aprendizaje, el sentimiento de pertenencia y el bienestar socioemocional del estudiantado.

La inclusión educativa se ha consolidado actualmente como un derecho fundamental del sistema educativo (Aguilera et al., 2023; Ainscow, 2020; Muntaner-Guasp et al., 2022; Torres Montalvo et al., 2023). Sin embargo, la condición explícita de separación del alumnado de AED, unida a sus correspondientes características y requerimientos individuales, suponen un claro reto para los centros educativos, dado que sin la adecuada identificación y respuesta a sus necesidades socioeducativas, especialmente en los casos de larga duración, se incrementa el riesgo de procesos de vulnerabilidad y exclusión socioeducativa (Camacho Sojo et al., 2023; Díaz López & Pinto Loría, 2017; Lizasoáin, 2021; Maresca, 2010; Molina Garuz et al., 2019).

A pesar de esta relevancia, la literatura evidencia una brecha en las investigaciones centradas en el diagnóstico de la realidad socioeducativa del alumnado de AED y en el análisis de la función de los centros educativos en su implementación. No obstante, conviene señalar que algunos estudios afines sí aportan aspectos clave en esta materia. Por un lado, destacan la responsabilidad de los centros educativos en la elaboración, aprobación y ejecución de planes que garanticen el derecho a la educación inclusiva de todo el alumnado, y con especial atención en el más vulnerable, entre el que se encuentra el estudiantado de AED (Araque Hontangas & Barrio de la Puente, 2010; Fernández Pascual, 2023; Molina Garuz et al., 2019; Ruiz Andrés, 2016). Por otro lado, las publicaciones recientes advierten

de la ausencia de planificación y protocolos específicos de AED en la documentación interna de los centros educativos (Fernández Pascual, 2023, 2024). Asimismo, otros trabajos alertan de una tendencia en los centros de responder al alumnado con necesidades de apoyo educativo con prácticas dirigidas al déficit y no a la identificación y eliminación de barreras para la presencia, participación y aprendizaje (Ruiz Andrés, 2016, 2020).

En cuanto a la respuesta específica de la AED, la literatura actual enmarca esta atención educativa dentro de la pedagogía hospitalaria, siendo entendida en términos generales como una acción integral que, sustentado desde teorías de la educación, de la salud, sociales y jurídicas, busca mejorar el bienestar completo del alumnado (personal, familiar y social) en situación de enfermedad o convalecencia prolongada, así como con independencia de su emplazamiento (centro sanitario o domicilio) (Monsalve & Cardone, 2012; Violant Holz et al., 2022; Violant, 2017). Sin embargo, las publicaciones evidencian más investigaciones donde este tipo de pedagogía se relaciona con el Aula Hospitalaria, siendo una atención que, aunque comparte ciertos aspectos comunes con la AED, dispone de un contexto, características y requerimientos diferentes (De la Herrán Gascón, 2022; Molina Garuz et al., 2019; Revert Ruíz & Raga Garcia, 2019).

Por lo tanto, de todo lo apuntado se sintetizan principalmente dos cuestiones destacables. En primer lugar, la responsabilidad de los centros educativos y su aparente carencia de planificación e implementación de AED con prácticas acordes con la educación inclusiva. En segundo lugar, la falta de investigaciones centradas en la realidad socioeducativa de este alumnado, en la importancia del papel de los centros educativos, así como de las medidas y acciones pedagógicas que garanticen todos los aspectos que giran en torno a esta medida de respuesta.

El interés por el desarrollo de esta investigación surge inicialmente desde la experiencia profesional como docente domiciliario de un curso completo para una alumna

con una enfermedad congénita que, salvo pequeños intervalos de asistencia a su centro de referencia, había cursado toda la etapa de educación obligatoria desde su hogar. La vivencia de esta experiencia generó inquietudes promovidas por una sensación de centro lejano, no participativo, poco comunicativo y donde toda la responsabilidad recaía sobre el profesorado domiciliario y la familia.

A partir de esta percepción, que podía representar un caso aislado, surgió la preocupación e interés por conocer cómo los centros educativos garantizan la educación inclusiva del estudiantado que permanece en su domicilio por su estado de salud. En este sentido, la investigación adquiere una especial relevancia social y científica al aportar conocimiento sobre un ámbito poco explorado y esencial por la importancia de garantizar este derecho a un alumnado que, por su condición de enfermedad o convalecencia prolongada, no puede asistir al centro educativo y queda separado en su domicilio.

Desde este propósito, el primer objetivo general que se formuló en la investigación se planteó con la intención de evaluar la efectividad de la AED en los centros educativos. Sin embargo, la primera fase del estudio reveló la inexistencia de programas educativos o planes específicos en esta materia para todos los casos analizados. En consecuencia, se replanteó esta línea de investigación por la imposibilidad de evaluar su efectividad y se priorizó sobre la comprensión de la situación real de este alumnado.

Por consiguiente, la presente tesis tiene como objetivo general la evaluación de la realidad socioeducativa del alumnado de AED en los centros educativos, tomando como objetivos específicos, en una primera etapa, analizar todos los documentos internos de centro en busca de identificar cómo estos planes consideran la AED. En una segunda etapa, identificar las necesidades socioeducativas del alumnado mediante el análisis de sus necesidades académicas, la detección de recursos disponibles, la exploración de la involucración del entorno familiar, así como conocer la influencia de los factores sociales y

personales en su inclusión educativa. Finalmente, en una tercera etapa, identificar las actuaciones de los centros educativos analizando la implementación de la AED, explorando la adaptabilidad de las estrategias educativas y conociendo la forma en que se evalúa esta medida de respuesta. Todo lo anterior, haciendo posible comprobar si las medidas implementadas por los centros responden a las necesidades socioeducativas del alumnado de AED y permitiendo proponer mejoras para la actuación psicopedagógica en la AED.

La investigación se compone de 10 capítulos distribuidos en 6 bloques. En el primer bloque se presenta el capítulo 1 dedicado al marco legislativo y contextual del objeto de estudio. Su primera aportación destaca por relacionar la AED con la evolución del sistema educativo español desde la exclusión hasta la inclusión, posibilitando reflexionar sobre la situación actual de este alumnado. Además, el análisis de la normativa estatal y de Cataluña, junto con la contextualización del papel de los centros educativos como responsables finales de garantizar este derecho, permite comprender cómo estos aspectos forman parte e influyen en la realidad socioeducativa de este alumnado.

El segundo bloque desarrolla el marco teórico de la investigación y agrupa los capítulos del segundo al quinto. El capítulo 2 aporta un conocimiento valioso a la investigación abordando el concepto de educación inclusiva como eje transversal y relacionándolo con el alumnado de AED. Se diferencian los conceptos de segregación, integración y exclusión, analizando su persistencia en la actualidad, su relación e importancia con este estudiantado. Además, el capítulo presenta las principales perspectivas teóricas sobre la inclusión educativa, posibilitando justificar el posicionamiento de esta investigación. Asimismo, se analizan los aspectos de cooperación y buenas prácticas tanto de los centros educativos como de los distintos agentes implicados, siendo temas relevantes por tratarse de potenciales facilitadores o barreras en el logro de la educación inclusiva.

El capítulo 3 profundiza en los elementos que permiten comprender la AED desde una perspectiva socioeducativa. Se describe cómo ha sido definida esta medida a lo largo de los años y se argumenta cuál es el posicionamiento más actual, así como se reflexiona sobre la necesidad de una planificación educativa que combine elementos comunes con una posterior adaptación individualizada. Asimismo, se abordan las implicaciones derivadas de los estados de enfermedad o convalecencia desde un enfoque biopsicosocial y educativo que reconoce la interacción entre el estado de salud, los factores contextuales y los personales.

Este capítulo también analiza los principales factores ambientales o externos (físicos, organizacionales y sociales) y personales o internos (atributos del estudiantado) que interaccionan con el alumnado de AED. Esta fundamentación es importante en el marco de esta investigación, permitiendo comprender, entre otros aspectos, las diferencias inherentes entre el centro educativo y el domicilio, la singularidad de cada persona según su afectación y factores contextuales, así como la función determinante de la familia, de la orientación y de la planificación de los centros. Asimismo, se presenta el concepto de vulnerabilidad socioeducativa como una condición compleja y multifactorial que exige la intervención coordinada de todos los agentes implicados. Este conocimiento es valioso, dado que permite anticipar los riesgos asociados a la AED y comprender los factores que deben abordarse para garantizar una respuesta inclusiva.

El capítulo 4 destaca por centrarse en los aspectos que permiten comprender la planificación de los centros en AED y la actuación de los agentes implicados en su implementación. Uno de los aportes más relevantes es la definición del concepto de Pedagogía Hospitalaria y su relación con la AED, destacándose como una referencia de base que debe ser adaptada al contexto domiciliario. En este sentido, se presentan los aspectos relativos a la planificación de la AED como un elemento fundamental para la intervención

de los centros educativos, así como la importancia de la intervención de los principales agentes durante todo el proceso de AED.

El capítulo 5 cierra el marco teórico fundamentando el objetivo general de la investigación con la comprensión del concepto de diagnóstico socioeducativo. Este capítulo aporta de manera estructurada las limitaciones, potencialidades y complementariedades de los diferentes modelos de identificación de necesidades socioeducativas, tanto clásicos como específicos, evidenciando que ningún enfoque agota por sí solo la complejidad de este tipo de procesos para la AED, siendo conveniente, junto a una metodología y criterios flexibles, considerarse como referentes complementarios y enriquecedores.

En el tercer bloque se presenta el capítulo 6, dedicado al diseño de la investigación. Este contenido adquiere una especial relevancia, dado que se exponen las preguntas y objetivos que guían el desarrollo de la tesis, así como se detalla con precisión la justificación del posicionamiento de una metodología mixta con un diseño de integración múltiple que se compone de una primera etapa cualitativa (análisis documental), una segunda etapa cuantitativa (cuestionarios) y una tercera etapa cualitativa (entrevistas), que posibilita la presentación de una triangulación rigurosa entre todas las partes. Asimismo, este capítulo aporta una justificación clara tanto de la población como de las muestras que forman parte de cada etapa, permitiendo ver con transparencia los métodos elegidos y los distintos aspectos relacionados.

También se aporta una exhaustiva descripción del diseño de las herramientas de recogida de la información, su validación y aplicación, exponiendo también las consideraciones éticas que se han tenido en cuenta en esta investigación. Finalmente, en el capítulo 7 se detalla en profundidad los procesos que dirigen el análisis de los datos en cada una de las etapas del estudio, permitiendo interpretar de manera rigurosa los resultados que se presentan en el siguiente bloque.

El cuarto bloque se centra en el capítulo 8, dedicado a los resultados de la investigación. Esta aportación fundamental permite visualizar los hallazgos obtenidos en relación con los objetivos planteados, integrando de forma triangulada los datos cuantitativos y cualitativos. La lectura conjunta de estos resultados ofrece una comprensión profunda y actualizada de la realidad de la AED en los centros educativos, aportando una base imprescindible para sustentar las conclusiones de la investigación. Además, este enfoque también permite identificar las áreas prioritarias de mejora, que son presentadas en el siguiente capítulo.

El quinto bloque recoge el capítulo 9 que destaca por aportar la formulación de propuestas de mejora. La incorporación de este bloque responde a la voluntad de no limitarse únicamente a la exposición de resultados, sino de avanzar un paso más intentando contribuir a los procedimientos de identificación de necesidades, asesoramiento, orientación y organización en la implementación de las AED. A partir del análisis teórico, los resultados obtenidos, así como la experiencia de toda la investigación, en este capítulo se ofrece un conjunto de orientaciones prácticas destinadas a facilitar las funciones de los centros educativos y favorecer la inclusión educativa de este alumnado.

Finalmente, el sexto bloque cierra la investigación con el capítulo 10 dedicado a las conclusiones, limitaciones y líneas futuras de investigación. Este capítulo es especialmente valioso, dado que integra y sintetiza los resultados más significativos y ofrece una respuesta a los objetivos planteados. Asimismo, se reconocen las limitaciones que han podido influir en el estudio y se describen las posibles líneas futuras de investigación que son consideradas pertinentes y de interés para continuar avanzando en el conocimiento y mejora del alumnado de AED.

Bloque I. Marco legislativo y contextual

Capítulo 1. Marco legislativo y contextual

Introducción al capítulo

La finalidad de este capítulo es presentar el marco legislativo y contexto de la Atención Educativa Domiciliaria (AED). Este primer acercamiento permite mostrar tanto las normativas que regulan esta medida de respuesta como contextualizar la realidad educativa de donde parte este alumnado.

En el primer apartado se ha introducido brevemente un repaso histórico de la evolución legislativa hasta llegar al concepto de inclusión, siendo una aproximación que ayuda a reflexionar sobre la relación entre la segregación y el alumnado de AED. Partiendo de lo anterior se han explorado las normativas generales establecidas en España que regulan este tipo de apoyo y, posteriormente, en un subapartado independiente, las específicas de la región de Cataluña.

En el último apartado se ha tratado de describir la implicación del contexto regional donde reside el estudiantado de AED, así como, en base a lo anterior, comprender la importancia que recae sobre el personal del centro educativo como responsable final de gestionar, en su ejercicio de autonomía y desde su contexto e identidad propia, todos los elementos necesarios para garantizar la inclusión de todo el alumnado sin excepción.

1.1. Legislación en Atención Educativa Domiciliaria en España

La evolución legislativa en España desde la exclusión hasta la inclusión educativa ha sufrido un largo camino hasta normalizar este último concepto en la normativa actual. Es interesante comprobar que las primeras consideraciones a la diversidad educativa no aparecen hasta Claudio Moyano y la Ley de Instrucción Pública (1857) con unas intenciones de integración sustentadas por sistemas segregadores que, en la misma línea, fueron aumentando a lo largo de los siguientes años (del Cura González, 2012).

No será hasta muchos años después con la Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa donde se apreciará un primer atisbo de intento de integración dentro del centro educativo que fue creciendo en las siguientes normativas hasta finalmente consolidarse con la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. Este enfoque permaneció hasta que la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña (LOE; 2006) incorporó y defendió por primera vez el concepto de inclusión educativa, siendo una postura que se mantiene actualmente (Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación [LOMLOE]; Lorenzo Vicente, 2009).

Desde este breve repaso histórico se hace interesante reflexionar sobre la situación del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria (AED), dado que hoy en día las leyes educativas disponen de una postura firme en cuanto a la defensa de la inclusión educativa. Sin embargo, la situación de permanencia obligada en el domicilio de este estudiantado, en especial la de larga duración, lo mantiene en un estado de separación que sin la debida atención podría continuar asemejándose a los sistemas educativos segregadores del pasado.

Para dar respuesta a la anterior reflexión es preciso comenzar por conocer la normativa que regula este alumnado. Partiendo desde la legislación educativa general de

España, de igual modo que sucedió con la inclusión, han sido diferentes las normativas que han ido introduciendo y describiendo esta atención hasta llegar a la actualidad.

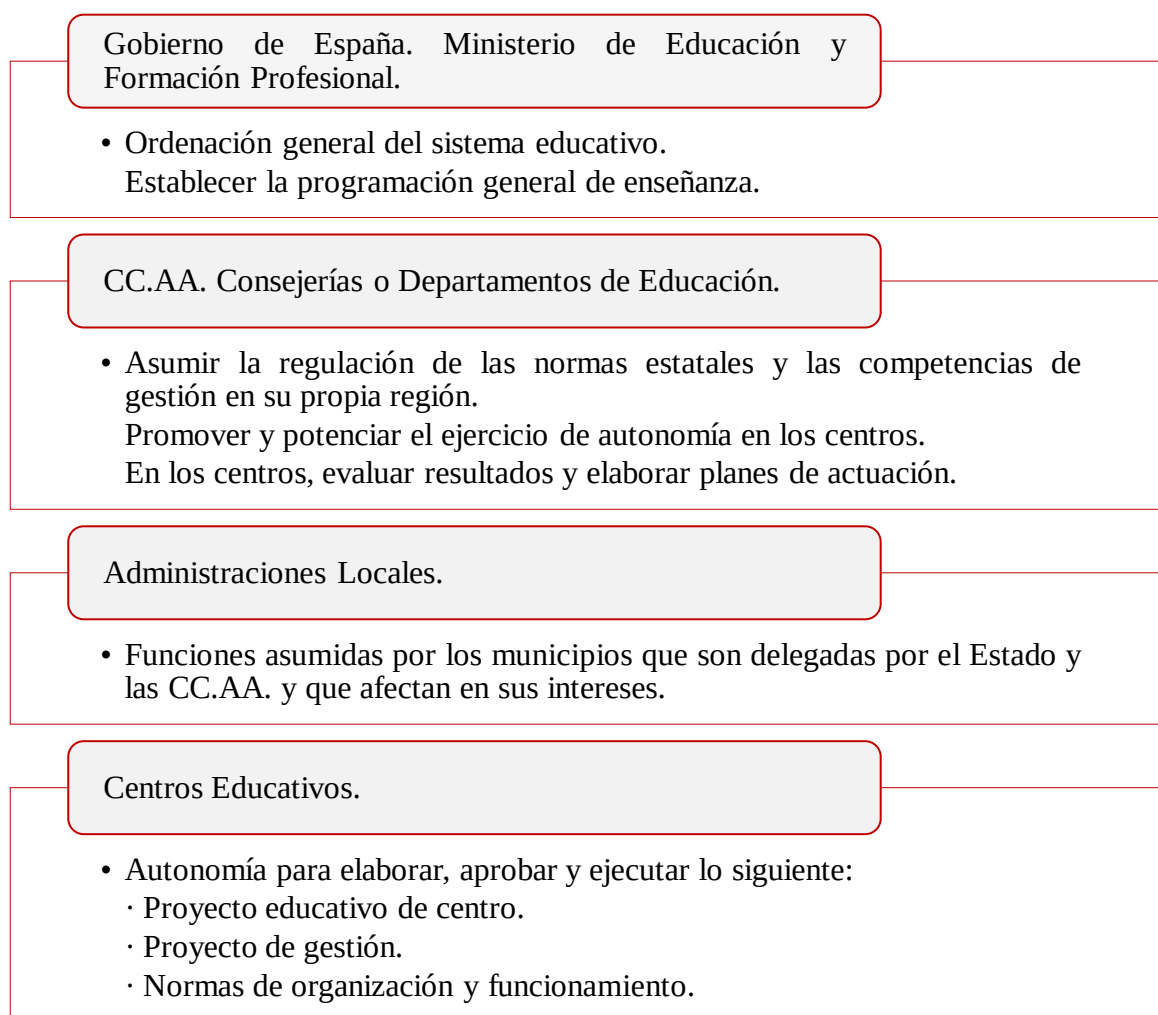
Las últimas disposiciones legales en vigor que reglamentan este tipo de respuesta son el Real Decreto 1635/2009, de 30 de octubre, por el que se regula, entre otros, la atención al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, y el Real Decreto 217/2022, de 29 de marzo, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Secundaria Obligatoria.

Es interesante destacar que hasta estas normativas, la AED se consideraba una compensación educativa desde sus orígenes (Real Decreto 299/1996, de 28 de febrero, de ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación), sin embargo, a partir de las últimas modificaciones, las compensaciones han sido descritas como desigualdades más propias de los factores sociales y económicos, siendo ampliada la clasificación que había hasta el momento de alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y donde actualmente queda mejor encuadrado el alumnado de AED por su condición de enfermedad o convalecencia y riesgo de vulnerabilidad socioeducativa.

Asimismo, es importante señalar que todas las normativas en vigor responsabilizan a las administraciones y centros educativos en garantizar la inclusión de todo el alumnado, partiendo de una jerarquía que basa su estructura en las directrices educativas emitidas por el Ministerio de Educación de España y las Consejerías o Departamentos de Educación de las CC.AA. El gobierno del estado será el responsable de diseñar e implantar la ordenación general del sistema educativo. Sin embargo, cada comunidad autónoma en afán de sus atribuciones se encargará de regular otro tipo de aspectos como, por ejemplo, las gestiones burocráticas o las medidas y recursos previstos para el alumnado con necesidades específicas de AED (Figura 1).

Figura 1

Reparto de las principales competencias educativas en España.



Nota. Adaptación del Ministerio de Educación y Formación Profesional (2023).

1.1.1.1. Normativa en Cataluña

A nivel legislativo en Cataluña aparecen las primeras intenciones normativas en Atención Educativa Domiciliaria (AED) con el Decreto 299/1997, de 25 de noviembre, sobre la atención educativa al alumnado con necesidades educativas especiales.

Esta normativa todavía vigente desprende que “el Departamento de Educación podrá colaborar en la atención educativa domiciliaria en aquel alumnado, en edad de escolaridad obligatoria, que la necesite por padecer enfermedades graves que no le permitan asistir al centro docente” (Art. 10.2).

Desde este decreto no se volverá a apreciar ningún cambio importante en este ámbito hasta la entrada de la LOE (2006) a nivel estatal, escenario que promoverá en Cataluña la necesidad de actualizar sus anteriores normativas con la aprobación del Decreto 279/2006, de 4 de julio, sobre derechos y deberes del alumnado y regulación de la convivencia en los centros educativos no universitarios de Cataluña. Todavía permanece vigente en los siguientes derechos de protección social:

El alumnado tiene derecho a la protección social en supuestos de infortunio familiar, enfermedad o accidente. En los casos de accidente o enfermedad prolongada, el alumnado tiene derecho a recibir la ayuda que necesite mediante la orientación, material didáctico y las ayudas imprescindibles para que el accidente o enfermedad no supongan un detrimento de su rendimiento escolar. (Art. 18.1)

La Administración Educativa debe establecer las condiciones oportunas para el alumnado que sufra una adversidad familiar, un accidente o una enfermedad prolongada no se vea en la imposibilidad de continuar y finalizar los estudios que esté cursando. El alumnado que curse niveles obligatorios tiene derecho a recibir en estos supuestos la ayuda necesaria para asegurar su rendimiento escolar. (Art. 18.2)

A partir de esta normativa queda señalada de forma explícita una responsabilidad que recae sobre las propias administraciones educativas de Cataluña por proporcionar cualquier tipo de ayuda necesaria, debiéndose considerar como imprescindible la planificación, los recursos materiales y los recursos personales con especial atención en los principales agentes educativos implicados.

Cabe destacar poco después la publicación todavía vigente de la Resolución EDU/3699/2007, de 5 de diciembre, por la que se aprueban las instrucciones para establecer el procedimiento para que el alumnado que sufra enfermedades prolongadas pueda recibir atención educativa domiciliaria por parte de profesorado del Departamento de Educación.

Esta resolución desprende una serie de instrucciones donde se describen las diferentes directrices que deben tenerse en cuenta a la hora de solicitar el servicio de AED (Tabla 1).

Tabla 1

Información e instrucciones para establecer el procedimiento de AED.

Aspectos	Descripción
1. Destinatarios.	- Alumnado que cursa la educación obligatoria y que, por padecer una enfermedad prolongada, no puede asistir a su centro educativo por un periodo superior a 30 días.
2. Solicitud.	- Las madres, padres o tutores legales deben presentar una solicitud en el centro donde está matriculado el alumnado. - Las solicitudes se pueden presentar en cualquier momento del curso y se formularán según el modelo presentado en el enlace: https://educacio.gencat.cat/ca/tramits/tramits-temes/6124-atencio-malaltia-prolongada?moda=1. - <u>La solicitud debe ir acompañada de un informe médico que conste de:</u> · Nombre, apellidos y número de colegiación del personal facultativo que realiza el seguimiento de la enfermedad. · La previsión aproximada del tiempo en que el alumnado se ausentará al centro educativo.
3. Solicitud de recursos.	- A partir de la solicitud general, las familias disponen de la opción de disponer de un ordenador portátil mientras se mantenga la AED.

4. Centros privados concertados.	- La dirección del centro educativo será el responsable de enviar la solicitud y el informe médico a los servicios territoriales correspondientes. - <u>Se deberá añadir lo siguiente:</u> · Certificación del curso escolarizado. · Nombre de quien tutelaré el proceso de aprendizaje durante todo el periodo.
5. Propuesta curricular.	- El equipo docente con, el asesoramiento, en caso de ser necesario, del equipo psicopedagógico (EAP), elaborarán la propuesta curricular que deberá desarrollar el alumnado durante su ausencia al centro, así como la persona tutora asignada hará un seguimiento de la evolución junto al personal docente que acudirá al domicilio.
6. Coordinación.	- Deberá existir una coordinación entre el personal docente domiciliario y la persona tutora asignada.
7. Finalización o continuación del servicio.	- La AED finalizará cuando el alumnado se incorpore presencialmente a su centro educativo. - En caso de no poder incorporarse según la fecha inicial indicada, se deberá enviar un nuevo informe médico en donde el personal facultativo que hace el seguimiento indicará el siguiente periodo previsto en que el alumnado continuará sin poder asistir al centro.
8. Tramitación de la solicitud en alumnado residente y escolarizado fuera de Cataluña.	- De forma excepcional, cuando el alumnado resida y esté escolarizado fuera de Cataluña, las funciones referentes a la tramitación de la solicitud en el centro educativo serán realizadas por el personal docente del Aula Hospitalaria del hospital de Cataluña donde el alumnado dispone del tratamiento médico.

9. Administración educativa.

- Las personas beneficiarias de este servicio facilitarán toda la información requerida por la Administración Educativa.

Nota. Adaptación de la información indicada por la Resolución EDU/3699/2007, de 5 de diciembre, por la que se aprueban las instrucciones para establecer el procedimiento para que el alumnado que sufra enfermedades prolongadas pueda recibir atención educativa domiciliaria por parte de profesorado del Departamento de Educación (2007).

Es importante subrayar una actualización en la presentación del documento de solicitud de AED promovida por la COVID-19. A partir de la pandemia, se incorporó la posibilidad médica opcional de indicar si la situación del alumnado afectado permite recibir AED de manera presencial o si, por lo contrario, requiere exclusivamente educación a distancia como única alternativa viable (Anexo 1).

La siguiente normativa relevante en Cataluña será la promulgación de la Ley 12/2009, de 10 de julio, de educación (LEC; 2009). Esta disposición, todavía en vigor, se presentó como una reformulación de la LOE (2006) con la finalidad de reglamentar sus propias atribuciones en esta materia.

En cuanto a la AED, cabe destacar que no queda directamente nombrada en esta normativa, no obstante, esta disposición refiere que los criterios de las necesidades educativas para su organización pedagógica en los centros deben estar regidos por el principio de escuela inclusiva y, asimismo, responsabiliza al Departamento de Educación de Cataluña de garantizar el derecho a la educación de todas las personas.

La siguiente disposición a destacar es la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia, que nace con la finalidad de determinar el marco de los derechos, bienestar y, en general, la atención y protección del alumnado en situación de riesgo.

En relación con la AED, esta disposición destaca por ser la primera normativa en calidad de ley que dedica la atención domiciliaria en uno de sus artículos y reitera algunos

aspectos importantes como que las administraciones públicas garantizarán las necesidades escolares en situaciones de más de 30 días, así como que el alumnado “tiene derecho a recibir la educación correspondiente a su nivel escolar sin perjuicio de que también se le facilite apoyo educativo por medios telemáticos” (Art. 49.2).

Pocos meses después, se promulga el Decreto 102/2010, de 3 de agosto, de autonomía de los centros educativos que viene con una influencia directa de la LEC (2009) y refiere que “la autonomía de cada centro es uno de los principios organizativos que rigen el sistema educativo” (Art. 2.3.c).

Esta normativa se vuelve especialmente interesante en sus concreciones organizativas y amplía las directrices generales de la LEC (2009) relativas al contenido mínimo del Proyecto Educativo de Centro (PEC) del siguiente modo:

1. Descripción del carácter propio del centro definido por la titularidad, en su caso.
2. Aplicaciones de criterios de organización pedagógica, las prioridades y los planteamientos educativos, los procedimientos de inclusión educativa, los valores y objetivos que rigen el aprendizaje de la convivencia y otras actuaciones.
3. Indicadores de progreso pertinentes referidos a elementos del contexto, recursos, procesos y resultados, revisables periódicamente en función de los resultados de la evaluación del centro. En cualquier caso, deberán existir relativos a los resultados o rendimientos académicos de acuerdo con lo determinado por la Agencia de Evaluación y Prospectiva de la Educación.
4. Concreción y desarrollo de currículums, los criterios que orienten la atención a la diversidad y los que deben orientar las medidas organizativas, siempre de acuerdo con los principios de la educación inclusiva y de la coeducación.
5. Los criterios que definen la estructura organizativa propia.
6. El proyecto lingüístico.

7. El conjunto de normas de organización y funcionamiento del centro.

8. Asimismo, el centro educativo puede introducir todos los aspectos que considere pertinentes para:

- Dar respuesta a la definición o actualización del proyecto en función de sus características sociales y culturales.
- Dar respuesta a su identidad, objetivos y orientación a la actividad con la finalidad de conseguir que el alumnado consiga el máximo aprovechamiento educativo.
- Contribuir a impulsar la colaboración entre todos los sectores de la comunidad educativa y la relación entre el centro y el entorno social.

Del análisis de los anteriores aspectos se observa cómo la LEC (2009) junto Decreto 102/2010, de 3 de agosto, de autonomía de los centros educativos convierten al PEC en un documento clave no solo para el correcto funcionamiento del centro, sino también para garantizar la inclusión y calidad educativa de todo su alumnado.

Desde la perspectiva de la AED, cabe destacar el requerimiento de, como mínimo, la necesaria planificación con, entre otros, los procedimientos de inclusión educativa donde se deben incluir los criterios que orienten a la atención a la diversidad y a las medidas organizativas que den respuesta al desarrollo de los currículums educativos sin perder de vista otros factores como el resto de la comunidad educativa y el entorno social en general.

En este sentido, es interesante destacar la ampliación de la siguiente disposición en aparecer con la promulgación del Decreto 150/2017, de 17 de octubre, de la atención educativa al alumnado en el marco de un sistema educativo inclusivo. Esta normativa pretende garantizar la inclusión en todos los centros educativos mediante la implantación “de criterios que orienten la organización y la gestión de los centros; la ordenación de medidas y soportes para la atención educativa” (Art. 2).

Con la aprobación de este Decreto se deroga gran parte del Decreto 299/1997, de 25 de noviembre, sobre la atención educativa al alumnado con necesidades educativas especiales y se dará bastante relevancia a la descripción de las medidas y soportes con una diferenciación entre los que considera como universales o adicionales.

En referencia a los primeros, esta normativa los define como aquellos que constituyen “cualquiera de las actuaciones que permiten al centro crear contextos educativos inclusivos...” (Art. 8.4) y que “se establecen en el proyecto educativo de centro y en las normas de organización y funcionamiento de centro, y deben quedar concretadas en las programaciones del aula” (Art. 8.5).

En cuanto a las medidas y soportes adicionales, estas “son actuaciones educativas que permiten ajustar la respuesta pedagógica de forma flexible y temporal, focalizando la intervención educativa en aquellos aspectos del proceso de aprendizaje y desarrollo personal que pueden comprometer el avance personal y escolar” (Art. 9.1).

Asimismo, se especifica que este tipo de medidas y soportes adicionales se deben planificar, entre otras situaciones descritas, para los “alumnos que temporalmente necesiten un recurso que dé respuesta a determinadas condiciones de salud...” (Art. 9.2.d), siendo concretado que constituirán este tipo de ayuda “las aulas hospitalarias y la atención domiciliaria y en hospitales de día para adolescentes” (Art. 9.5), así como que “se establecen en el proyecto educativo de centro y se concretan en las programaciones del aula, constan en el expediente y en el historial académico del alumno y en el plan de soporte individualizado de los alumnos que lo tengan” (Art. 9.6).

Del análisis de este decreto aparecen importantes cuestiones relativas al contenido esperado en el Plan de Atención a la Diversidad (PAD) del PEC, dado que esta normativa complementa las anteriores y adicionalmente desprende la obligada planificación en el PEC

y otros documentos de centro de las medidas y soportes adicionales para, entre otros, el alumnado de AED.

Por lo tanto, del conjunto de las normativas educativas de Cataluña (Tabla 2), se comprueba una AED bastante definida dentro del marco legal de esta región. Por una parte, es importante subrayar la Resolución EDU/3699/2007, por la que se aprueban las instrucciones para establecer el procedimiento específico de la AED. Así como, por otro lado, cabe remarcar la presencia de varias leyes y decretos que describen tanto el derecho a la educación de este alumnado como la responsabilidad del centro educativo en una planificación del PEC con un PAD donde su contenido mínimo esperado y posterior implementación le garantice la inclusión y máximo aprovechamiento educativo.

Tabla 2

Disposiciones legales en Cataluña en materia de AED.

1997	Decreto 299/1997, de 25 de noviembre, sobre la atención educativa al alumnado con necesidades educativas especiales.
2006	Decreto 279/2006, de 4 de julio, sobre derechos y deberes del alumnado y regulación de la convivencia en los centros educativos no universitarios de Cataluña.
2007	Resolución EDU/3699/2007, de 5 de diciembre, por la que se aprueban las instrucciones para establecer el procedimiento para que el alumnado que sufra enfermedades prolongadas pueda recibir atención educativa domiciliaria por parte de profesorado del Departamento de Educación.
2009	Ley 12/2009, de 10 de julio, de Educación.
2010	Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia.
2010	Decreto 102/2010, de 3 de agosto, de autonomía de los centros educativos.
2017	Decreto 150/2017, de 17 de octubre, de la atención educativa al alumnado en el marco de un sistema educativo inclusivo.

Nota. Elaboración propia (2023).

1.2. Contexto de la Atención Educativa Domiciliaria

La Atención Educativa Domiciliaria (AED) es una medida de respuesta compleja por la gran diversidad de factores contextuales ambientales y personales que giran en torno a este tipo de alumnado en situación de enfermedad o convalecencia.

Todos estos aspectos, fundamentados en el marco teórico, definen una serie de características que, de diferente modo según cada caso, habitualmente son presentes e interactúan promoviendo la necesidad de atención tanto en una serie de aspectos comunes como de otros más específicos resultado del contexto único del alumnado y del centro educativo implicado. Consideraciones que deben tenerse en cuenta con la finalidad de dar respuesta a las posibles barreras y vulnerabilidades socioeducativas para garantizar la inclusión educativa de este alumnado.

Sin embargo, al margen de estas similitudes y diferencias inherentes a las características propias de la AED, también caben destacar tanto las normativas regionales reguladoras de esta medida como la autonomía de los centros educativos por tratarse de elementos contextuales determinantes sobre su implementación según las particularidades presentes en cada región e institución educativa.

En cuanto a la influencia del contexto regional, se puede comprobar que es un escenario que nace desde el mismo origen de la AED, dado que sus primeras implementaciones fueron apareciendo progresivamente en distintas épocas y con atenciones dispares según los criterios de cada comunidad autónoma (Rodríguez Morales, 2009). Posteriormente, la literatura muestra una evolución en línea con sus orígenes, siendo apuntadas la transferencia de competencias en educación y el diferente contexto ideológico y político como los principales promotores de los distintos modelos educativos tanto en materia de AED como de Aula Hospitalaria (Asensio Ramón, 2017).

Consecuencia de lo apuntado, las normativas autonómicas desprendidas por cada región tienen la facultad de poder regular, entre otros, el modo de solicitar la AED, la procedencia del posible profesorado encargado de la docencia o los recursos facilitados al domicilio para tal finalidad, ejemplos que son cambiantes por dichas competencias comunitarias y que invitan a pensar en una presumible desigualdad educativa dependiendo de la región de residencia del alumnado.

Es importante puntualizar que entre los objetivos del presente trabajo no se encuentra la comparación normativa de las diferentes regiones en AED y menos aún sobre las posibles desigualdades de actuación de los centros educativos en base a estas, dado que, aunque su estudio podría resultar interesante para futuras investigaciones, no tendría cabida en este estudio por alejarse demasiado del objetivo general, su complejidad y el hecho de que tan solo su formulación representaría una nueva tesis doctoral.

Por otro lado, también influido por la normativa regional, se considera necesario contextualizar el importante papel de los centros educativos en su responsabilidad por planificar e implementar la AED, ya que ambos son procesos que serán desarrollados por estas instituciones en función a su propio contexto, identidad y en virtud de su ejercicio de autonomía (Decreto 102/2010, de 3 de agosto, de autonomía de los centros educativos).

De la anterior afirmación, es relevante matizar que el citado decreto y la LEC (2009) establecen diferencias en la extensión del ejercicio de la autonomía, nivel de supervisión y control de la administración en función de la titularidad de los centros. En términos generales se pueden observar las siguientes diferencias:

- **Titularidad pública:** Autonomía pedagógica y organizativa. Recursos humanos y materiales de fondos públicos. Normativa estricta. La administración educativa tiene un papel activo en la supervisión. Los centros deben rendir cuentas a la comunidad y administración educativa.

- **Titularidad privada sostenida con fondos públicos:** Autonomía pedagógica y organizativa. Mayor autonomía que los centros públicos sobre todo en recursos humanos y materiales. La administración educativa hace un seguimiento del cumplimiento de la normativa. Los centros deben rendir cuentas a la comunidad y administración educativa.

- **Titularidad privada:** Deben respetar la normativa estatal y autonómica, pero disponen de una total autonomía. Pueden diseñar su propio proyecto educativo sin necesidad de aprobación previa de la administración, aunque esta puede revisarlo.

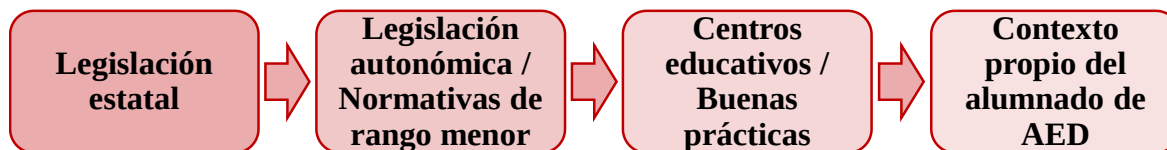
En cuanto a la autonomía pedagógica y organizativa que disponen todos los anteriores, debe subrayarse que la libertad de los centros educativos por elaborar, aprobar y ejecutar las medidas que consideren oportunas en base a su propio entorno y enfoque, es tomado por las autoridades como un aspecto positivo desde el punto de vista de la inclusión educativa, ya que la exclusión no siempre se presenta del mismo modo incluso dentro de una misma región, siendo altamente conveniente considerar las particularidades locales y sus inevitables diferencias (Ainscow, 2020; Ainscow et al., 2006).

Lo anterior ayuda a entender un contexto complejo que parte de una legislación y normativa donde se delega la responsabilidad a unos centros educativos y, por lo tanto, las buenas prácticas de estos serán imprescindibles para llevar a cabo una planificación e implementación efectiva que garantice la inclusión educativa del alumnado de AED.

De acuerdo con la contextualización descrita hasta este punto, en la Figura 2 se representan los factores de base que van interaccionando desde un punto de vista más externo hasta llegar al propio alumnado.

Figura 2

Influencia del marco legislativo y contextual en AED.



Nota. Elaboración propia (2023).

En primer lugar, la normativa estatal establece unas bases que deben ser respetadas por todas las regulaciones autonómicas. A partir de estas disposiciones, las diferentes regiones dentro de su ámbito de competencia pueden elaborar reformulaciones y normativas de rango menor acordes con su contexto y necesidades.

En segundo lugar, las administraciones educativas, en cumplimiento de la legislación estatal y autonómica, asumen diferentes responsabilidades que culminan sobre unos centros educativos que, conforme a su contexto e identidad, con su ejercicio de autonomía deben garantizar la inclusión educativa de todo el alumnado sin excepción teniendo en cuenta sus necesidades socioeducativas.

Desde todo lo analizado, en esta investigación se estima subrayar la importancia sobre todo del concepto de buenas prácticas en el centro educativo. Si bien es cierto que la normativa estatal y autonómica juega un importante papel en la regulación general y local de cada región con posibles desigualdades derivadas de barreras o elementos facilitadores que pueden ser distintos según el territorio. Es fundamental prestar una especial atención en el buen hacer del personal profesional del centro educativo, dado que, conforme a las normativas debe asumir la responsabilidad final de todas las gestiones necesarias para garantizar no solo la inclusión del alumnado de AED, sino de todo su estudiantado.

1.3. Síntesis del capítulo

En el primer apartado del capítulo se ha introducido brevemente un repaso histórico de la evolución legislativa en España desde la exclusión hasta la inclusión educativa, permitiendo reflexionar sobre la situación del alumnado de AED. Partiendo de lo anterior se ha dado paso a la descripción de la normativa general por la que se regula esta medida de respuesta en todo el territorio. Como aspectos clave de este análisis se destacan los siguientes:

- El concepto de inclusión educativa se incorpora por primera vez en la legislación española con la LOE (2006) y se defiende a partir de entonces en todas las normativas siguientes hasta la actualidad.
- El alumnado de AED, por su condición domiciliaria, sin la debida atención corre el riesgo de continuar asemejándose a los sistemas educativos segregadores del pasado.
- En las actuales normativas estatales de España la AED queda mejor enmarcada dentro del denominado alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo por su condición de enfermedad o convalecencia y riesgo de vulnerabilidad socioeducativa.
- Todas las normativas en vigor responsabilizan a las administraciones y centros educativos para garantizar la inclusión de todo el alumnado y, por ende, al de AED.
- Las competencias educativas se estructuran desde una jerarquía que va desde el Ministerio de Educación de España y las Consejerías o Departamentos de las CC.AA. hasta las administraciones locales y finalmente los centros educativos.

En un subapartado independiente del marco legislativo se ha presentado la normativa de AED en Cataluña. Como aspectos clave:

- La primera normativa todavía en vigor que describe la posibilidad de AED en esta región, aunque sin detallar su implementación, es el Decreto 299/1997 sobre la atención de las NEE.
- El Decreto 279/2006 sobre deberes y derechos del alumnado, todavía vigente en el ámbito de protección social, desprende el derecho a esta protección en los casos del estudiantado con enfermedad prologada con las ayudas que sean necesarias para que su situación no le afecte en el rendimiento académico.
- A partir de la Resolución EDU/3699/2007, se aprueban las instrucciones para establecer el procedimiento de AED. En las últimas actualizaciones por la COVID-19, se incorpora la posibilidad de solo educación a distancia si el personal médico así lo considera.
- La LEC (2009) aparece como una reformulación de la ley educativa estatal con la finalidad de reglamentar sus propias atribuciones en esta materia. La AED no es directamente nombrada, pero queda enmarcada dentro de sus principios de inclusión educativa y responsabiliza al Departamento de garantizar este derecho.
- La Ley 14/2010, de los derechos y oportunidades a la infancia y la adolescencia representa la primera normativa en calidad de ley que dedica la AED en uno de sus artículos y reitera la responsabilidad de las administraciones educativas.
- El Decreto 102/2010, de autonomía de los centros educativos, desprende las concreciones organizativas y describe de forma detallada el contenido mínimo esperado por el PEC que aparece de forma general en la LEC (2009). Este debe contener, entre muchos otros, la descripción de los procedimientos, criterios de atención a la diversidad y medidas organizativas para la inclusión educativa.

- El Decreto 150/2017, de atención educativa al alumnado en el marco de un sistema educativo inclusivo, detalla los criterios para orientar la organización y gestión de centros y establece la ordenación de medidas y soportes para la AED. Se desprende la obligatoriedad de su planificación en el PEC y otros documentos de centro.
- De las normativas educativas de Cataluña, la AED queda regulada tanto desde un punto de vista burocrático con las instrucciones para establecer su procedimiento como desde una base legal. Esta región remarca el derecho a la educación de este alumnado y responsabiliza al centro educativo en la planificación de un PEC con un PAD donde su contenido mínimo y su posterior implementación le garantice la inclusión y máximo aprovechamiento educativo.

El último apartado del capítulo se ha centrado en tratar de hacer una aproximación contextual sobre la implicación que representan las normativas y el centro educativo como responsable final de la implementación de la AED. Como aspectos clave:

- La AED es una medida de respuesta compleja que presenta numerosos factores contextuales ambientales y personales propios de este tipo de atención que precisan la consideración tanto de aspectos comunes como de otros personalizados.
- Al margen de las características asociadas a la AED, en base a una legislación estatal esta medida se rige por las particularidades de una normativa regional resultado de sus competencias, contexto y necesidades propias.
- Las reformulaciones y normativas de grado menor que son propuestas por cada región resultado de sus competencias, contexto y necesidades, pueden comportar diferentes modelos educativos, medidas y recursos en materia de AED.
- Los centros educativos, en función de su propio contexto, identidad y en virtud de su ejercicio de autonomía, son los responsables finales de garantizar la inclusión educativa de este estudiantado con la planificación e implementación de la AED.

- En función de la titularidad de los centros educativos, la normativa describe diferencias en la extensión de su ejercicio de la autonomía, nivel de supervisión y control de la administración.
- Todas las titularidades disponen de autonomía pedagógica y organizativa, sin embargo, aunque no tienen tanta autonomía en cuanto a recursos humanos y materiales, los centros públicos tienen una mayor supervisión y control por parte de la administración.
- La autonomía pedagógica y organizativa de los centros educativos basada en su propio entorno y enfoque es considerado como un aspecto positivo, dado que la exclusión no siempre se presenta del mismo modo según el contexto.
- Sin perjuicio del importante papel que tiene la normativa y las posibles diferencias territoriales, en esta investigación se destaca la importancia del concepto de buenas prácticas en el centro educativo como responsable final de la elaboración, aprobación y ejecución de las medidas que sean oportunas para garantizar la inclusión educativa del alumnado de AED.

Bloque II. Marco teórico

Capítulo 2. Educación inclusiva en Atención Educativa Domiciliaria

Introducción al capítulo

En este primer capítulo del marco teórico se aborda como eje transversal el concepto de la educación inclusiva desde la perspectiva de la Atención Educativa Domiciliaria (AED).

La inclusión educativa se vincula estrechamente con la respuesta esperada para este tipo de alumnado, sin embargo, la particular idiosincrasia de este colectivo mantiene una inevitable conexión con otros conceptos como la segregación y exclusión.

El objetivo de los dos primeros apartados de este capítulo es conocer y comprender la relación de la AED con los anteriores términos, así como los diferentes modos de entender la inclusión educativa en la actualidad y bajo cuál de estos enfoques encaja mejor el alumnado objeto de estudio.

Asimismo, la inclusión educativa solo es posible con la participación activa de todos los agentes implicados. Por este motivo, el tercer y último apartado se centra en argumentar la importancia de la cooperación y buenas prácticas como elementos clave para garantizar una educación inclusiva en la AED.

2.1. Evolución conceptual desde la exclusión hasta la inclusión

Si retrocedemos a los orígenes de la educación inclusiva desde un punto de vista internacional, Aguilera et al. (2023), Muntaner-Guasp et al. (2022) y Plancarte Cansino (2017) describen su acuñamiento en 1990 a manos de la UNESCO.

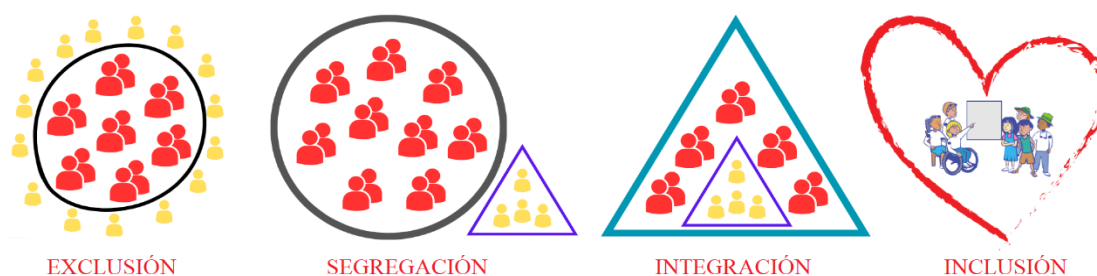
Este concepto se puso por escrito en España en el año 2006 y actualmente ya ronda las dos décadas desde su implantación en el país (García Rubio, 2017). Sin embargo, las particularidades de la Atención Educativa Domiciliaria (AED) promueven una desigualdad educativa por su implícita relación con la segregación y, por lo tanto, el alumnado queda expuesto a un peligro de marginación, fracaso escolar y exclusión como escenarios que la inclusión pretende abolir, pero que todavía son presentes y hace conveniente su análisis evolutivo y entendimiento conceptual (Bonal Sarró & González, 2021; Cabrera, 2020; Fernández Pascual, 2023).

Para comprender lo anterior, según se muestra en la Figura 3, de los principales términos utilizados a lo largo de los años cabe destacar una evolución conceptual e ideológica que pasó de la exclusión y la segregación hasta la integración y finalmente la inclusión (Castaño Gómez, 2009; García Rubio, 2017), siendo las tres primeras terminologías eliminadas de la normativa actual, pero con una realidad que todavía persiste en la actualidad (Andrés Rubia, 2013; Cobeñas, 2020; Fernández Pascual, 2023; Murillo et al., 2017, 2023; Ramírez Gámez, 2022; Rogero-García et al., 2022; Ruiz Andrés, 2020; Vazquez, 2016).

En relación con el primer término poco novedoso que existe desde los orígenes de las escuelas, la forma más habitual de definir la exclusión educativa es haciendo referencia al alumnado que por una serie de contextos sociales o escolares no es matriculado en el sistema educativo o bien lo abandona sin la titulación correspondiente (García Rubio, 2017; M. Jiménez et al., 2009; UNESCO, 2007).

Figura 3

Evolución de la exclusión hasta la inclusión.



Nota. Elaboración propia (2023).

Por su clara definición, según la UNESCO (2007):

La exclusión es el resultado de una serie de factores relacionados entre sí, por ejemplo, la pobreza, las privaciones económicas, las desigualdades entre los sexos, el lugar geográfico y físico del domicilio, el entorno político y jurídico, los factores culturales, las enfermedades y las limitaciones relacionadas con la salud. Algunos factores guardan relación con la oferta de una escolarización de calidad, el coste de ésta y el suministro de recursos educativos. Otros tienen que ver con las características de las familias, por ejemplo, los ingresos familiares y la motivación de los padres. (p. 77)

Sin embargo, aunque el anterior enfoque es el más directo, esta descripción presenta limitaciones, dado que es importante tener en cuenta que la exclusión educativa va más allá del estudiantado que no está escolarizado y comprende muchas otras manifestaciones que también conviene ser puntualizadas.

En este sentido, la UNESCO (2012) relaciona la exclusión educativa de una persona con los siguientes seis puntos:

- Estar privada de las perspectivas vitales necesarias para aprender;
- Estar excluida del ingreso en una escuela o un programa educativo;

- Estar excluida de la participación regular y continua en la escuela o un programa educativo;
- Estar excluida de experiencias interesantes de aprendizaje;
- Estar privada del reconocimiento del aprendizaje realizado;
- Estar imposibilitada para contribuir con el aprendizaje realizado al desarrollo de la comunidad y la sociedad. (pp. 3-4)

Por tanto, desde la perspectiva del alumnado de AED se pueden destacar dos aspectos importantes. Por una parte, tomando de partida la descripción general de exclusión educativa, el estudiantado con enfermedad o convalecencia y permanencia domiciliaria serán solo barreras que por sí solas no son motivos de exclusión, sin embargo, la suma y relación compleja de estos factores junto a otras situaciones de riesgo sin prevenir y atender podrán desencadenar este escenario. Por otro lado, cabe prestar una especial atención a las características relacionadas con la exclusión educativa como, por ejemplo, la exclusión de la participación o del aprendizaje, dado que la limitación de estas situaciones son barreras habituales en este tipo de alumnado y podrán ser fácilmente vulneradas sin su debida consideración.

Con la finalidad de paliar la exclusión educativa hoy en día, tanto en España como en la mayoría de los países desarrollados se garantiza legislativamente el derecho a la educación (UNESCO, 2020), así como se diseñan programas que pretenden evitar un fracaso escolar que desenlace en una posible exclusión educativa y social (Osses Bustingorry et al., 2021). No obstante, todavía se mantiene latente como una realidad en el alumnado más vulnerable (M. Jiménez et al., 2009; Ruiz Andrés, 2016, 2020) y, por tanto, representa una situación de riesgo preocupante para el alumnado objeto de estudio por todo lo apuntado en el párrafo anterior.

En relación con el segundo término, la segregación es un concepto que se define habitualmente como la separación y concentración del alumnado influido por diferentes factores que de manera general se puede clasificar en cuatro dimensiones, la segregación por sexos, la étnica, la académica y la social (Andrés Rubia, 2013; Cobeñas, 2020; Murillo et al., 2017, 2023; Ramírez Gámez, 2022; Vazquez, 2016).

La condición de segregación tampoco se describe como un escenario nuevo, pero en esta ocasión representa una situación que no solo sigue presente en la sociedad actual de los países desarrollados, sino también con una mayor frecuencia por la magnitud y fácil relación entre las anteriores dimensiones señaladas (Andrés Rubia, 2013). En esta línea, las investigaciones refieren resultados de segregación por motivos étnicos (Murillo et al., 2017), socioeconómicos (Murillo et al., 2023; Vazquez, 2016), de segregación por sexos (Ramírez Gámez, 2022) o promovido de los grupos vulnerables por problemas de salud y/o discapacidad (Cobeñas, 2020).

Este análisis es inquietante desde el objeto de esta investigación, dado que las anteriores autorías presentan una problemática todavía por solucionar dentro del propio centro educativo y, por lo tanto, deja especialmente en riesgo al alumnado de AED por su condición fuera del recinto y dependiente de una medida de respuesta que cumpla con los parámetros de la educación inclusiva. Esta argumentación está defendida por diversas investigaciones que son descritas y analizadas en los posteriores capítulos.

En cuanto al tercer término apuntado, la integración es un concepto que las autorías describen comúnmente como la ideología previa que a posterior dio lugar al principio de inclusión, mostrándose en sus inicios como el primer intento real por aceptar en los centros educativos a un alumnado que por sus características era diferente a los demás (Castaño Gómez, 2009; Plancarte Cansino, 2017).

Esta forma educativa es un avance todavía muy presente en los centros educativos de numerosos países, dado que permite integrar y escolarizar a todo el alumnado sin excepción con la finalidad de recibir una educación eficaz (UNESCO, 2020). Sin embargo, la integración desde sus orígenes se apoya en un patrón médico y/o psicológico que da lugar a focalizar sus esfuerzos solo en el alumnado con discapacidad y Necesidades Educativas Especiales (NEE) (García Rubio, 2017; Plancarte Cansino, 2017).

Por tanto, aunque la integración permite un primer acercamiento, este concepto presenta dos grandes inconvenientes, por una parte, no plantea correctamente la inclusión de la diversidad situada al margen de la discapacidad y, por otro lado, la falta de preparación de los centros educativos y docentes genera una necesidad de respaldarse en diferentes profesionales y aulas de apoyo que de manera general acaba promoviendo una segregación y/o exclusión. De la misma manera que, debido a sus características, este modelo hace recaer la responsabilidad sobre la persona afectada, la cual es ella quien debe integrarse al centro y no al revés, según como se defiende en la inclusión educativa.

De la relación entre las tres formas educativas analizadas (exclusión, segregación e integración) y el alumnado con problemas de salud. Por su alcance internacional, cabe señalar el informe de seguimiento de la educación en el mundo de la UNESCO (2020): “En todo el mundo, las leyes hacen hincapié en la segregación en el 25% de los países, la segregación parcial en el 48%, la integración en el 10% y la inclusión en el 17%” (p. 30), así como declara que “la exclusión se manifiesta sobre todo en la segregación de los alumnos con necesidades diferentes en aulas y escuelas aparte (p. 31).

Centrando la atención en España, se observa que se encuentra dentro de los países donde la legislación y las políticas muestran una clara finalidad inclusiva, sin embargo, estas intenciones no la eximen de un alumnado con necesidades considerado como distinto que

todavía sigue siendo segregado con riesgo de exclusión en aulas y centros educativos diferentes a los ordinarios (Roger-García et al., 2022; Ruiz Andrés, 2020).

Como solución a este escenario, Ainscow (2020), Echeita Sarrionandia (2017) y la UNESCO (2020) describen una problemática compleja que parte del funcionamiento de los propios sistemas educativos y refleja la necesidad de transformar, entre otros, las culturas, las prácticas y procesos para permitir la inclusión mediante la atención de las dificultades y barreras que dificulten la presencia, participación, rendimiento y logros de todo el alumnado sin excepción.

Este planteamiento junto a todo lo analizado ayuda a explicar la importancia que radica en la planificación de la AED como medida de respuesta, dado que la enfermedad o convalecencia y la permanencia domiciliaria de este alumnado comportarán dificultades y barreras tanto comunes como particulares de cada caso que sin su debida atención inclusiva podrán poner en riesgo su desarrollo integral e inclusión en la sociedad por las posibles desventajas, desigualdades, fracaso escolar y exclusión.

2.2. Modos de entender la educación inclusiva

Desde hace más de tres décadas se han intentado transmitir con diferentes perspectivas la gran magnitud del concepto de inclusión, el cual en líneas generales pretende defender el derecho de la educación con independencia de las características del alumnado, valorando la diversidad y enfocando la innovación no en el alumnado, sino en toda la comunidad educativa (Aguilera et al., 2023; Andrade Ruiz, 2011; Blanco Guijarro, 2008; Muntaner-Guasp et al., 2022; Plancarte Cansino, 2017; Torres Montalvo et al., 2023).

Asimismo, según la definición general de la UNESCO (2020), la inclusión se describe como un término complicado, dado que parte del necesario entendimiento de

conceptos como la igualdad y la equidad, terminología que se esclarece de la siguiente manera:

La igualdad es un estado de las cosas (el qué): un resultado que puede observarse en los insumos, productos o resultados, por ejemplo, el logro de la igualdad de género.

La equidad es un proceso (el cómo): las medidas encaminadas a garantizar la igualdad. (p. 11)

Desde lo anterior queda definida la inclusión como la suma de ambas situaciones, por una parte, nos encontramos ante un proceso (medidas y prácticas) que pretende abarcar la diversidad creando una educación en materia de pertenencia y convencimiento por el valor, potencial y respeto de todas las personas, así como, por otro lado, también es un “estado de cosas” con un resultado que por su naturaleza polifacética nos da lugar a un concepto difícil de definir.

Este análisis inicial muestra una intención compartida de base para el alcance esperado por esta forma educativa que ayuda a comprender el derecho de la educación para todo el alumnado sin excepción y que, por ende, incluye al alumnado domiciliario por sus características particulares.

Sin embargo, el hecho de referenciar con esta última línea a un tipo de alumnado específico sirve de ejemplo para explicar cómo la inclusión dependiendo del objetivo puede entenderse de un modo u otro y, por lo tanto, destinarse medidas de respuesta solo para determinados grupos.

Este posicionamiento no solo queda respaldado por la UNESCO (2020), sino también por estudios que describen una inclusión polisémica que alberga desde sus inicios confusión a nivel internacional, viéndose reflejada en España con declaraciones y principios inclusivos, pero al mismo tiempo con la aplicación de normas y procesos de escolarización que continúa

segregando al alumnado (Echeita Sarrionandia, 2017; Echeita Sarrionandía & Ainscow, 2011).

Según refieren Ainscow (2020) y Ainscow et al. (2006), el término de inclusión no dispone de una definición única y consensuada por la gran variedad de perspectivas y puntos de vista dependiendo del enfoque tanto del país como del propio centro educativo.

Reforzando este planteamiento (Figura 4), de la revisión efectuada por Valdés et al., (2023) se mostraron los siguientes modos de entender el concepto de inclusión:

- (1) el 40% lo comprende como una escuela para todo el mundo;
- (2) el 20% pone el foco en las personas con discapacidad;
- (3) el 15% lo entiende como un proceso social opuesto a la exclusión, discriminación y segregación;
- (4) el 14% se enfoca en las personas con necesidades educativas especiales;
- (5) y el 11% lo conceptualiza como un cambio cultural. (p. 5).

Respecto a la primera y más defendida de las ideas, la escuela para todos entiende la inclusión desde un enfoque universal, siendo todo el alumnado receptor de las políticas, acciones y prácticas tanto sean especiales como no, es decir, todo el estudiantado sin excepción (Ainscow, 2020; Ainscow et al., 2006; Valdés et al., 2023).

La segunda perspectiva más defendida hace referencia al alumnado propio de la discapacidad y lo categoriza como una Necesidad Educativa Especial (NEE). Esta concepción de la inclusión queda respaldada por muchas normativas políticas que desprenden las bases de unas prácticas que son tomadas como referentes por los centros educativos (Ainscow et al., 2006; Valdés et al., 2023).

El tercer pensamiento, amplía el anterior y observa la inclusión como lo contrario de exclusión, considerando y centrando su atención en todos aquellos grupos que pueden ser considerados desventajosos, vulnerables, discriminados y excluyentes. Del mismo modo que

sucedía con la discapacidad, esta concepción promueve una segregación que suele quedar sustentada por las disposiciones legales y defendida por muchas autoridades que apoyan su marco teórico en la comprensión de estos colectivos y en el abordaje tanto del profesorado como de la escuela (Ainscow et al., 2006; Valdés et al., 2023).

Figura 4

Diferencias de pensamiento sobre el concepto de la inclusión educativa.



Nota. Elaboración propia (2023).

La cuarta ideología hace referencia a la inclusión categorizándola como una NEE. A diferencia del segundo pensamiento descrito, esta idea no parte de la discapacidad, sino de la dificultad por el aprendizaje con independencia de si este ha sido diagnosticado o no (Valdés et al., 2023).

Finalmente, la última perspectiva define la inclusión educativa como un cambio cultural y se justifica con la necesidad del cambio social, sus creencias y actitudes, abordándose en sintonía con las políticas de inclusión social (Valdés et al., 2023).

En resumen, podemos observar que los resultados obtenidos por Valdés et al. (2023) muestran como hoy en día este término continúa manteniendo en la actualidad diferentes significados que varían dependiendo del enfoque de los estudios en distintos contextos y que

perduran respecto a las observaciones que hace muchos años ya referían Ainscow et al. (2006).

Resultado de esta diversidad de pensamiento, surge la necesidad de comprobar en qué lugar queda de forma general el alumnado objeto del presente estudio. En la Tabla 3 se muestran algunos ejemplos de las características que han sido señaladas a lo largo de los años y que todavía son presentes por muchas autorías, siendo importante destacar cómo se mantienen con frecuencia en los textos un nexo explícito entre la inclusión educativa y la presencia en el recinto escolar.

Tabla 3

Características y relación entre la educación inclusiva y las aulas.

Ainscow et al. (2006)	La inclusión se refiere a todos los niños y jóvenes en las escuelas; está enfocado a la presencia, la participación y el logro. (p. 25).
Andrade Ruiz (2011)	Más que dar la oportunidad a estos niños, la inclusión, se logra cuando toda la comunidad educativa percibe las diferencias como la norma y todo(as) se dan la oportunidad de compartir espacios, valorando la diversidad y preparando al centro educativo para atender las particularidades de cada uno. (p. 47).
Sánchez-Teruel & Robles-Bello (2013)	La escuela inclusiva abarca la diversidad cultural que tenemos en las aulas, productos en unos casos de la inmigración, en otros de factores genéticos o metabólicos y en la mayoría de los aspectos socioculturales. (p. 26).
Alcaraz-García & Arnaiz-Sánchez (2020)	La educación inclusiva se relaciona con la consecución de un sistema educativo capaz de procurar un aprendizaje de calidad de todo el alumnado en clases regulares. ... Por consiguiente, el emplazamiento y la modalidad de escolarización del alumnado con NEE se convierten en un aspecto decisivo en esa relación. (p. 301).
Torres Montalvo et al. (2023)	La inclusión de los niños el [sic] aula regular es un reflejo de una orientación distinta que se inicia en la actualidad en los sistemas educativos, bajo los principios de que todos

los estudiantes, independientemente de sus características, tienen derecho a la educación. (p. 73).

Nota. Elaboración propia (2023).

De las definiciones anteriores, cabe señalar dos aspectos, por una parte, la falta de consenso en el modo de entender la inclusión y, por otro lado, la relación que se le atribuye en la mayoría de los casos con el emplazamiento dentro de un recinto educativo al que, por motivos inherentes a su condición, el alumnado objeto de estudio no puede asistir.

En congruencia, para el correcto desarrollo de la presente tesis doctoral se hace necesaria la determinación de una postura teórica respecto a la definición de la inclusión educativa.

Para llevar a cabo esta finalidad se parte del enfoque común de Aguilera et al. (2023), Ainscow (2020), Ainscow et al. (2006) y Echeita Sarrionandia (2017) en la defensa del derecho a la educación de cualquier tipo de alumnado con independencia de sus características particulares. Por su claridad se toman del último autor las siguientes líneas para su descripción:

La educación inclusiva no es una aspiración que se refiera exclusivamente a una determinada población escolar, en particular a la de los niños y niñas en situación de (dis)capacidad o con dificultades de aprendizaje o de distinta índole. Se trata de una meta que quiere ayudar a transformar los sistemas educativos para que TODO el alumnado, sin restricciones, limitaciones ni eufemismos respecto a ese TODOS, tenga oportunidades equiparables y de calidad para el desarrollo pleno de su personalidad, fin último de todos los sistemas educativos. Pero es evidente, al mismo tiempo, que el alumnado con necesidades de apoyo educativo específicas, está en mayor riesgo de segregación, marginación o fracaso escolar y por ello, es justo, prestar especial atención a que sus derechos no queden relegados. (p. 17, 18)

Asimismo, se comparte gran parte de las características generales más significativas que según Ainscow et al. (2006) son necesarias para llevar a cabo la inclusión en los centros educativos:

- Reestructurar las culturas, políticas y prácticas en las escuelas para que respondan a la diversidad de los estudiantes de su localidad.
- Los procesos para aumentar la participación de los estudiantes y reducir su exclusión de los planes de estudio, las culturas y las comunidades de las escuelas locales.
- La presencia, participación y rendimiento de todos los estudiantes vulnerables a presiones excluyentes, no sólo aquellos con discapacidades o aquellos categorizados como “con necesidades educativas especiales”. (p. 25)

De los anteriores aspectos señalados conviene no confundir la presencia señalada por Ainscow et al. (2006) con la asistencia física al centro educativo, dado que este mismo referente describe como un inconveniente relacionar la inclusión solo con la escolarización tradicional.

En coherencia, junto con la definición y características ya señaladas, el anterior posicionamiento de Ainscow et al. (2006) es compartido por esta investigación, dado que una de las principales particularidades inherentes del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria (AED) es la imposibilidad presencial dentro de la escuela y esta situación no puede ser un requisito imperativo para la inclusión, sino tan solo como un obstáculo que debe ser abordado desde las políticas, las administraciones educativas y los centros escolares (UNESCO, 2017).

Para que lo apuntado sea posible, el resto de las premisas descritas por Ainscow et al. (2006) deben ser consideradas como indispensables teniendo una especial atención sobre las prácticas de los centros educativos, dado que deberán responder e impedir todo tipo de

exclusión mediante, entre otros, la necesaria comunicación del estudiantado domiciliario con el centro, prestando especial atención a la relación con el resto del alumnado de su grupo que acude al aula con la normalidad estipulada (De la Herrán Gascón, 2022).

Partiendo de la definición y características señaladas, esta investigación escoge finalmente la teoría del pensamiento basado en la escuela para todo el mundo desde su enfoque ideológico. Sin embargo, cabe destacar que hoy en día todavía tampoco es perfecta esta línea de concepción, ya que se rige por normativas de inclusión generales que continúan priorizando algunos grupos vulnerables y, en consecuencia, segregando a una parte del alumnado (Ainscow, 2020; Ainscow et al., 2006).

Por todo lo analizado, se debe considerar a la inclusión educativa de la AED como tan solo uno de los colectivos del todo simbolizado por este amplio principio, no obstante, sin lugar a duda, este alumnado queda enmarcado entre los grupos que requieren de una especial atención por parte de todos los involucrados por su mayor riesgo de segregación, marginación, fracaso escolar y exclusión (Echeita Sarrionandía & Ainscow, 2011; Plancarte Cansino, 2017; UNESCO, 2017).

2.3. Promotores de la educación inclusiva en la Atención Educativa Domiciliaria

Para llevar a cabo la pretensión esperada de la inclusión en la Atención Educativa Domiciliaria (AED), las autorías describen de forma común como punto de partida la necesaria comprensión de un alumnado que por su enfermedad o convalecencia y la prescripción médica de una permanencia obligada en el domicilio es separado del resto de su grupo temporal o permanentemente (Fernández Antón, 2022; Fernández Pascual, 2023; Revert Ruíz & Raga Garcia, 2019; Violant Holz et al., 2022).

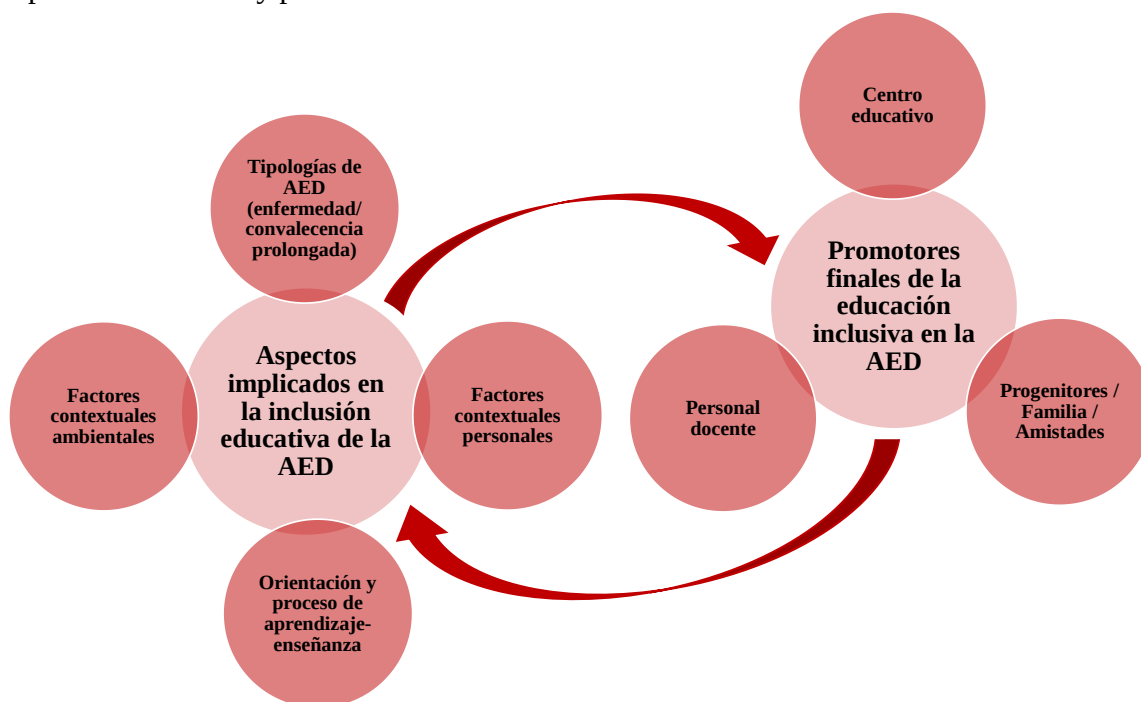
Este escenario representa un claro reto para el sistema educativo, dado que para garantizar la inclusión de este alumnado debe disponer no solo de políticas y normativas

educativas, sino también de la correspondiente cooperación y buenas prácticas de los centros educativos y de los agentes implicados (Ainscow, 2020; Echeita Sarrionandia, 2017; UNESCO, 2020).

En este sentido, cabe prestar en primer lugar una especial atención a las prácticas previstas en los centros educativos, dado que deberán atender elementos indispensables como las diferentes tipologías de AED, los factores contextuales ambientales/personales, la orientación y el proceso de enseñanza y aprendizaje (De la Herrán Gascón, 2022; Lizasoain, 2021; OMS, 2001; Revert Ruíz & Raga Garcia, 2019), (Figura 5).

Figura 5

Aspectos relevantes y promotores de la inclusión educativa en la AED.



Nota. Elaboración propia (2023).

Por la concisa descripción de esta dificultad, Revert Ruíz & Raga Garcia, (2019):

Estas particularidades que envuelven la atención educativa en el...domicilio se realizan desde la escuela...pero sin la escuela pues se debe prescindir de la compañía de los compañeros/as de clase, de las infraestructuras típicas de un colegio, de las actividades extraescolares, de las excursiones, del grupo de maestros. (pp. 89,90)

De igual modo, De la Herrán Gascón (2022) y Lizasoáin (2021) comparten un mismo pensamiento sobre la importancia de estos aspectos y su relación con las prácticas de un centro educativo que debe asegurar la calidad del derecho a la educación de todo el alumnado desde el fundamental establecimiento de orientación y lazos entre la atención domiciliaria y el recinto ordinario.

Estos posicionamientos interrelacionados son compartidos por esta investigación, dado que permiten comprender la importancia de las prácticas de los centros educativos para el alumnado objeto de estudio, sin embargo, aunque estos tienen un papel fundamental para la planificación de todo el alumnado, tampoco se debe obviar la responsabilidad que recae sobre el personal docente, los progenitores, la familia y las amistades (Figura 5).

Respecto al personal docente, Bagur & Verger (2022) señalan la necesaria formación y prácticas de estos agentes educativos con el objetivo de disponer de unas “competencias para ofrecer funciones educativas, compensatorias -derivadas de la interrupción del currículum escolar-, preventivas y terapéuticas -trabajando el equilibrio emocional causado por la enfermedad-, normalizadoras e inclusivas” (p. 381).

Sin embargo, la formación no es el único elemento para tener en cuenta, dado que Hernández Izquierdo & Marchesi (2021) y Echeita Sarrionandia (2017) refieren una relación entre las actitudes, autoestima, motivación, principios y valores del profesorado y la educación inclusiva.

Este posicionamiento ayuda a explicar la relación entre el personal docente y la inclusión del alumnado objeto de estudio, reflejando como imprescindible la necesidad de unos profesionales comprometidos y competentes tanto en su autoestima, motivación y actitud reflexiva (el qué y el cómo se hace) como en todos aquellos valores esperados (respeto, equidad, igualdad, justicia, etc.).

Del mismo modo, tampoco se debe pasar por alto la implicación del resto de la comunidad educativa y de las personas más allegadas (Figura 5), destacándose la importancia por la participación y apoyo de los progenitores o tutores, de la familia y de las amistades (Bobadilla Pinto et al., 2013; De la Herrán Gascón, 2022; Grau Rubio & Fernández Hawrylak, 2010; Lizasoáin, 2021).

En este sentido, De la Herrán Gascón (2022) y Grau Rubio & Fernández Hawrylak (2010) describen como fundamental la colaboración de estos agentes en la promoción tanto de la calidad de vida como de la integración social y educativa de este alumnado.

En esta misma línea, Bobadilla Pinto et al. (2013) y Lizasoáin, (2021) complementan lo anterior enfatizando en el positivismo, el rol y el clima familiar, siendo aspectos que deben ser trabajados y favorecidos mediante las estrategias necesarias para la correcta adaptación de la nueva situación, la posible resiliencia y su esperada colaboración y participación.

De este análisis se observa una puesta en común respecto a la relación entre la importancia sobre la participación y apoyo de la familia y amistades con la inclusión del alumnado afectado, siendo una postura que refleja la importancia de la colaboración de estos agentes para la inclusión del alumnado de AED.

En coherencia, por todo lo expuesto, se toman como los principales promotores de la educación inclusiva para la AED el centro educativo, la familia, las personas allegadas y en general toda la comunidad educativa. No obstante, cabe destacar que la competencia que recae sobre el centro de referencia como el principal responsable de la planificación e implementación de esta medida de respuesta hace que sus prácticas requieran de especial atención.

2.4. Síntesis del capítulo

En el primer apartado se ha presentado la evolución de la exclusión hasta la inclusión educativa y se ha relacionado con la AED. Como aspectos clave de este análisis se destacan los siguientes:

- El alumnado con enfermedad prolongada o convalecencia y permanencia en el domicilio son tan solo barreras que por sí solas no son motivos de exclusión educativa, sin embargo, la suma y relación compleja de estos factores junto a otras situaciones de riesgo sin prevenir y atender podrán desencadenar este escenario.
- Las barreras habitualmente presentes en el alumnado de AED como, por ejemplo, las dificultades por la participación o el aprendizaje, sin su debida previsión y atención podrán ser fácilmente conducentes hacia su exclusión.
- La segregación del alumnado de AED por su condición domiciliaria lo hace especialmente dependiente de una medida de respuesta que cumpla con los parámetros de la educación inclusiva.
- La cultura, las buenas prácticas y los procesos son un aspecto clave para afrontar las desventajas, desigualdades y posibles fracasos escolares o exclusiones que pongan en riesgo el desarrollo integral e inclusión social de este alumnado.

En el segundo apartado se ha presentado la definición general del concepto de inclusión educativa, los diferentes modos de entenderla según las autorías y el posicionamiento al respecto en esta investigación. Como aspectos claves:

- La inclusión educativa pretende en líneas generales defender el derecho de la educación con independencia de las características del alumnado, sin embargo, todavía mantiene en la actualidad una definición polisémica dependiendo del enfoque y, por lo tanto, proponiéndose habitualmente medidas de respuesta solo para determinados grupos.

- La gran mayoría de las autorías relacionan la inclusión con la presencialidad en el centro educativo. Esta imposibilidad del alumnado de AED no puede ser un requisito para la inclusión, sino tan solo una barrera educativa que debe ser atendida.
- De los diferentes modelos presentados, la inclusión educativa se entiende en esta investigación desde el posicionamiento de la escuela para todo el mundo, es decir, todo el alumnado sin excepción debe ser receptor de las acciones y prácticas que sean precisas.
- Por las problemáticas que todavía presenta la educación inclusiva en la práctica, el alumnado de AED queda enmarcado entre los colectivos que requieren una especial atención por su riesgo de segregación, marginación, fracaso escolar y exclusión.

En el tercer y último apartado del capítulo se ha fundamentado la importancia de la cooperación y buenas prácticas de los centros educativos y agentes implicados para garantizar la educación inclusiva. Como aspectos claves:

- Cabe prestar en primer lugar una especial atención a las prácticas previstas en los centros educativos, dado que desde su planificación deberán atender elementos indispensables como las diferentes tipologías de AED, los factores contextuales ambientales/personales, la orientación y el proceso de enseñanza y aprendizaje.
- El personal docente debe estar formado y disponer de competencias inclusivas, educativas, preventivas y terapéuticas para trabajar el equilibrio emocional del alumnado, así como comprometido, motivado y con actitud reflexiva (el qué y cómo se hace) junto con todos aquellos valores esperados (respeto, equidad, igualdad, justicia, etc.).
- La participación y apoyo de los progenitores o tutores, de la familia y de las amistades son un aspecto clave tanto en la calidad de vida como en la integración social y educativa del alumnado de AED.

Capítulo 3. Atención Educativa Domiciliaria

Introducción al capítulo

Este tercer capítulo se centra en la exploración de los principales aspectos que giran en torno a la Atención Educativa Domiciliaria (AED) como eje fundamental en el conocimiento de las necesidades socioeducativas de este alumnado.

El objetivo del primer apartado es conocer la evolución y el modo actual de entender la AED. Este análisis inicial permite obtener un punto de partida en el conocimiento de las principales particularidades y el alcance esperado para este tipo de respuesta educativa.

Lo anterior da paso a los siguientes apartados dedicados a la identificación de los factores conectados con este alumnado. Inicialmente, se analiza la condición de enfermedad o convalecencia prolongada como causante de la AED y desde un enfoque biopsicosocial y educativo se vincula con la participación, las actividades y los factores contextuales del alumnado. Desde este análisis, se identifican los aspectos comunes que, de acuerdo con la afectación y las restricciones médicas, permiten determinar las posibles tipologías de AED que pueden preverse y planificarse.

En coherencia, el capítulo continúa con el análisis de los factores contextuales, ambientales y personales, permitiendo conocer también la importancia de prestar atención a los aspectos particulares de cada situación y su influencia sobre el bienestar integral del estudiantado. Asimismo, en el último apartado se presenta el concepto de vulnerabilidad educativa junto a los factores de mayor probabilidad de riesgo para este alumnado.

3.1. Concepto de Atención Educativa Domiciliaria

La Atención Educativa Domiciliaria (AED) es una medida de respuesta que desde sus inicios hasta la actualidad ha sido entendida bajo una misma finalidad de garantizar la educación del alumnado con problemas de salud prolongados. Sin embargo, a lo largo de este tiempo se han ido describiendo diferentes enfoques sobre el alcance esperado que merecen ser analizados (Tabla 4).

Tabla 4

Evolución en el modo de entender la AED.

Fernández Hawrylak (2000)	“Estos programas, llevados a cabo por profesores itinerantes, tendrán como fin lograr una incorporación progresiva y no traumática del alumno a su centro escolar” (p. 141).
Grau Rubio (2004)	“La atención educativa debe correr pareja a la asistencia médica, por lo que el niño necesitará que un maestro se desplace a su domicilio para continuar en la medida de lo posible el currículo escolar, en colaboración...con el centro educativo de referencia” (p. 50).
Celestino Mur & Tajuelo Rodríguez-Palanzas (2005)	“Niños...que no pueden asistir a clase por un periodo superior a 30 días. ...El objetivo marco consiste en implicar al Centro Educativo y a la familia en un proyecto global de atención educativa para el alumno...utilizando todos los recursos posibles” (p. 167).
Monsalve & Cardone (2012)	“La Pedagogía Hospitalaria es una nueva ciencia educativa, cuya acción se realiza en los hospitales, el domicilio y en colaboración con la escuela de proveniencia” (p. 2).
Follari (2022)	“Otra variante de Pedagogía hospitalaria que lleva ese nombre, pero no se realiza en el interior del hospital, es la actividad educativa en el domicilio de la persona convaleciente” (p. 62).
Fernández Pascual (2023)	Es un alumnado con características únicas (enfermedad y factores contextuales) que hace necesaria la disposición de una planificación individualizada basada en protocolos y

	documentos internos de centro con criterios comunes para este tipo de atención.
--	---

Nota. Elaboración propia (2024).

Cabe señalar que también son muchas otras las autorías que con el paso del tiempo han descrito esta medida de respuesta de forma similar (Bobadilla Pinto et al., 2013; Follari, 2022; Hernández García & Rodríguez Soler, 2012; Lizasoáin, 2021; Molina Garuz et al., 2019; Revert Ruíz & Raga Garcia, 2019; Rodríguez Morales, 2009; Violant Holz et al., 2022; Violant, 2017). No obstante, los anteriores enfoques expuestos en la Tabla 4 han sido escogidos por su clara descripción en la evolución del modo de entender la AED desde principios de siglo hasta la actualidad.

De su análisis es importante resaltar unas intenciones que, basadas en la normativa, son descritas desde sus inicios para un alumnado que por su estado de salud no puede asistir al aula por un periodo superior a 30 días y precisa de AED hasta su posible incorporación al centro educativo. Por otro lado, gradualmente se aprecia un aumento en la importancia de la involucración y colaboración del centro educativo y de la familia en un proyecto global de atención educativa, siendo destacada la relevancia por utilizar todos aquellos recursos que sean necesarios (Celestino Mur & Tajuelo Rodríguez-Palanzas, 2005; Fernández Hawrylak, 2000; Grau Rubio, 2004).

Sin embargo, aunque estas primeras descripciones van en buena dirección, solo hacen referencia a los recursos y quedan incompletas desde una perspectiva integral. En esta línea, cabe subrayar más adelante a Monsalve & Cardone (2012) con la introducción de la AED bajo el campo de acción de la Pedagogía Hospitalaria, entendiéndola no solo para el contexto hospitalario, sino también para el domicilio. Esta pedagogía cobra especial importancia en esta investigación por tratarse de una ciencia, rama educativa o nuevo paradigma que dispone de una metodología propia para este tipo de alumnado, interactuando

múltiples disciplinas que se adaptan a la realidad, al contexto fuera del centro educativo (hospital o domicilio) y a las características del estudiantado.

Es importante remarcar que la denominada Pedagogía Hospitalaria, aunque por sus inicios de actuación dentro del hospital mantiene esta palabra en su nombre, desde hace más de una década esta concepción de la pedagogía incluye su alcance en el contexto domiciliario y así es compartido y defendido por diversas autorías en la actualidad (Follari, 2022; Lizasoáin, 2021; Molina Garuz et al., 2019; Monsalve & Cardone, 2012; Violant Holz et al., 2022; Violant, 2017).

Por tanto, este posicionamiento es compartido en esta investigación para la AED por su amplio campo de acción, siendo fundamentado en el siguiente capítulo y por lo que no cabe una mayor argumentación en este apartado.

Asimismo, conviene resaltar el pensamiento compartido de Fernández Pascual (2023), Lizasoáin (2021) y Molina Garuz et al. (2019) por prestar especial atención a las características únicas de cada situación, refiriendo la necesidad de una planificación del centro educativo tanto general como individualizada tras un análisis socioeducativo del alumnado. De los anteriores, por su clara descripción se toman las siguientes palabras de Molina Garuz et al. (2019):

El trabajo educativo domiciliario demanda una planificación individualizada que considere cada una de las diferencias individuales y requerimientos específicos, lo que a su vez sustenta la necesidad de contar con protocolos y documentación que asegure el cumplimiento de algunos criterios comunes. (p. 86)

En esta línea, De la Herrán Gascón (2022), Fernández Pascual (2023), Lizasoáin (2021) y Ocampo González (2019) subrayan la necesidad de implementar todas las acciones que sean necesarias para afrontar todas las consecuencias de una enfermedad o convalecencia prolongada. No obstante, de estas autorías, Fernández Pascual (2023)

relaciona de forma directa la planificación del centro educativo con la inclusión educativa del alumnado de AED y describe su adecuada elaboración y disposición como imprescindibles para asegurar “los recursos y apoyos precisos para desarrollar las acciones que permitan alcanzar la equidad e igualdad de cualquier persona que se encuentra en una situación desfavorable y de vulnerabilidad socioeducativa” (p. 9).

Lo anterior permite comprender la relación entre la planificación, los recursos y los apoyos del centro educativo con la adecuada actuación para evitar el riesgo de vulnerabilidad educativa del alumnado de AED, siendo un escenario que ayuda a explicar la importancia que radica en partir desde el conocimiento de las particularidades de este alumnado.

En este sentido, Revert Ruíz & Raga Garcia (2019) destacan los problemas de salud como la principal característica de riesgo de vulnerabilidad educativa y De la Herrán Gascón (2022), Fernández Pascual (2020) y Lizasoáin (2021) complementan esta condición y consideran otra serie de particularidades asociadas que forman parte del contexto de dicho alumnado y que también deben ser consideradas:

- Segregación domiciliaria por la separación de todo su grupo y contexto escolar.
- Posible molestia, sufrimiento o alteración causada por su dolencia.
- Contexto familiar y características personales particulares y únicas.
- Baja autoestima y posible depresión resultado de su situación.
- Limitación del contacto social con sus amistades, el resto del alumnado y el personal docente implicado.
- Exclusión de las experiencias propias del aprendizaje dentro de la escuela.
- Reducción de las horas lectivas y privación de los recursos inherentes al centro.
- Limitación de las actividades y restricción de la participación normal del programa educativo de la escuela con su consecuente aprendizaje vital y necesario.

- Posibles limitaciones del ritmo normal de aprendizaje por alteraciones propias de la afectación del alumnado.

Por lo tanto, todo lo expuesto muestra una tendencia sobre cómo afrontar la AED que va en una misma línea. Por una parte, es fundamental remarcar la importancia de la correcta planificación, general e individualizada, y la implementación de esta medida de respuesta. Por otro lado, para llevar a cabo esta finalidad desde un enfoque holístico, es necesario la comprensión de un problema de salud prolongado que causa una permanencia obligada en el domicilio y asocia múltiples factores de riesgo que deben ser considerados por el centro educativo y son analizados con mayor detalle en los siguientes apartados.

3.2. Enfermedad o convalecencia prolongada y tipos de apoyos domiciliarios

La enfermedad o convalecencia prolongada es la principal característica del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria (AED) y se encuentra siempre presente en este estudiantado como una protagonista relevante por su relación con un tipo de medida de respuesta que variará dependiendo de cada caso particular.

En cuanto al modo de entender el problema de salud de este alumnado caben destacar diferentes enfoques. Bobadilla Pinto et al. (2013), Celestino Mur & Tajuelo Rodríguez-Palanzas (2005), Hernández García & Rodríguez Soler (2012), Lizasoain (2021), Molina Garuz et al. (2019) y Rodríguez Morales (2009) comparten la idea de la AED como un paso posterior al hospitalario (Aula Hospitalaria) que tiene como finalidad atender el proceso de convalecencia hasta la incorporación del estudiantado a su centro de referencia.

Por otro lado, Fernández Pascual (2020), Revert Ruíz & Raga Garcia (2019) y Violant (2017) describen la AED no solo con una finalidad de convalecencia, sino también de tratamiento, es decir, podría darse tanto para el proceso de recuperación como de la propia enfermedad.

Por su detallada descripción, Violant (2017):

Está el espacio, que es el lugar de la hospitalización: la cama, el aula hospitalaria y el domicilio. Está el tiempo de hospitalización, que finalmente define el tipo de atención educativa que se entregará; la corta estadía va de uno a siete días, la mediana...desde quince días a un mes aproximadamente y...la larga estadía...desde un mes en adelante. (p. 44)

Esta investigación comparte el pensamiento de las anteriores autorías por tratarse del enfoque más completo, dado que la permanencia domiciliaria no queda limitada exclusivamente a los procesos de convalecencia, sino que también comprende aquellas situaciones donde no se requiere de la infraestructura de un hospital, pero sí una atención o control médico. Esta perspectiva es fundamental desde el punto de vista de la planificación e implementación de una medida de respuesta que puede ser variable en función de las características del alumnado.

Asimismo, conviene resaltar los múltiples tiempos de ingreso que pueden oscilar entre un día y más de un mes. Este dato es relevante, dado que la normativa no considera la AED hasta un periodo superior a 30 días y ayuda a explicar la necesidad de una planificación no solo para el alumnado objeto de estudio, sino también para el estudiantado con ausencias inferiores a este periodo.

En cuanto al modo de afrontar la AED, aunque la mayoría de las autorías comparten el pensamiento por la implementación de una modalidad educativa a distancia y el refuerzo de personal docente en el domicilio (Bobadilla Pinto et al., 2013; Celestino Mur & Tajuelo Rodríguez-Palanzas, 2005; Hernández García & Rodríguez Soler, 2012; Lizasoain, 2021; Molina Garuz et al., 2019; Rodríguez Morales, 2009), este enfoque queda impreciso por existir gran variedad de posibles escenarios donde cada problema de salud y su pauta médica condicionan la necesidad de prever otros tipos de situaciones (Fernández Pascual, 2020).

En este sentido, cabe señalar a Fernández Pascual (2020) por su siguiente descripción sobre las afectaciones poco restrictivas:

Siempre respetando el más amplio y singular abanico de posibilidades, podemos decir que, de manera general, una enfermedad moderada, tanto temporal como permanente, requerirá una atención domiciliaria parcial de apoyo, consistiendo en la asistencia del alumno al centro durante unas horas determinadas por su estado de salud e indicación facultativa, siendo reforzado en el domicilio por un docente que servirá como apoyo educativo y puente coordinado con el centro. (p. 27)

Como otro tipo de situación, este mismo autor describe las patologías infecciosas como posibles causantes de restricciones médicas para las visitas externas y, por lo tanto, la imposibilidad de personal docente en el domicilio. Esta modalidad educativa exclusivamente virtual aumentó su protagonismo a raíz de la COVID-19 (Bonal Sarró & González, 2021; Cabrera, 2020; Follari, 2022; Rogero-García, 2020). Asimismo, como consecuencia de este escenario otros estudios posteriores mostraron un aumento significativo de la AED promovido por los problemas de salud asociados al coronavirus (Fernández Antón, 2022).

Por todo lo expuesto, la AED debe entenderse como la respuesta educativa posterior a una atención médica que estipula el domicilio como el espacio donde se desarrollan los procesos de enfermedad (temporal o permanente) o convalecencia, siendo una situación que puede provenir o no de un ingreso hospitalario previo (posible Aula Hospitalaria) e implicará el seguimiento de pautas y posibles restricciones médicas.

Estos escenarios dependientes de cada situación única ayudan a comprender el problema de salud de este alumnado como punto de partida, dado que sus características influirán directamente en el modo de afrontar la AED. Para profundizar sobre este planteamiento, es conveniente partir en primer lugar de la comprensión de las terminologías

y características que se asocian al concepto de enfermedad tanto desde un enfoque biomédico como desde un enfoque biopsicosocial y educativo.

En este aspecto, por su todavía uso y confusión, conviene mencionar las primeras definiciones descritas por la denominada Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) (Egea García, 2001; Seoane, 2011).

- **Enfermedad:** Cualquier situación intrínseca que padece la persona, siendo indistinta su etiología como, por ejemplo, congénita, infecciosa, traumática, etc.
- **Deficiencia:** Consecuencias de la enfermedad. Se considera como la manifestación producida por la afección de la persona, considerándose como la pérdida total o parcial de las estructuras y sus funciones anatómicas, fisiológicas o psicológicas.
- **Discapacidad:** Es el resultado que causa la deficiencia respecto a la capacidad de realizar las funciones anatómicas que son consideradas como normales para la persona.
- **Minusvalía:** Vulnerabilidad social como consecuencia de las anteriores y que restringe parcial o totalmente las actividades que son consideradas como normales para la persona.

Sin embargo, del análisis de las anteriores definiciones, Crespo et al. (2003), Egea García (2001) y Seoane (2011) comparten la descripción por un enfoque biomédico que carece de otros aspectos que también deben ser atendidos. Por su clara descripción, en palabras de Seoane (2011):

La relación entre los tres niveles no es siempre evidente o necesaria, ni discurre siempre en el orden apuntado; además, omite o no trata de forma adecuada factores individuales y sociales relevantes. Por otra parte, la tímida incorporación...de la dimensión social...no varía la caracterización general del modelo médico, centrado

en el individuo y sus limitaciones...sin prestar apenas atención a los efectos y relaciones entre el entorno social y la realidad biológica (p. 146)

De la problemática descrita por estas autorías se puede argumentar que ciertamente estas definiciones mantienen un modelo explicativo demasiado enfocado en la enfermedad y sus consecuencias. En congruencia, en esta investigación, aunque se parte de un problema de salud que determinará las características de la AED, este enfoque queda incompleto desde una perspectiva educativa, dado que no asume todos los factores que pueden interactuar con la posible vulnerabilidad educativa del alumnado objeto de estudio.

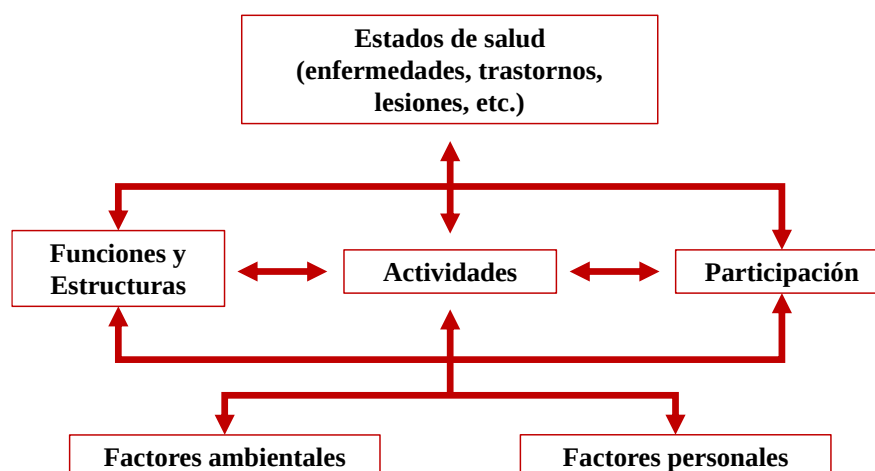
En cuanto a un planteamiento más biopsicosocial y educativo, la literatura muestra la terminología asociada a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Este modelo es declarado por la convención internacional de la ONU y surge con la finalidad de unificar la nomenclatura de forma internacional donde se incluye su uso para el ámbito de la educación, siendo firmado y ratificado por España en el año 2008 (Crespo et al., 2003; Egea García, 2001; OMS, 2001; Seoane, 2011).

Según refieren Crespo et al. (2003), Egea García (2001), la OMS (2001) y Seoane (2011) de forma similar, desde una perspectiva educativa este modelo explicativo deja de relacionar la salud únicamente como la consecuencia de la enfermedad y la amplía desde un enfoque biopsicosocial que permite en el ámbito educativo entender todos los elementos que interactúan con el alumnado.

Desde este enfoque se resalta la interacción de un determinado estado de salud (enfermedades, trastornos, etc.) con las funciones y estructuras corporales de la persona y con las actividades y la participación. Asimismo, todos estos aspectos también interaccionan con unos factores contextuales ambientales y personales (Figura 6).

Figura 6

Interacciones entre los elementos que intervienen en los estados de salud.



Nota. Elaboración propia a partir de Figura 1. Interacciones de los componentes de la CIF descrita por la OMS (2001).

En cuanto a los factores contextuales, se entienden como ambientales todas aquellas influencias externas del mundo físico que interaccionan directamente sobre el alumnado y a los factores personales como las influencias internas que, por el efecto de las características de la persona, interaccionan de igual modo sobre todos los aspectos (Ayuso-Mateos et al., 2006; Crespo et al., 2003; Egea García, 2001; Fernández-López et al., 2009; Margarita López & Valenzuela, 2015; OMS, 2001; Seoane, 2011).

Sin embargo, respecto a este último punto, es importante no confundir e incluir los problemas de salud como una variable contextual personal, dado que estos son definidos por la OMS (2001) como “las características del individuo que no forman parte de una condición o estado de salud” (p. 27). Por lo tanto, aunque la enfermedad o convalecencia obviamente es una afectación personal del alumnado, este concepto hace referencia únicamente a las influencias internas como, por ejemplo, entre otras, el tipo de personalidad, y cómo estas pueden repercutir sobre su estado de salud.

El análisis de todos los anteriores elementos permite argumentar, por una parte, la interacción de la afectación de este alumnado con las funciones y las estructuras corporales,

las actividades y la participación educativa. En dirección opuesta, todos estos aspectos pueden repercutir negativamente sobre el empeoramiento de su estado de salud. De igual modo, también se debe entender que las mismas funciones y estructuras corporales, las actividades y la participación influyen unas con las otras.

Por otro lado, ocurre igual con los factores contextuales ambientales y personales, siendo los primeros todos aquellos relativos a las características del domicilio y, en su caso, del centro educativo, así como los personales son los derivados de las características personales del alumnado. De igual modo, existirá una interacción bidireccional tanto entre ellos mismos como entre los aspectos del párrafo anterior.

Por todo lo expuesto, esta investigación se posiciona desde la perspectiva biopsicosocial y educativa apuntada, dado que este enfoque considera tanto los problemas de salud como todas las posibles interacciones bidireccionales con y entre los elementos descritos.

Este escenario refleja una realidad singular para cada situación de diferente índole, factores contextuales únicos y, por ende, interacciones distintas que requieren de un análisis individualizado. Este tema es abordado en profundidad en los siguientes apartados del capítulo.

Sin embargo, también se evidencian patrones comunes que influyen directamente sobre los anteriores. Entre ellos caben destacar los escenarios que son establecidos por la prescripción facultativa con el tiempo y el modo de AED, temporal o permanente, sin poder salir de su hogar o con el permiso de alternar con el centro educativo, así como el refuerzo del personal docente en el domicilio o la restricción de visitas externas y, por lo tanto, una modalidad exclusivamente virtual.

Por lo tanto, resultado de todo lo apuntado queda argumentada una atención educativa domiciliaria diversa con aspectos comunes que pueden y deben ser considerados en la planificación del centro educativo.

En este sentido, con la finalidad de aportar una mayor claridad, del conjunto de autorías analizadas (Bobadilla Pinto et al., 2013; Bonal Sarró & González, 2021; Cabrera, 2020; Celestino Mur & Tajuelo Rodríguez-Palanzas, 2005; Fernández Pascual, 2020, 2023; Follari, 2022; Hernández García & Rodríguez Soler, 2012; Lizasoáin, 2021; Molina Garuz et al., 2019; Revert Ruíz & Raga Garcia, 2019; Rodríguez Morales, 2009; Rogero-García, 2020; Violant, 2017), a continuación se reúnen todos los posibles escenarios expuestos en el apartado y se desprende la siguiente descripción de los posibles tipos de AED y de sus características:

1. AED Temporal-Parcial:

- Atención educativa por una enfermedad o convalecencia prolongada >30 días.
- El alumnado asiste al centro a tiempo parcial alternando el domicilio y el aula.
Dependiendo de la prescripción facultativa, la asistencia al centro pueden ser horas sueltas, días parciales o días completos.
- La modalidad educativa en el domicilio es a distancia y alternada con el apoyo del personal docente en el hogar los días y horas establecidas.
- **El pronóstico se puede considerar:**
 - Buen pronóstico de recuperación y reincorporación al centro educativo a tiempo completo a corto o medio plazo.

2. AED Temporal-Total:

- Atención educativa por una enfermedad o convalecencia prolongada >30 días.
- El alumnado no asiste al centro educativo y por prescripción médica no puede salir de su domicilio.

- La modalidad educativa en el domicilio puede ser a distancia y alternada con el apoyo del personal docente en el hogar los días y horas establecidas o solo a distancia en función de las circunstancias del alumnado.

- **El pronóstico se puede considerar:**

- Buen pronóstico de recuperación y reincorporación al centro educativo a corto o medio plazo.

3. AED Permanente-Parcial:

- Atención educativa por una enfermedad prolongada >30 días.
- El alumnado asiste al centro a tiempo parcial alternando el domicilio y el aula. Dependiendo de la prescripción facultativa, la asistencia al centro pueden ser horas sueltas, días parciales o días completos.
- La modalidad educativa en el domicilio es a distancia y alternada con el apoyo del personal docente en el hogar los días y horas establecidas.

- **El pronóstico se puede considerar:**

- Problema de salud de larga duración con pronóstico de recuperación y reincorporación a tiempo completo a largo plazo.
- Problema de salud crónico sin ningún pronóstico de recuperación que permita la reincorporación a tiempo completo.

4. AED Permanente-Total:

- Atención educativa por una enfermedad prolongada >30 días.
- El alumnado no asiste al centro educativo y por prescripción médica no puede salir de su domicilio.
- La modalidad educativa en el domicilio puede ser a distancia y alternada con el apoyo del personal docente en el hogar los días y horas establecidas o solo a distancia en función de las circunstancias del alumnado.

- **El pronóstico se puede considerar:**
 - Problema de salud de larga duración con pronóstico de recuperación y reincorporación a largo plazo.
 - Problema de salud crónico sin ningún pronóstico de recuperación que permita la asistencia al centro educativo.

3.3. Factores contextuales en Atención Educativa Domiciliaria

Los factores contextuales son habitualmente entendidos en el ámbito educativo como las características relacionadas con las variables físicas, organizativas, sociodemográficas, interpersonales o psicosociales y conductuales (Burke, 2005; Farro Custodio, 1995; Fernández-Ballesteros, 1987; Margarita López & Valenzuela, 2015; Murillo & Martínez-Garrido, 2012; OMS, 2001; Velásquez Poco, 2017; Viñao, 2008).

Sin embargo, de las anteriores dimensiones, Fernández-Ballesteros (1987) refiere desde hace muchos años la existencia de distintos enfoques de análisis por la dificultad que representa la diferenciación e interacción de estos agrupamientos de variables, siendo un escenario que requiere la necesidad de centrar la atención en el objetivo y en el ambiente que pretendemos conocer.

En este sentido, los factores contextuales de las personas con alteraciones de salud prolongadas son descritas comúnmente por las autorías como variables ambientales o externas (físicas, organizacionales y sociales) y personales o internas (atributos de las personas) que interactúan y pueden producir efectos nocivos sobre el funcionamiento, el comportamiento y la salud (Ayuso-Mateos et al., 2006; Crespo et al., 2003; Egea García, 2001; Fernández-López et al., 2009; Margarita López & Valenzuela, 2015; OMS, 2001; Seoane, 2011).

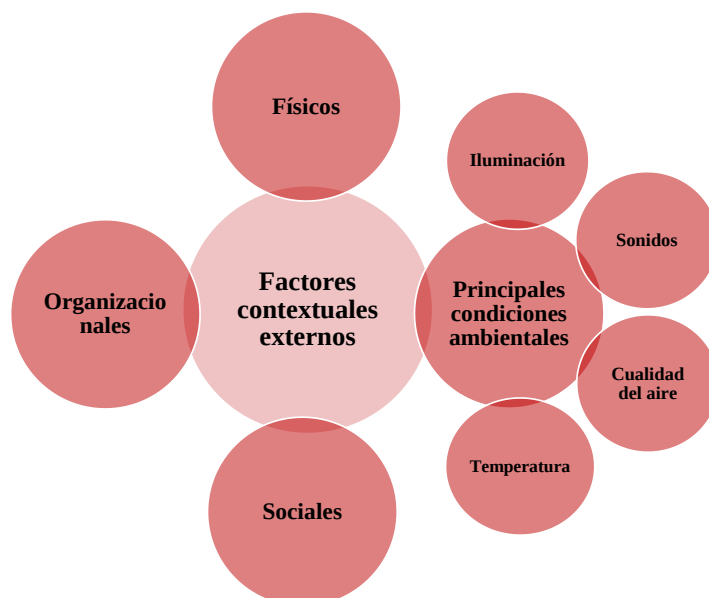
Desde este enfoque los factores contextuales se relacionan directamente con los estados de salud y ayudan a entender su influencia sobre el alumnado objeto de estudio. Es por lo que a partir de lo expuesto se amplía este posicionamiento en los siguientes dos subapartados.

3.3.1. Factores contextuales ambientales

Partiendo de los factores físicos del ambiente, estos son habitualmente descritos como los elementos que existen tanto de manera natural (iluminación, sonido, cualidad del aire y temperatura) como producto de las construcciones e intervenciones humanas (características arquitectónicas y producidas por las personas) (Ayuso-Mateos et al., 2006; Burke, 2005; Egea García, 2001; Farro Custodio, 1995; Fernández-Ballesteros, 1987; Fernández-López et al., 2009; Margarita López & Valenzuela, 2015; Murillo & Martínez-Garrido, 2012; OMS, 2001; Velásquez Poco, 2017; Viñao, 2008), (Figura 7).

Figura 7.

Principales factores contextuales externos en AED.



Nota. Elaboración propia (2024).

En cuanto a los elementos necesarios para la infraestructura del centro educativo, Farro Custodio (1995), Murillo & Martínez-Garrido (2012), Velásquez Poco (2017) y Viñao

(2008) refieren un enfoque similar sobre el modo de entender el espacio y los recursos. Por su clara descripción, en palabras de Farro Custodio (1995):

El edificio escolar configura un espacio o conjunto de espacios que constituyen un ambiente lleno de continuos y variados estímulos para estudiantes y profesores, que afectan sin duda alguna a su aprendizaje. ...El espacio, la comodidad del mobiliario junto con el color y la luz constituyen probablemente, los tres factores fundamentales a través de los cuales las instalaciones de un colegio influyen en el desarrollo y la eficacia de sus actividades”. (p. 109)

Aunque este planteamiento describe bien la importancia de los estándares mínimos esperados, sin embargo, asumir como suficientes los mismos elementos para todo el alumnado pasa por alto la posible diversidad de necesidades. En este sentido, conviene destacar el siguiente apunte de Margarita López & Valenzuela (2015) donde se subraya la importancia de las adaptaciones y la eliminación de barreras:

La adaptación de los espacios y equipamientos, tales como eliminación de barreras arquitectónicas, insonorización de las aulas, condiciones adecuadas de luminosidad, mobiliario especial, sistemas informáticos y de traducción, entre otros...permiten el acceso y la circulación en diferentes ámbitos escolares o mejoran las condiciones de sonorización o de luminosidad. (p. 48)

Este último apunte es fundamental desde una perspectiva inclusiva. Aunque ciertamente el centro precisa de un espacio o conjuntos de espacios con mobiliarios y recursos educativos para llevar a cabo el proceso de enseñanza y aprendizaje, sin la consideración de las citadas adaptaciones se pondría en juego la igualdad de oportunidades para el desarrollo académico y personal de cualquier tipo de alumnado (con o sin necesidades específicas).

Por otro lado, otros estudios que analizan el bienestar de estos espacios reafirman la importancia no solo por la infraestructura y su adaptación, sino también por las condiciones ambientales como la iluminación, los sonidos, la calidad del aire y la temperatura. Estos elementos prestan un importante papel en el bienestar de todas las personas y guardan una especial relación con los posibles efectos que causan sobre las enfermedades asociadas (Egea García, 2001; Evans & Stecker, 2004; Fernández-Ballesteros, 1987; Horcas Villarreal, 2009; Murillo & Martínez-Garrido, 2012; OMS, 2001).

Del análisis de estos estudios, aunque no del mismo modo, se observa una interacción entre estos factores y el estudiantado tanto con problemas de salud como sin ellos, siendo un planteamiento que cabe ser ampliado por su implicación directa entre la condición de enfermedad o convalecencia del alumnado y las condiciones ambientales de su entorno tanto domiciliario como, en su caso, del centro educativo.

Partiendo del alumnado sin necesidades especiales, Evans & Stecker (2004) y Murillo & Martínez-Garrido (2012) coinciden en una relación directa entre estos factores externos y el mal comportamiento del grupo, no obstante, Murillo & Martínez-Garrido, 2012) puntualiza una decaída del rendimiento académico poco significativa salvo en situaciones de niveles elevados.

Desde este apunte, es fácil inferir que esta misma percepción y alteración sobre el alumnado sin afecciones podría generar otras posibles y distintas consecuencias negativas sobre el estudiantado según su problema de salud. Esta argumentación es defendida desde hace varias décadas por Fernández-Ballesteros (1987) y continúa siendo descrita por autorías más actuales (Alfaro Rojas & Atria Machuca, 2009; OMS, 2001; Toyinbo, 2023).

En la Tabla 5 se muestra la definición de las principales condiciones ambientales que influyen sobre el estado de salud.

Tabla 5

Definición de las principales condiciones ambientales físicas.

Luz	Radiación electromagnética mediante la cual las cosas se hacen visibles, bien mediante luz natural o artificial...y que nos aporta información respecto al mundo que nos rodea...Incluye: cualidad de la luz; intensidad de la luz; contraste del color. (p. 183).
Sonido	Un fenómeno que es o puede ser escuchado, como estallidos, ruido de timbres, golpes, canciones, silbidos, gritos o zumbidos, a cualquier volumen, timbre o tono, y que nos aporta información respecto al mundo que nos rodea...Incluye: intensidad del sonido; cualidad del sonido. (p. 184)
Cualidad del aire	Incluye: temperatura, humedad. ...Características...del aire en los espacios cerrados (interior de edificios). (p. 184)

Nota. Elaboración propia con información extraída de la OMS (2001).

La iluminación, el sonido y la cualidad del aire son las principales condiciones ambientales que afectan a cualquier tipo de alumnado, no obstante, la interacción y posibles efectos nocivos sobre los problemas de salud hacen fundamental su conocimiento. Por su clara explicación se citan algunos de los ejemplos que muestra la OMS (2001):

La interacción entre la calidad del aire y la respiración, la luz y la visión, los sonidos y la audición, los estímulos que distraen la atención y la propia atención, la textura del suelo y el mantenimiento del equilibrio, la temperatura ambiental y la regulación de la temperatura corporal. (p. 20)

Asimismo, otra de las dimensiones ambientales mostradas por la literatura es la importancia por la planificación y la organización de las instituciones, dado que su implementación tendrá una íntima conexión no solo con el proceso de enseñanza y aprendizaje, sino también con las relaciones interpersonales del estudiantado (Fernández-Ballesteros, 1987).

En cuanto a este planteamiento, Booth & Ainscow (2006), Onrubia Goñi, (2009) y Ruiz Andrés (2016, 2020) señalan la necesidad de saber cómo utilizar los espacios del centro y manifiestan que para conseguir una educación inclusiva se debe comenzar por intentar suprimir los espacios segregados.

Según Onrubia Goñi (2009), el uso de espacios segregados promueve una interacción entre los factores externos e internos del alumnado que son diferentes entre aquellos situados en entornos separados y los que asisten a aulas regulares. Esta teoría sostiene que no solo está en juego el aprendizaje, sino también el desarrollo integral del alumnado. Se argumenta que este desarrollo no se define por un solo factor, sino que resulta de la interacción y modulación de todos los elementos implicados.

Este posicionamiento ayuda a comprender una organización que cobra especial importancia para el estudiantado segregado. Como solución a esta problemática, Booth & Ainscow, (2006), Onrubia Goñi (2009) y Ruiz Andrés (2016) comparten la postura de no hablar de Necesidades Educativas Especiales (NEE), sino de “barreras para el aprendizaje y la participación”, implementando todas aquellas acciones necesarias en cuanto a medidas estructurales, de mobiliario, de formas y métodos de enseñanza, así como ayudas o soportes que permitan posibilitar el desarrollo personal y el seguimiento de unos objetivos comunes para todo el alumnado con independencia de sus características individuales.

Sin embargo, tal y como sucede con el alumnado objeto de estudio, la segregación no siempre se puede evitar. En este sentido, Ainscow et al. (2006) defienden una inclusión que no tiene porqué darse desde una escolarización tradicional siempre y cuando se tomen en cuenta los preceptos de este principio ideológico.

Por lo tanto, todo lo analizado ayuda a argumentar los siguientes aspectos. En primer lugar, la explicación de unos factores ambientales propios del aula regular que interaccionan

con los factores personales e influirán no solo en el aprendizaje del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria (AED), sino también en su desarrollo integral.

En consecuencia, según este enfoque explicativo, cuando el estado de salud del estudiantado de AED permite alternar el domicilio con el centro educativo, este deberá disponer de una organización que posibilite, durante las horas de asistencia presencial, la adaptación de este alumnado a los mismos espacios ocupados por el resto del grupo.

En segundo lugar, tanto el alumnado de AED solo domiciliario como el alternado con el aula, en mayor o menor medida según cada caso, se caracteriza por una segregación domiciliaria con factores ambientales e interacciones distintas al centro. Este escenario subraya la necesidad de una planificación donde se consideren los criterios comunes y las acciones que sean necesarias para afrontar las barreras de aprendizaje y participación.

Por tanto, según este posicionamiento no solo se debe prestar atención a los factores ambientales del centro educativo, sino también a los factores propios del espacio domiciliario. Estas interacciones influirán sobre el alumnado del mismo modo que sucede en el centro educativo, pero con unas características particulares que también son consideradas por algunos estudios y son relevantes en esta investigación (De la Herrán Gascón, 2022; Molina Garuz et al., 2019; Revert Ruíz & Raga Garcia, 2019; Violant, 2017).

Reafirmando estas diferencias, Revert Ruíz & Raga Garcia (2019) refiere que “los/as maestros/as...domiciliarios/as han cambiado...el aula de música por el comedor de la casa de su alumno/a” (p. 89). Asimismo, De la Herrán Gascón (2022) describe un aula domiciliaria que “se convierte, a la vez, en hogar y en escuela” y “por tanto, se observa un fenómeno de cambio brusco y relativamente permanente de contextos de vida naturales, para el niño o el menor” (p. 101).

Ante esta problemática, se observan algunos estudios que argumentan la necesidad de adaptar el centro educativo en los espacios propios del entorno domiciliario, tales como

podrían ser una habitación, un salón o un comedor (Molina Garuz et al., 2019; Revert Ruíz & Raga Garcia, 2019; Violant, 2017). Sin embargo, estas autorías presentan una argumentación limitada donde solo se transmite la necesidad de adaptación al domicilio, pero sin detallar qué se necesita para llevar a cabo esta práctica educativa a distancia.

En este sentido, aunque otras investigaciones amplían este enfoque describiendo como indispensables en el hogar los recursos como el material escolar, el ordenador y el internet (Fuentes Cabrera & Sánchez Romero, 2020; González et al., 2013; González González & Violant Holz, 2015; OMS, 2001). Cabe destacar la OMS (2001) por su perspectiva más integral donde considera la posibilidad de otros productos y tecnologías vinculadas al estudiantado con necesidades específicas. Este apunte es más completo, dado que pone en relieve la realidad de un estudiantado con problemas de salud que, en ocasiones, precisará de recursos personalizados tanto para sus necesidades diarias como para garantizar su inclusión educativa.

En cuanto a estos recursos, estudios como los de Bonal Sarró & González (2021), Cabrera (2020), Fernández Pascual (2023), Rogero-García (2020) y Vallespin (2020) evidencian una desigualdad de oportunidades educativas en el domicilio influida principalmente por motivos socioeconómicos. Este escenario cobra especial importancia en el alumnado domiciliario por la posibilidad no solo de promover desigualdades en la calidad, productos y recursos tecnológicos, sino también en las condiciones ambientales como, por ejemplo, hogares tranquilos y climatizados o ruidosos y fríos que pueden generar consecuencias negativas sobre este estudiantado.

Esta perspectiva es importante desde el punto de vista de la planificación, dado que la puesta en acción de la AED no solo puede resumirse en la provisión de recursos, sino también debe considerar otras acciones más integrales que son abordadas a lo largo del marco teórico.

Por todo lo analizado, de la comparación del centro educativo y el domicilio queda argumentada una inevitable diferencia en cuestiones de organización, espacios, mobiliario, recursos y condiciones ambientales (Tabla 6).

Tabla 6

Factores contextuales ambientales del centro educativo y del domicilio.

	Centro educativo	Domicilio
Factores Físicos	· Infraestructura bien delimitada y específica para la práctica educativa. · Recursos, productos y tecnologías propias de los centros educativos. · Niveles de luz, sonido, temperatura y calidad del aire adecuados y estables.	· Espacios inespecíficos. · Recursos educativos variables y limitados. Posibles productos y tecnologías adaptadas a las deficiencias/discapacidad del alumnado. · Condiciones ambientales con niveles inespecíficos y variables entre domicilios.
Factores Organizativos	· Planificación, organización y normas propias de los centros educativos.	· Indeterminado. Dependiente del centro educativo.
Factores sociales	· Relaciones interpersonales vinculadas a los factores físicos y organizativos.	· Indeterminado. Dependiente de la familia y del centro educativo.

Nota. Elaboración propia (2024).

Entender ambos escenarios es fundamental por la necesidad de prever no solo la alteración de los factores físicos, sino también por la desigualdad de los factores organizativos e interpersonales.

3.3.2. Factores contextuales personales

Los factores contextuales personales suelen entenderse como las características internas del propio alumnado como, entre otros, la edad, género, tipo de personalidad,

habilidades, aspectos emocionales y experiencias previas (Ayuso-Mateos et al., 2006; Crespo et al., 2003; Egea García, 2001; Fernández-Ballesteros, 1987; Fernández-López et al., 2009; OMS, 2001; Seoane, 2011). No obstante, estos factores no siempre se agrupan de la misma forma en la literatura según el ámbito de análisis (Fernández-Ballesteros, 1987).

En el contexto específico de la salud y su relación con el ámbito educativo, la OMS (2001) y diversas autorías que comparten esta perspectiva (Ayuso-Mateos et al., 2006; Crespo et al., 2003; Egea García, 2001; Fernández-López et al., 2009; Margarita López & Valenzuela, 2015; Seoane, 2011) conciben los factores internos como una dimensión integral que asume el conjunto de las características personales del alumnado objeto de estudio.

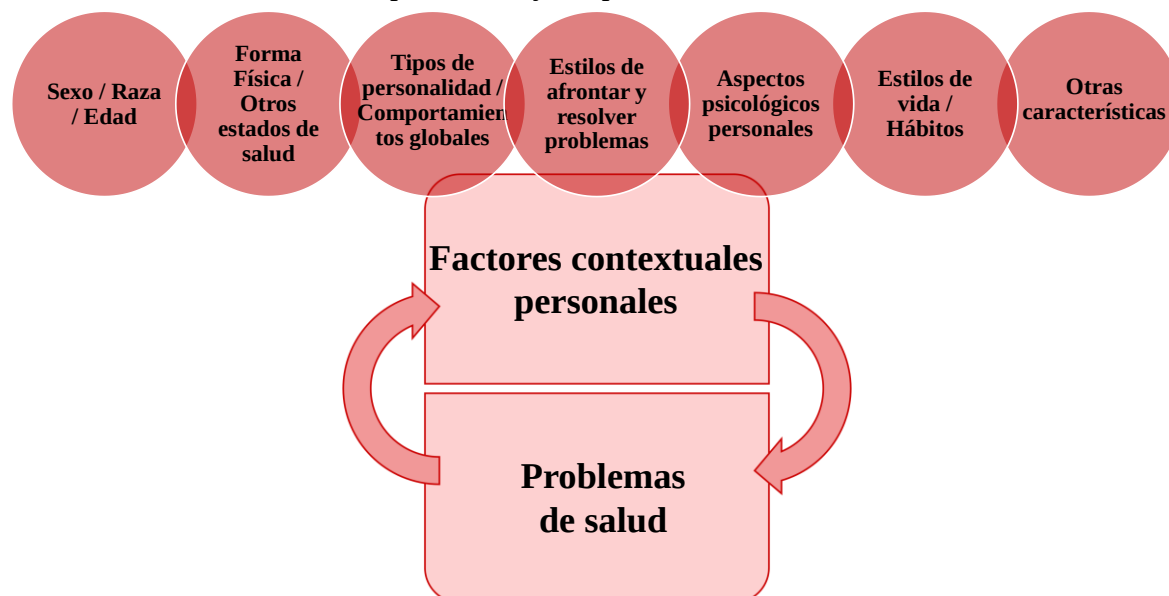
Por su clara definición de la relación entre factores personales y los problemas de salud prolongados, la OMS (2001) establece que:

Constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los “estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos”, ...los comportamientos globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características. Tanto todas ellas en conjunto como algunas de ellas individualmente pueden desempeñar un papel en la discapacidad a cualquier nivel. (p.27)

Desde esta perspectiva se destacan unas características personales que no solo representan de forma única a cada individuo, sino que también ejercen una influencia sobre su estado de salud. Por lo tanto, este escenario ayuda a comprender una problemática presente en el alumnado domiciliario de interacción bidireccional, es decir, no solo unos factores personales que pueden causar efecto sobre su afectación, sino también una afectación que del mismo modo puede influir sobre estos factores (Figura 8).

Figura 8

Interacción entre los factores personales y los problemas de salud.



Nota. Elaboración propia con información de la OMS (2001).

Respecto a las interacciones, diversas autorías han analizado distintas variables personales específicas dependiendo de su objeto de estudio como, por ejemplo, la relación entre factores internos y el comportamiento del alumnado, el fracaso escolar o la exclusión social (Fernández-Ballesteros, 1987; M. Jiménez et al., 2009; Lozano Díaz, 2003). Sin embargo, por el efecto que puede tener tanto en la evolución de los problemas de salud preexistentes como en la aparición de nuevas afecciones, en esta investigación conviene centrar la atención en la relación entre los factores internos y el bienestar emocional (Bocanegra, 2020; Bustos Arcón & Mass Torres, 2022; Lizasoain, 2000, 2021; Pajariato et al., 2020).

Para fundamentar esta relación, según Lizasoain (2021) se debe partir por entender que todo el alumnado comparte ciertas necesidades emocionales básicas que probablemente se intensificarán en contextos de enfermedad y vulnerabilidad emocional, no afectando del mismo modo a todo el estudiantado. En esta línea, Bocanegra (2020) y Pajariato et al. (2020) enfatizan en sus estudios la necesidad de no solo centrarse en garantizar los apoyos

académicos del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria (AED), sino también prestar una especial atención en mantener un apoyo emocional favorable.

Estas perspectivas son importantes para entender la situación de un alumnado domiciliario con factores contextuales externos e internos diferentes que, sumado a su enfermedad o convalecencia, se expone no solo a los desafíos propios de su afectación, sino también a privaciones y limitaciones que pueden afectar tanto a su rendimiento académico como a su bienestar general.

En línea con esta argumentación y como ayuda para entender esta relación, es interesante resaltar el siguiente apunte de Lizasoáin (2000):

El que no entienda que una persona ingresada...tiene una necesidades de atención que van más allá de los ‘medicofísico’, que un niño...tiene que seguir con las actividades que le son propias como estudiar, jugar, hablar, reírse, estar con otros niños; el que no entienda que un niño con una enfermedad grave tiene derecho a seguir aprendiendo, interesándose por las cosas, realizando actividades, jugando; el que no entienda que esos padres, con un hijo enfermo crónico, tienen necesidad de orientación, ...tiene, sencillamente una concepción errónea o parcial de lo que es la vida. (p. 107)

De este apunte se pueden razonar dos cuestiones. Por una parte, la relación entre las características del alumnado objeto de estudio y la consecuente ruptura de, entre otros, hábitos, rutinas, actividades, participación, interacción social y estilo de vida general que, inevitablemente, causará una interacción bidireccional única de cada persona entre su afectación, los factores ambientales y los personales. Por otro lado, la conexión entre los apoyos y orientaciones y la estabilidad emocional y psíquica de este estudiantado.

Estas orientaciones son esenciales en el contexto del alumnado de AED y su interacción con el bienestar emocional, dado que Bobadilla Pinto et al. (2013), Bustos Arcón

& Mass Torres (2022), Lizasoáin (2021) y Pajarianto et al. (2020) refieren una conexión directa entre el mal clima familiar y el empeoramiento emocional y psíquico de este estudiantado, siendo descrito el malestar, el estrés y la ansiedad como las consecuencias secundarias más habituales. En este sentido, Lizasoáin (2021) afirma la necesidad de iniciar las AED con una valoración psicosocial que permita lo antes posible una detección de necesidades individualizada, siendo una postura clave para implementar una atención educativa lo más ajustada a la realidad de cada persona.

Asimismo, Alfaro Rojas & Atria Machuca (2009) identificaron que los factores ambientales más estresantes considerados por el propio alumnado incluían, entre otros, los tratamientos médicos y la separación de sus amistades. Esta conexión entre los problemas de salud, la ruptura de hábitos y comportamiento y las alteraciones emocionales han sido descritos desde hace muchos años por Serradas Fonseca et al. (2002) y se siguen describiendo en estudios actuales (Follari, 2022).

Esta problemática muestra con claridad la interacción entre factores externos e internos y cómo estos pueden desencadenar afecciones secundarias de malestar, estrés y ansiedad. Asimismo, cabe destacar que estos factores ambientales son comunes en las AED y, por lo tanto, pueden preverse y ser planificados para que, junto a la valoración psicosocial individualizada y las correspondientes orientaciones, se pueda intentar reducir sus efectos negativos sobre el bienestar emocional de este estudiantado.

En línea con este planteamiento, las orientaciones previstas en la AED deben extenderse como mínimo para el personal docente, el propio alumnado y sus familias. En este sentido, las autorías refieren la necesidad de prestar una especial atención hacia las familias no solo por su importante papel en el apoyo afectivo, emocional y del proceso de resiliencia del alumnado, sino también por su propia exposición a una situación de vulnerabilidad emocional resultado de sobrellevar el disgusto por los problemas de salud de

un ser querido y todas las alteraciones familiares que ello conlleva (Alfaro Rojas & Atria Machuca, 2009; Bobadilla Pinto et al., 2013; Bustos Arcón & Mass Torres, 2022; Grau Rubio & Fernández Hawrylak, 2010; Lizasoáin, 2021).

En consecuencia, el papel del profesional de la orientación y del personal docente son una pieza clave para facilitar, entre otros, la comunicación, colaboración y coordinación entre todos los agentes implicados para contribuir en un contexto de apoyo mutuo. En este sentido, por su clara descripción, Lizasoáin (2021) describe del personal docente el siguiente apunte:

Deben tener conocimiento de cómo afecta la enfermedad a la familia, manteniendo una postura receptiva a las preocupaciones y necesidades que puedan surgir durante el proceso. Junto a esto deben favorecer el desarrollo de estrategias que ayuden a los padres, al paciente y a sus hermanos a afrontar los problemas favoreciendo la resiliencia. (p. 9)

Por lo tanto, desde este apunte se refuerza la argumentación del importante papel que representa la implementación de la AED desde una perspectiva integral donde el alumnado no solo puede considerarse un aprendiz, sino parte de un contexto complejo y único que sin su debida previsión y atención pondrá en juego su inclusión educativa.

3.4. Vulnerabilidad educativa en Atención Educativa Domiciliaria

El término de vulnerabilidad se emplea generalmente para referirse a la probabilidad de las personas por sufrir desventajas, desigualdades, exclusión social o cualquier otra situación que limite el desarrollo adecuado de las personas (Camacho Sojo et al., 2023; Díaz López & Pinto Loría, 2017). Debido a la diversidad de riesgos que pueden desencadenar esta situación, son distintos los campos disciplinarios y sus enfoques dependiendo de su objeto de análisis.

Desde el ámbito educativo, este concepto hace referencia al alumnado que por la presencia e influencia negativa de una serie de dificultades y barreras, usualmente relacionadas con los factores individuales, familiares, sociales, institucionales y pedagógicas, le impiden sacar provecho al proceso de enseñanza y aprendizaje (Camacho Sojo et al., 2023; Díaz López & Pinto Loría, 2017; Maresca, 2010; Maturana, 2009).

Sin embargo, Maresca (2010) defiende que la vulnerabilidad educativa no debe “entenderse como fenómeno mono causal, ni como una situación que se produce en un momento específico, sino como una composición compleja de diversos factores, a lo largo del tiempo, determinando un arco de situaciones posibles” (p. 12).

En esta misma línea, Maturana (2009) describe una falsa creencia en la relación directa entre vulnerabilidad socioeconómica y educativa, dado que los recursos económicos no siempre están asociados con los resultados académicos. Esta autora defiende que la vulnerabilidad educativa no debería asociarse de forma automática con un único factor, dado que el alumnado y su aprendizaje dependen de un sistema relacional con el entrecruzamiento de numerosos factores de contexto histórico, cultural, político, económico, social y ambiental en el que están vinculados la familia y el centro educativo con también sus propias características individuales.

En esta investigación es interesante el anterior planteamiento para el alumnado de Atención Educativa Domiciliaria (AED), ya que los factores de enfermedad o convalecencia y obligado domicilio por sí solos no deben entenderse como una vulnerabilidad educativa, sino tan solo como una situación de riesgo con posibles barreras asociadas que deben afrontarse para mejorar el acceso, la participación y el aprendizaje del alumnado afectado. Sin embargo, tampoco se puede obviar que los factores contextuales de este estudiantado jugarán un importante papel con la interacción de ciertos aspectos que sin su debida atención

podrán dificultar su desarrollo integral e inclusión en la sociedad por, entre otros, desventajas, desigualdades, exclusiones y fracaso escolar.

En este sentido, Camacho Sojo et al. (2023), Díaz López & Pinto Loría (2017), Maresca (2010) y Maturana (2009), comparten la importancia de prestar especial atención a la familia y al centro educativo como las dimensiones más habituales que se asocian con el riesgo de vulnerabilidad educativa. Siendo un posicionamiento que coincide con las principales necesidades del alumnado objeto de estudio por su principal condición de permanencia en el domicilio.

Entre los factores de riesgo asociados a la familia, Bonal Sarró & González (2021), Cabrera (2020), Maresca (2010) y Vallespin (2020) destacan sus ingresos económicos, el tamaño del hogar, los espacios, los recursos tecnológicos, el nivel educativo de los progenitores y la orientación y el apoyo académico al alumnado.

En cuanto al centro educativo, Camacho Sojo et al. (2023) y Díaz López & Pinto Loría (2017) describen el proceso de enseñanza y aprendizaje y el clima escolar como las principales barreras que interfieren con el alumnado. Por otro lado, Maresca (2010) señala la importancia por la organización escolar y la describe como un factor que puede aumentar o disminuir la incidencia de las desigualdades entre el alumnado. Desde esta perspectiva, Maturana (2009) aumenta este enfoque y destaca las “condiciones curriculares, didácticas, organizativo-institucionales y de gestión pedagógica” (p. 98).

Este posicionamiento pone en relieve a la familia y al centro educativo como las dos dimensiones ambientales que tienen más efecto directo sobre la probabilidad de incrementar o atenuar los riesgos de aparición de la vulnerabilidad educativa en el alumnado domiciliario. En esta línea de argumentación, por su clara descripción, es interesante destacar el siguiente apunte de Maturana (2009):

Desde esta mirada inclusiva, cognitiva social y holística quien fracasa no sería solo el niño o la niña, sino también su familia y comunidad, sus profesores, su escuela, a política educativa, en definitiva, el sistema educativo y la sociedad en su conjunto. (p. 98)

Por una parte, este apunte refuerza la argumentación de la conexión entre los factores ambientales y personales, así como, por otro lado, la realidad de un estudiantado dependiente de su familia y del sistema educativo. Sin embargo, desde este análisis cabe destacar nuevamente la importancia que radica en la responsabilidad del centro educativo en disponer de una planificación, organización e implementación que garantice los parámetros de la inclusión de todo su alumnado sin excepción.

3.5. Síntesis del capítulo

En el primer apartado se ha presentado la evolución y el modo actual de entender la AED, las principales particularidades y el alcance esperado para esta medida de respuesta. Como aspectos clave de este análisis se destacan los siguientes:

- La Pedagogía Hospitalaria es entendida como una ciencia, rama o nuevo paradigma de la pedagogía que incluye su alcance en el contexto domiciliario y comprende su campo de acción desde una perspectiva holística y multidisciplinaria.
- La necesidad de la planificación previa del centro educativo en los aspectos comunes que comparten las AED y la planificación posterior individualizada en respuesta al análisis de necesidades socioeducativas del alumnado afectado.
- La relación entre planificación e inclusión educativa, asegurando todos los recursos, apoyos y acciones que sean precisas para afrontar las dificultades y barreras que puedan suponer un factor de riesgo de vulnerabilidad educativa.

En el segundo apartado se ha presentado el modo de entender la enfermedad o convalecencia prolongada en la AED, las principales tipologías de AED resultado de los patrones comunes asociados a los problemas de salud y pautas médicas, así como, desde un enfoque relacional y multifactorial, la interacción de la afectación con el resto de los factores conectados con el contexto de este alumnado. Como aspectos clave:

- La permanencia obligada en el domicilio es entendida en esta investigación no solo con una finalidad de convalecencia, sino también de tratamiento de la propia enfermedad.
- Las características de la afectación del alumnado y las pautas médicas asociarán aspectos comunes como, por ejemplo, el tiempo y las restricciones del ingreso que determinarán distintos tipos de AED. Se establece como las situaciones más comunes: AED Temporal-Parcial, AED temporal-Total, AED Permanente-Parcial y AED Permanente-Total.
- La enfermedad o convalecencia prolongada se entiende en esta investigación desde un enfoque biopsicosocial y educativo. Desde esta perspectiva se asume una relación e interacción bidireccional entre la afectación, la participación, las actividades y los factores ambientales y personales.

En el tercer apartado se ha presentado, en un primer subapartado, los principales factores ambientales o externos que pueden interaccionar con el alumnado de AED (físicos, organizacionales y sociales). En un segundo subapartado, los factores personales o internos (atributos del alumnado). Como aspectos clave:

- De los factores físicos, aunque es importante la disposición y adaptación de los espacios y equipamientos, cabe prestar una especial atención a las condiciones ambientales (iluminación, sonidos, cualidad del aire y temperatura), dado que estas pueden ejercer efectos negativos sobre el alumnado con problemas de salud.

- Los factores organizacionales, así como los factores sociales que dependen de estos, presentan una especial importancia en el alumnado segregado. La distinta interacción de factores externos e internos en entornos separados puede poner en juego no solo el aprendizaje, sino también el desarrollo integral del alumnado. En el domicilio son prioritarias las acciones, formas y métodos de enseñanza, así como ayudas o soportes que posibiliten el desarrollo integral. En cuanto al centro educativo, cuando el alumnado pueda alternar su asistencia debe ser prioritaria su adaptación en las mismas aulas que su grupo.
- De la comparación entre el centro educativo y el domicilio se identifica una inevitable diferencia ambiental donde se destacan espacios inespecíficos, recursos variables y limitados, condiciones ambientales con niveles inespecíficos, factores organizativos/sociales indeterminados y dependientes de la familia y del centro educativo.
- Las interacciones de los factores personales del alumnado de AED están comprometidas por un problema de salud, permanencia domiciliaria y la consecuente ruptura de, entre otros, hábitos, rutinas, actividades, participación, interacción social y estilo de vida general que, inevitablemente, causará una interacción bidireccional única de cada persona entre su afectación y todos los factores contextuales.
- De la interacción entre el problema de salud y el resto de los factores, los principales efectos negativos se relacionan con el bienestar emocional y la aparición de nuevas afecciones, entre las que se destacan el malestar, estrés y ansiedad.
- Los principales factores de riesgo asociados a la vulnerabilidad emocional son la propia alteración de la salud, la ruptura de hábitos y de comportamiento, así como el clima, apoyo y orientación específica de la familia y personal del centro educativo.

- La orientación prevista por el centro es fundamental y debe extenderse, como mínimo, al alumnado afectado, al personal docente y a la familia.
- Debe prestarse especial atención hacia las familias tanto por su importante papel en el apoyo afectivo, emocional y del proceso de resiliencia del alumnado como también por su propio proceso de resiliencia.
- La planificación del centro junto al papel del profesional de la orientación y personal docente son una pieza clave para facilitar, entre otros, la comunicación, coordinación y colaboración para contribuir en un contexto de apoyo mutuo.

En el cuarto y último apartado se ha presentado el concepto de vulnerabilidad educativa y se ha relacionado con el alumnado objeto de estudio. Como aspectos clave:

- La vulnerabilidad educativa no es entendida como la consecuencia de la enfermedad, convalecencia o permanencia obligada en el domicilio, sino de una composición compleja de diversos factores de riesgo.
- La responsabilidad de afrontar las posibles dificultades y barreras no puede recaer solo sobre el alumnado afectado, sino sobre todos los relacionados en su proceso de inclusión.
- De los principales implicados, aunque la familia y sus características particulares como, por ejemplo, la vulnerabilidad socioeconómica, los factores ambientales del hogar y/o el apoyo socioemocional y educativo tienen una repercusión directa sobre los factores personales y el desarrollo integral de este alumnado. Cabe señalar una especial atención al papel del centro educativo, dado que desde su planificación, organización e implementación debe garantizar una medida de respuesta que cumpla con todos los parámetros de la inclusión educativa, siendo, entre otros, los recursos y apoyos necesarios, el asesoramiento y orientación de la familia, alumnado y personal profesional implicado.

Capítulo 4. Atención Educativa Domiciliaria: del centro educativo al hogar

Introducción al capítulo

El propósito de este capítulo es explorar los aspectos relacionados con la planificación de los centros educativos para este alumnado y la actuación de las personas implicadas durante su implementación como conocimiento fundamental para dar respuesta al objetivo general de esta investigación.

El objetivo del primer apartado es profundizar sobre el concepto y la evolución de la Pedagogía Hospitalaria y su campo de acción en la Atención Educativa Domiciliaria (AED). Este análisis inicial ayuda a entender el alcance esperado para la atención de este alumnado y permite continuar en el siguiente apartado con la fundamentación de los aspectos que deben tenerse en cuenta para el correcto desarrollo de los planes educativos específicos correspondientes.

En consonancia, el tercer apartado se dedica a la exploración de las actuaciones que son necesarias por las personas involucradas desde la activación hasta la finalización de la AED. Este último análisis, junto al conjunto de todo el capítulo, posibilita conocer tanto las características vinculadas a la planificación e implementación como comprender la importancia que radica en su consideración para la inclusión educativa de este tipo de alumnado.

4.1. Concepto de Pedagogía Hospitalaria en el domicilio

La educación del alumnado ingresado en hospitales es un tipo de atención que aparece en la legislación española a principios de la década de los 80 y pocos años después se observan las primeras publicaciones que hacen alusión al concepto de Pedagogía Hospitalaria (PH) (Violant Holz et al., 2022). Sin embargo, cabe señalar que la Atención Educativa Domiciliaria (AED) dispone de unos inicios legislativos más tardíos y con la aparición de medidas diferentes y particulares que todavía se mantienen en la actualidad por la diversidad competencial de cada región autonómica (Asensio Ramón, 2017; Minardi Mitre Cotta et al., 2001; Rodríguez Morales, 2009).

Estas primeras líneas muestran dos tipos de atención con inicios y propuestas de intervención distintas, no obstante, es interesante comprobar que con el paso de los años la evolución conceptual de la PH ha ido acortando estas diferencias hasta considerar la necesidad de atender a todo el alumnado con enfermedad o convalecencia desde una perspectiva holística y con independencia de su emplazamiento fuera del recinto educativo (Violant Holz et al., 2022).

Son diversas las definiciones de PH que han ido surgiendo desde sus inicios, pero por su relevancia evolutiva y descriptiva del porqué actualmente se incluye la AED bajo este concepto se han elegido las siguientes mostradas en la Tabla 7.

Tabla 7

Evolución conceptual de la Pedagogía Hospitalaria.

Quinata Cabanas (1986)	“La pedagogía social es no sólo una especialidad profesional pedagógica sino, más bien, todo un conjunto de ellas, a nuestro entender más de una docena, y que podríamos enumerar. ...7. Pedagogía Hospitalaria” (p. 42).
González-Simancas & Polaino-Lorente (1990)	Nueva rama de la pedagogía social, cuyo objetivo de estudio, investigación y dedicación es el educando

	hospitalizado...con el fin de que continúe progresando en el aprendizaje cultural y formativo, y muy especialmente en el modo de saber hacer frente a su enfermedad, en el autocuidado personal y en la prevención de otras posibles alteraciones de su salud. (p. 199)
Lizasoáin (2000)	Rama diferencial de la pedagogía que se encarga de la educación del niño, del adolescente enfermo y hospitalizado, de manera que no se retrase en su desarrollo personal ni en sus aprendizajes, a la vez que procura atender a las necesidades afectivas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece. (p. 112)
Monsalve & Cardone, (2012)	Es una nueva ciencia educativa, cuya acción pedagógica se realiza en los hospitales, el domicilio y en colaboración con la escuela de proveniencia. ...Aborda a la persona...en los momentos en...situación de enfermedad y/o tratamiento médico, o...con salud disminuida. Los primeros autores que contribuyeron...la incardinaron en la Educación Especial y en algunos casos la Pedagogía Social; sin embargo, en los últimos años se han venido realizando algunas investigaciones que apuntan a que se trata de una modalidad educativa distinta de las anteriores. (p. 1)
Violant (2017)	Acción integral que debería garantizar los principios éticos y bioéticos y, los derechos (incluyendo los deberes) de la persona incluso antes de vivenciar una situación de enfermedad y convalecencia, con la finalidad de mejorar el bienestar personal, familiar y social, a lo largo de la vida. (p. 23)
Violant Holz et al. (2022)	Debiera ser un nuevo paradigma emergente con origen, sustentado desde la pedagogía social; con un anclaje, en un conjunto de teorías provenientes de las ciencias de la educación,...sociales y jurídicas y...de la salud incluyendo la psicología y; con un necesario desarrollo de acción transdisciplinar, visualizado desde las teorías de la complejidad y sistémicas (respecto a la intervención, investigación y formación) en la promoción de la salud-educación integradas, con el fin de mejora del bienestar personal, familiar y social en la vivencia una situación de enfermedad y convalecencia. (p. 58)

Nota. Modificación de la Tabla 1 de Violant Holz et al. (2022).

Del análisis de las definiciones de la Tabla 7 se observan varios aspectos interesantes. En el año 1986 fue publicado probablemente el primer artículo en España donde se hizo referencia al concepto de PH y se consideró como una de las diferentes especialidades que surgen de la pedagogía social (Quinata Cabanas, 1986). En esta línea, en el año 1990 apareció el que seguramente también fue el primer libro dedicado a la PH, siendo en este caso definida como una nueva rama de la pedagogía social destinada para el alumnado hospitalizado (González-Simancas & Polaino-Lorente, 1990).

En los siguientes años se observa una tendencia por cada vez defender más la garantía por la educación del alumnado hospitalario no solo desde una perspectiva educativa, sino también de las necesidades afectivas y sociales resultado de la condición de hospitalización y enfermedad (Lizasoáin, 2000; Violant Holz et al., 2022).

Sin embargo, de los anteriores análisis cabe destacar un concepto de PH solo dedicado al alumnado ingresado en el hospital y no siendo hasta más de dos décadas posterior a sus orígenes cuando este concepto comienza a verse como una modalidad educativa dirigida a todo el alumnado con enfermedad o convalecencia que no puede asistir al recinto educativo y, por lo tanto, con una acción y alcance que no se reduce al hospital, sino también al domicilio o cualquier otro emplazamiento donde se ubique el estudiantado afectado (Monsalve & Cardone, 2012).

Desde ese punto hasta la actualidad se puede apreciar una dificultad definitoria y en evolución donde la literatura todavía se debate, entre otros, si la PH es una ciencia, rama o paradigma emergente de la pedagogía social, siendo considerada la última postura en este estudio como la más adecuada por tratarse de una pedagogía sustentada desde un conjunto de teorías provenientes de ciencias de la educación, de la salud (incluyendo psicología), sociales y jurídicas, con el propósito de mejorar el bienestar completo de este alumnado.

En este sentido, es relevante señalar cómo la intención de las descripciones más actuales converge de forma similar en su intención por encajar en una sola definición el enfoque de un abordaje integral y complejo donde se implique desde una perspectiva holística el conocimiento y la acción transdisciplinar para promover la salud y educación, así como obtener el bienestar no solo de este alumnado, sino también de su familia (Violant Holz et al., 2022; Violant, 2017).

Por todo lo analizado, la PH queda totalmente justificada como una medida de respuesta que abarca también la AED bajo los mismos principios holísticos e inclusivos que se centran no solo desde el área de actuación pedagógica y curricular, sino también desde la psicológica y social (Fierros-Sánchez-Cuenca et al., 2020). Desde esta premisa, por su clara descripción, caben resaltar los siguientes objetivos que, a grandes rasgos, son señalados por Lizasoáin (2021) para la PH:

- Mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.
- Procurar un mejor ajuste a la enfermedad.
- Fomentar la actividad para ocupar provechosamente el tiempo libre.
- Cultivar la alegría infantil.
- Luchar contra la pérdida del hábito intelectual.
- Apelar a la importancia del esfuerzo y animar al trabajo.
- Reducir las lagunas de aprendizaje y el retraso escolar.
- Minimizar las alteraciones emocionales y conductuales.
- Orientar personal y profesionalmente al niño.
- Favorecer el desarrollo de relaciones positivas con el personal sanitario.
- Disminuir el estrés ante la hospitalización, pruebas complementarias y tratamientos. (p. 7, 8)

Sin embargo, aunque la AED comparte de forma similar los anteriores objetivos, no dispone de las mismas características que el Aula Hospitalaria por tratarse de un espacio domiciliario donde no solo entrará en juego la necesidad de adaptarse a su infraestructura, sino también al contexto de vida natural del alumnado y su familia (De la Herrán Gascón, 2022; Molina Garuz et al., 2019; Revert Ruíz & Raga Garcia, 2019).

Estas particularidades contextuales del domicilio fueron fundamentadas en el capítulo 3. No obstante, por su comparación específica entre la AED y la PH de otros contextos de intervención, es interesante resaltar las siguientes palabras de Violant (2017):

La AD tiene características muy diferentes a aquella que se realiza al interior del hospital o centro de salud, en esta modalidad el centro educativo se traslada al hogar, lo que implica para el docente adecuarse a las rutinas de cada uno de los domicilios donde debe participar, siempre evitando interferir en la dinámica familiar, pero a su vez, delimitando las normas del espacio asignado a la hora de trabajar con el estudiante, el espacio físico y la convivencia. (p.44)

Por tanto, estos apuntes muestran por lo general unos mismos objetivos de base, pero una AED con una realidad muy diferente al Aula Hospitalaria por sus características propias de actuación y desventaja comparativa de, entre otros, espacios, recursos materiales, humanos y organizativos que hace conveniente la planificación de una estrategia de intervención que garantice las necesidades específicas del alumnado domiciliario.

4.2. Planificación para la implementación de la Atención Educativa Domiciliaria

Las prácticas del centro educativo, junto a las culturas y políticas, probablemente son las mayores promotoras de la educación inclusiva de todo el alumnado (Ainscow et al., 2006). No obstante, Araque Hontangas & Barrio de la Puente (2010), Fernández Pascual (2023) y Ruiz Andrés (2016) ponen en relieve la importancia del papel que juegan las

prácticas del centro como responsable final en la elaboración, aprobación y ejecución de un Proyecto Educativo de Centro (PEC) que asegure el derecho a la educación de todo el estudiantado, debiéndose prestar especial atención en el más vulnerable, entre el que se encuentra el alumnado de Atención Educativa Domiciliaria (AED).

Para llevar a cabo la respuesta de atención a la diversidad, en congruencia con la legislación, Araque Hontangas & Barrio de la Puente (2010) y Rodríguez González (2013) describen la importancia de la elaboración de una serie de medidas ordinarias y específicas que deben ser recogidas en el Plan de Atención a la Diversidad (PAD) que forma parte del PEC.

En cuanto a las medidas ordinarias, los estudios apuntan la presencia habitual de, entre otros, los agrupamientos flexibles o el desdoblamiento de grupos (Araque Hontangas & Barrio de la Puente, 2010; Ruiz Andrés, 2016). No obstante, este tipo de medidas presentan limitaciones para el alumnado con necesidades concretas como las precisadas para la AED y que también deben ser especificadas.

En este sentido, Araque Hontangas & Barrio de la Puente (2010) describe la necesidad por abordar desde la institución las diferencias organizativas, curriculares y, en general globales que son resultado de la diversidad de situaciones de orden individual o social. Por su concisa descripción, cabe señalar cómo esta autoría describe a modo de síntesis las siguientes características que son objeto de atención:

a) Características generales:

- Estilos cognitivos.
- Ritmos de aprendizaje.
- Intereses y motivaciones.

b) Diferencia de Capacidades:

- Altas capacidades.

- Discapacidades (motoras, psíquicas, sensoriales, de personalidad).

c) Diferencias sociales:

- Desarrollo en entornos sociales desfavorecidos.
- Pertenencia a minorías étnicas o culturales.
- Desconocimiento de la lengua mayoritaria o vehicular del sistema.
- Itinerancia.
- Hospitalización y convalecencia. (p. 12)

Por lo tanto, de lo anterior se observa como el PAD es un documento interno del centro educativo que juega un papel de suma importancia en la garantía de la atención a la diversidad de todo el alumnado, siendo un plan que debe contener como mínimo los aspectos comunes generales de cada situación y en donde no pueden faltar las características generales del estudiantado, su diferencia de capacidades y sus desigualdades sociales, entre la que cabe destacar en esta investigación la consideración por las situaciones de hospitalización y/o convalecencia.

Sin embargo, los estudios relacionados con las propuestas de los PAD de los centros educativos parecen señalar una planificación de AED o, en general, cualquier modalidad educativa a distancia que suele ser inexistente (Fernández Pascual, 2023, 2024). En cuanto a las previsiones manifestadas en el contenido de estos documentos parecen describirse habitualmente solo las Necesidades Educativas Especiales (NEE) asociadas a la discapacidad física, intelectual, psíquica o sensorial, así como las altas capacidades intelectuales y el alumnado inmigrante con necesidades de compensación educativa (Fernández Pascual, 2020; Rodríguez González, 2013).

Este escenario es preocupante desde el enfoque de esta investigación por dos motivos. En primer lugar, porque el alumnado de AED y, en general, cualquiera que precise de una atención educativa fuera del recinto educativo no parece incorporarse de forma

habitual en la planificación de los PAD. En segundo lugar, porque cabe señalar que el alumnado de AED es una Necesidad Específica de Soporte Educativo (NESE) derivada de una enfermedad o convalecencia prolongada y emplazamiento domiciliario con características únicas que requieren de una planificación y organización propia. Por lo tanto, este alumnado no se puede enmarcar dentro de las NEE, dado que estas son por normativa las propias del estudiantado con discapacidad (condición que no siempre se presenta en la AED). Para esclarecer este último punto se presenta la Tabla 8.

Tabla 8

Resumen de las Necesidades Específicas de Soporte Educativo (NESE).

Necesidades Específicas de Soporte Educativo (NESE)	
Necesidades Educativas Especiales (NEE).	· Discapacidad Física / Discapacidad intelectual / Discapacidad sensorial (visual, auditiva) / Enfermedades graves y minoritarias / Trastorno del espectro autista (TEA) / Trastorno grave de la conducta / Trastorno mental.
Alumnado derivado de situaciones de enfermedad o convalecencia prolongada.	· Atención Educativa Domiciliaria. · Aulas Hospitalarias. · Hospitales de día para adolescentes.
Alumnado de origen extranjero.	· Incorporación tardía al sistema educativo. · Falta de dominio de la lengua vehicular de los aprendizajes. · Escolaridad previa deficitaria.
Alumnado con trastornos de aprendizaje o comunicación.	
Alumnado con altas capacidades.	
Riesgo de abandono escolar prematuro.	
Situaciones socioeconómicas y socioculturales desfavorecidas.	

Nota. Elaboración propia con modificación de la Figura del cuadro resumen presentado en la web del Departamento de Educación de Cataluña (2024).

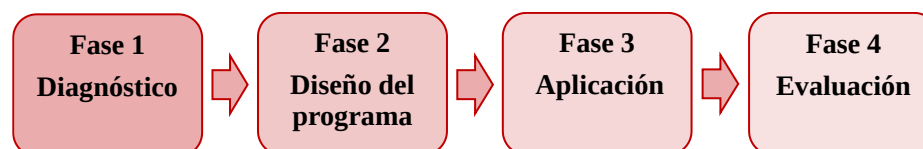
La anterior argumentación es defendida por Fernández Pascual (2023) y Molina Garuz et al. (2019), describiendo un trabajo educativo domiciliario que precisa tanto de

protocolos y documentación que asegure los aspectos comunes como de una atención individualizada para atender las diferencias individuales de cada caso. Sin embargo, la falta de planificación y organización para este tipo de alumnado parece incrementar el alcance e inadecuado uso de los planes individualizados (Fernández Pascual, 2020, 2023). Asimismo, estos planes también son descritos como ineficientes desde hace décadas por centrarse en el modelo del déficit del alumnado y no en el “modelo de la identificación y eliminación de barreras para la presencia, la participación y el aprendizaje de todos, es decir, el salto al modelo inclusivo” (Ruiz Andrés, 2020, p. 167).

En esta línea de idoneidad por disponer de una planificación integral, Violant (2015) describe los programas de Pedagogía Hospitalaria “como el conjunto de acciones presentadas de manera organizada que guían y orientan los objetivos establecidos y las acciones proyectadas, con el fin de garantizar una coherencia a la hora de llevar a cabo la intervención o acción psico-socioeducativa” (p. 1). En este sentido, para llevar a cabo el diseño de programas educativos a distancia, Gil Rivera (2004) describe la conveniente consideración y elaboración de una serie de dimensiones vinculadas principalmente con el diagnóstico previo, el diseño del programa, de su aplicación y de su evaluación (Figura 9).

Figura 9

Dimensiones necesarias para el diseño de un programa educativo de AED.



Nota. Elaboración propia (2024).

Por lo tanto, aunque los estudios resaltan la ausencia general de planes de AED en los centros educativos, cabe destacar la importancia que tiene la elaboración de una planificación integral y sistemática para la AED que contenga un diagnóstico (evaluación de necesidades del centro, contexto, características del alumnado, etc.), el diseño del programa

(objetivos, modelos pedagógicos, estrategias, recursos, actividades, pautas de intervención, etc.), el diseño de implementación y, finalmente, el de evaluación, siendo este último conveniente no solo desde la medición de resultados, sino también desde la percepción y valoración de los distintos agentes para favorecer la toma de decisiones y mejora continua (Stake, 1975; Stufflebeam et al., 1987). Todo lo anterior desde la libertad de cada centro educativo, en su ejercicio de autonomía, para realizar el diseño que mejor se adapte a sus principios, contexto y características del alumnado, con la finalidad de garantizar su atención educativa.

En coherencia con todo lo analizado, la presente investigación se posiciona desde la necesidad por determinar los principales criterios comunes que deben ser objeto de planificación de AED, prestando para este fin una especial atención en las áreas médico-asistenciales, psicosociales y pedagógicas.

En cuanto a la planificación relacionada con la enfermedad o convalecencia prolongada y las posibles tipologías de AED como base de la previsión de este alumnado, es necesario recordar que este tema fue abordado en el capítulo 3 del marco teórico. No obstante, es conveniente su representación y ampliación con aquellos posibles escenarios asociados al principio y fin del servicio, así como a los requerimientos específicos que deben ser previstos (Tabla 9).

Tabla 9

Posibles escenarios asociados a las tipologías de AED.

Tipologías de AED	Escenarios asociados al inicio de la AED	Escenarios asociados al final de la AED	Requerimientos específicos
AED Temporal-Parcial	- Se inicia la AED tras un corto o largo	- El alumnado se reincorpora al centro educativo.	- Espacios y mobiliario adaptado.

AED Temporal-Total	ingreso en hospital (Aula Hospitalaria).	- El alumnado se reincorpora al centro educativo y reincide la AED.	- Recursos tecnológicos especiales.
AED Permanente-Parcial	- Se inicia la AED tras varias ausencias repetidas al centro educativo.	- Fallecimiento del Alumnado afectado.	- Otros recursos de ayuda personal.
AED Permanente-Total	- Se inicia la AED de forma súbita.		- Mascarillas u otros elementos de protección asociados a la afectación del alumnado.

Nota. Elaboración propia (2024).

En cuanto al área psicosocial, en el capítulo 3 se fundamentó la necesidad de una valoración psicosocial inicial por su relación entre la orientación de los principales agentes implicados (alumnado, familia y personal profesional) con el proceso de resiliencia y el bienestar general del alumnado afectado y el de su familia.

Sin embargo, en cuanto a su planificación, Ruiz Andrés (2016) describen que “a menudo, cuando se trata de dificultades y necesidades de tipo social, afectivo, o emocional, la intervención suele estar poco planificada, poco coordinada y por ello suele ser poco afectiva, en caso de que llegue a realizarse” (p. 56). Asimismo, Lizasoain (2021) describe que “a pesar del reconocimiento del impacto que la enfermedad crónica infantil tiene sobre la vida familiar y del papel que ésta juega en la adaptación a la enfermedad, no son muchas las intervenciones psicoeducativas centradas en la familia” (p. 9).

Este análisis muestra un escenario preocupante para el alumnado objeto de estudio, dado que la planificación de esta área es imprescindible para prever durante todo el proceso de AED la intervención del personal encargado de la orientación velar por la comunicación, colaboración y coordinación entre el personal médico-asistencial, profesorado, familia, alumnado y centro educativo (Álvarez-Rementería Álvarez et al., 2023; De la Herrán Gascón, 2022; Fernández Pascual, 2023).

Asimismo, resulta interesante la aportación de De la Herrán Gascón (2022), dado que este autor refiere una necesaria previsión e intervención que va más allá de los aspectos habituales y amplía con la descripción de prestar especial importancia a los procesos tanto de reincorporación del alumnado al centro educativo como de su posible fallecimiento. Por la clara descripción de esta autoría es interesante resaltar lo siguiente: “la adecuada coordinación y comunicación...es objetivamente conveniente. Puede estar planificada de antemano desde el centro docente. Puede preverse la acción mínima, la naturalidad, la inacción, etc.” (p. 111).

En congruencia con lo apuntado, en esta investigación se subraya la previsión por la planificación de la comunicación establecida entre todos los agentes implicados. Resultado de todo lo analizado, a continuación se describen las principales consideraciones generales objeto de planificación (adaptado de De la Herrán Gascón,2022).

- La tutoría del alumnado afectado debe transmitir una información concisa y adecuada sobre la afectación del estudiantado de AED al resto de la comunidad educativa. Hay que explicar que se deben evitar las búsquedas por internet no contrastadas y los rumores, prejuicios, tergiversaciones u otros.
- En caso de que la AED provenga del Aula Hospitalaria, cabe planificar reuniones iniciales con el personal docente y sanitario del hospital con la finalidad de adaptar la medida de respuesta de forma progresiva y acorde con las necesidades del alumnado.
- Durante todo el proceso de AED se deben planificar reuniones de apoyo entre el personal de orientación del centro educativo con todos los implicados, siendo prioritarios el alumnado afectado, la familia, la tutoría y, en su caso, el personal docente domiciliario y sanitario.

- Durante todo el proceso de AED se deben planificar reuniones de comunicación y apoyo entre la tutoría del alumnado afectado y su familia.
- En el caso de atenciones educativas presenciales en el domicilio, planificar reuniones frecuentes de comunicación entre la tutoría y el personal docente domiciliario.
- Durante todo el proceso de AED, planificar reuniones virtuales entre la tutoría y el alumnado afectado con especial atención en las AED sin docencia presencial.
- Durante todo el proceso de AED, planificar encuentros virtuales por WhatsApp, correo electrónico y otras redes sociales entre el alumnado afectado y el resto del alumnado/amistades.
- Durante todo el proceso de AED, planificar encuentros virtuales entre el alumnado afectado y su aula ordinaria, con la finalidad de mantener el vínculo y promover la participación y realización de pequeñas tareas conjuntas a distancia.
- En caso de que la salud del alumnado afectado lo permita, promover la visita del resto del alumnado y de sus amistades al domicilio, así como el intercambio y participación de tareas y posibles actividades lúdicas que favorezcan la motivación y eviten el aislamiento afectivo y del centro educativo.
- Planificar el posible retorno del alumnado afectado al aula, adaptando la comunicación didáctica del domicilio para favorecer una mejor adaptación. Asimismo, comunicar la vuelta al resto del alumnado, dando las informaciones adecuadas para evitar posibles actitudes excluyentes.
- En caso de fallecimiento del alumnado afectado, planificar la comunicación entre la familia y el centro educativo, así como con el resto del alumnado desde una información adecuada y de respeto.

En cuanto a la planificación de los procesos de enseñanza y aprendizaje, estos son considerados desde una perspectiva tradicional como la interrelación entre el personal

docente, el alumnado, el contenido y los factores contextuales (Flórez Ochoa, 1997). Sin embargo, Fuentes Cabrera & Sánchez Romero (2020) describe una interrupción de este proceso para el alumnado que deja de asistir al centro educativo, precisando de una serie de medidas específicas para garantizar su educación en estos contextos. Asimismo, estas autoras, de modo similar que otras autorías (Bobadilla Pinto et al., 2013; De la Herrán Gascón, 2022; Grau Rubio & Fernández Hawrylak, 2010; Lizasoáin, 2021; Molina Garuz et al., 2019), defienden la necesidad de ampliar esta interrelación y poner una especial atención sobre la colaboración y participación de la familia, del resto del alumnado y de sus amistades.

Desde este análisis, se comprueba la gran importancia que no solo recae sobre los agentes habituales implicados para el proceso de enseñanza y aprendizaje, sino también sobre el requerimiento de una mayor participación de la familia y del necesario involucramiento del entorno usual del alumnado enfermo (resto del estudiantado y amistades). Respecto a este apunte, cabe señalar una fundamentación que va en la misma línea de planificación del resto de áreas, dado que la relevancia por la colaboración y participación de estas personas es una demanda constante que muestra la literatura para abordar todos los aspectos que giran en torno al alumnado de AED, ya sean médico-asistenciales, psicosociales o pedagógicos.

Del mismo modo, antes de continuar con el análisis de la planificación académica, es conveniente remarcar la interacción y, por lo tanto, la necesaria planificación de todas estas áreas de actuación, dado que no tendría cabida implementar una medida de respuesta sin tener en cuenta todos sus aspectos relacionados. Para ayudar a entender esta argumentación, es interesante destacar el apunte de la UNESCO (2012), la cual refiere que un claro ejemplo de la exclusión producida en el aprendizaje del alumnado viene

determinado “porque el proceso de enseñanza y aprendizaje no se corresponde con las necesidades educativas del educando ni con su forma de aprender” (p. 3).

Sin perjuicio de lo anterior, respecto a la planificación del ámbito más académico se observa una puesta en común en la literatura donde se describen las actividades escolares y recreativas como áreas prioritarias de la actuación educativa de este tipo de alumnado, así como se destacan habitualmente el valor de la utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) tanto para los contextos hospitalarios como domiciliarios (Bobadilla Pinto et al., 2013; Fuentes Cabrera & Sánchez Romero, 2020; Lizasoain, 2021; Molina Garuz et al., 2019; Ottaviano & González, 2015; Violant, 2017).

Para llevar a cabo lo anterior, Violant (2015) describe la importancia de aplicar los principios de la Pedagogía Hospitalaria a través de programas que permitan planificar de manera organizada el conjunto de estrategias y recursos que garanticen los objetivos propuestos. No obstante, Ottaviano & González (2015) puntualiza que son múltiples las opciones para desarrollar las actividades educativas y, por lo tanto, antes de trabajar con este tipo de alumnado es fundamental tener en cuenta todos los componentes de su planificación (objetivos, contenido, contexto, etc.) y de este modo garantizar las estrategias y recursos más adecuados.

Asimismo, en relación con la intervención más idónea, es interesante el aporte que hacen Ottaviano & González (2015) con la descripción de también tener presente que algunos modelos pedagógicos como, por ejemplo, el constructivismo de Piaget, el aprendizaje social de Vigotsky o las inteligencias múltiples de Gardner, así como ciertos métodos y estrategias educativas corresponden mejor con determinadas edades y/o temáticas.

En este sentido, en cuanto al concepto de estrategia educativa para este tipo de alumnado, Violant (2015) lo describe principalmente “como el camino con fines educativos,

que establecemos de manera consciente, secuenciada y con bases pedagógicas, para alcanzar el fin que nos proponemos” (p. 2). Sin embargo, esta definición queda limitada por tratarse de una descripción demasiado general, siendo interesante resaltar para que toda estrategia sea efectiva el cumplimiento de una serie de características. Según Violant et al. (2009, 2011):

- Debe de ser apropiada (los fines educativos, secuenciación y bases pedagógicas).
- Debe cubrir con los objetivos propuestos.
- Deben tener en cuenta a la población que está destinada (la edad del alumnado, familia, el momento del proceso, la enfermedad, el estado de salud y emocional, etc.).
- Deben de estar adaptadas al contexto objeto de implementación (hospital, domicilio y centro educativo).

Por tanto, este análisis subraya el deber por la planificación de unas estrategias educativas específicas dirigidas sobre el foco de atención de la AED. Es decir, con un diseño centrado en el alumnado con enfermedad o convalecencia, dentro de un contexto domiciliario y teniendo en cuenta a los posibles participantes (duales, grupales, etc.). Para conseguir, mediante actividades educativas, un objeto de trabajo concreto (conceptos, competencias, etc.) y con la finalidad de cubrir con unos objetivos preestablecidos (de aprendizaje, evaluativos, etc.). Todo lo anterior, desde la previsión de diferentes modelos pedagógicos, métodos, estrategias, actividades y recursos educativos que se adapten, revisen y actualicen según el contexto y características individuales del alumnado afectado.

En cuanto a los recursos educativos, dentro del contexto de la Pedagogía Hospitalaria, Violant (2015) los define como los materiales que son necesarios para llevar a cabo la estrategia y la actividad educativa, clasificándolos como humanos (personal docente, etc.), objetos (ordenadores, material escolar, etc.) y organizativo-financieros

(planificaciones y costes asociados a los recursos). Sin embargo, Bonal Sarró & González (2021), Gómez García (2021) y Vallespin (2020) subrayan que algunas de las dificultades más notorias en muchos hogares de AED provienen de una brecha digital que permanece todavía encubierta en la sociedad actual y se refleja tanto en la falta de tecnología (ordenadores, tabletas, conexión a internet, etc.) como en los pocos conocimientos que presentan muchas familias para el uso de estas herramientas.

Este último apunte es relevante, dado que hoy en día las TIC son una estrategia y recurso que se consideran una pieza clave en el abordaje de la AED, sobre todo con especial importancia para aquellas tipologías donde las características del alumnado impiden la asistencia de personal docente a su domicilio.

Esta argumentación es defendida por diversas fuentes que son interesantes resaltar. En cuanto al uso de las TIC en la actualidad, Lizasoáin (2021) describe que se han vuelto “un recurso de valor inestimable en cuanto a la creación de apoyos educativos virtuales o presenciales, donde los pacientes pueden continuar su proceso educativo de manera dinámica e interactiva” (Lizasoáin, 2021, p. 11).

En esta misma línea, Fuentes Cabrera & Sánchez Romero (2020):

La utilización de las TIC ayuda a mejorar tanto el estado de bienestar del niño ante la enfermedad, como la continuación del proceso de enseñanza-aprendizaje generando espacios inclusivos, formativos y colaborativos con sus iguales durante el periodo de hospitalización y posterior recuperación en su domicilio. (p. 73)

Así como, cabe subrayar de González et al. (2013) su argumentación por una tecnología que no solo representa un recurso de apoyo enfocado a las actividades educativas, sino que también dispone de un especial valor en el correcto desarrollo de todo el proceso, dado que permite mejorar la comunicación y coordinación de todos los agentes implicados (centros educativos, familia y hospital).

De todo lo anterior, se muestra unas TIC actualmente consideradas como una herramienta imprescindible para la AED por su amplio campo de acción, tanto a nivel de las estrategias orientadas al proceso de aprendizaje-enseñanza como para el correcto desarrollo de toda la medida de respuesta.

Asimismo, aunque los anteriores usos apuntados suelen ser habitualmente los más relacionados con la atención educativa de este alumnado, no sería correcto restar relevancia a las actividades lúdicas y los juegos terapéuticos. En este sentido, diversas fuentes como Fuentes Cabrera & Sánchez Romero (2020), Lizasoáin (2021), Ottaviano & González (2015) y Violant (2015) comparten la importancia que tienen el uso de estas estrategias y recursos, acorde a la edad del alumnado y necesidad de cada situación, como parte fundamental del desarrollo y terapia para combatir los miedos, el estrés y la ansiedad.

Por su claridad, según refiere Ottaviano & González (2015): “en el aula hospitalaria o domiciliaria, el juego es un gran potenciador de la actividad del niño, le permite recrear y enriquecer su realidad, además de generar diversión, entretenimiento y distracción de las rutinas médicas que lo agotan” (p. 5).

Para dar respuesta al área lúdico-terapéutica caben destacar múltiples opciones donde las TIC nuevamente pueden ser de gran ayuda, no obstante, tampoco deben obviarse muchas otras estrategias más tradicionales que también son efectivas como el cine, el juego, el cuento, la música, la pintura, la poesía y las actividades manuales, así como la importancia por el uso de la creatividad para garantizar un diseño lo más específico posible para cada situación (Ottaviano & González, 2015; Violant, 2015).

Por lo tanto, en línea con la argumentación y posicionamiento de una planificación integral de AED, queda fundamentado, del mismo modo que las áreas médico-asistencial y psicosocial, como altamente conveniente la previsión del conjunto total de las estrategias y recursos pedagógicos que garanticen los procesos de aprendizaje-enseñanza desde un

enfoque no solo formal académico, sino también donde se incorpore una perspectiva lúdico-terapéutica junto a la inherente previsión de aquellos recursos más habituales como, entre otros, la facilitación de ordenadores, tarjetas de conexión a internet y, no menos importante, el asesoramiento y formación de las familias para su utilización.

4.3. Actuación de los agentes implicados

Follari (2022) describe como principales protagonistas implicados en los procesos del alumnado con problemas de salud, además de los propios destinatarios, tres subgrupos diferentes, el personal médico-asistencial (efectores de la salud), los miembros del equipo pedagógico (centro educativo y, en su caso, Aula Hospitalaria) y la familia (influencia psicosocial y educativa).

En cuanto a los agentes relacionados con el sistema de salud, Follari (2022) subraya dos tipos de actuaciones cruciales, por una parte, la importancia que recae sobre atender las necesidades relacionadas con la información y acceso a medicamentos u otros aspectos de índole sanitario y, por otro lado, también en su conveniente implicación personal, interesándose en la promoción del proceso educativo y advirtiéndolo de su importancia y necesidad. Asimismo, Álvarez-Rementería Álvarez et al. (2023) describe como esencial la coordinación entre el centro educativo y el equipo profesional de salud para que el alumnado afectado alcance el aprendizaje y desarrollo exitoso.

De forma similar, Paz-Lourido et al. (2020) señala la importancia que recae sobre este tipo de colaboraciones, sin embargo, advierte que el personal docente parece describir una falta habitual de buena comunicación y coordinación entre el personal sanitario y el centro educativo, señalando que esta situación, sobre todo en aquellos escenarios que las ausencias del estudiantado son frecuentes, no solo aumentan el estrés del alumnado, sino que también pueden poner en peligro su escolarización.

Ante esta problemática, es interesante añadir de Follari (2022) su descripción por la extrema importancia que recae sobre el papel de la familia, dado que en las situaciones donde no exista la adecuada comunicación con el personal sanitario, será esta la que explicará al equipo pedagógico la historia personal del alumnado y sus características relevantes tanto psíquicas como sociales. No obstante, esta misma autoría alerta por el cuidado de no asumir como una verdad absoluta la descripción de la familia, siendo aconsejable tomar esta información como tan solo una referencia a valorar.

Este primer análisis refleja cómo los agentes relacionados con la asistencia médico-asistencial del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria (AED) no debería resumirse en un documento de diagnóstico y prescripción facultativa, siendo conveniente la implicación del personal sanitario en la comunicación y colaboración con el equipo pedagógico del centro educativo de referencia. Sin embargo, la falta habitual de interacción de estos agentes parece transmitir esta responsabilidad a la familia como puente entre estos y el centro educativo, siendo por lo que esta investigación resalta la importancia de una mayor previsión y atención por parte del equipo pedagógico.

En cuanto a la participación del personal del centro educativo, Cesena Santiago (2022) indica que corresponde a la comisión de atención a la diversidad (CAD) reunirse y concretar las medidas de respuesta relativas a la situación personal del alumnado. Entre los participantes habituales de las CAD se destacan algún miembro del equipo directivo, docentes especializados en atención a la diversidad, personal de orientación, profesional de la psicopedagogía del Equipo de Asesoramiento y orientación Psicopedagógico (EAP), tutoría del alumnado afectado, personal coordinador o representante del equipo docente correspondiente y otras figuras que se consideren necesarias. Respecto a la AED, esta intervención debe estar entre las primeras actuaciones del personal directivo del centro con

la colaboración de los agentes educativos apuntados y la participación, en su caso y si es posible, del personal docente domiciliario.

Del personal descrito, la literatura señala una especial importancia sobre la figura del personal de orientación. Bobadilla Pinto et al. (2013) y Latorre Medina & Blanco Encomienda (2010) comparten el pensamiento de esta figura como imprescindible y decisiva para los ajustes de índole psicológico, social y educativa, atribuyéndole un papel de intermediario entre todos los agentes implicados. Para llevar a cabo esta labor, Bocanegra (2020) y Ortiz (1999) describen su actuación como crucial por ser el personal encargado de propiciar la comunicación entre el personal médico, la familia, el entorno educativo y el propio estudiantado, resaltando que, en función del estado de salud del alumnado afectado, el personal de orientación deberá replantear su tarea en algunas ocasiones y efectuar los ajustes que sean necesarios.

De lo anterior, se refleja la actuación del personal de orientación como una de las figuras más relevantes del centro educativo para la AED, sin embargo, es importante señalar que este no es el único agente que puede llegar a participar en la orientación educativa de este alumnado. En este sentido, Cesena Santiago (2022) destaca el EAP (formado principalmente por personal de psicopedagogía, de trabajo social y de fisioterapia) como el equipo externo encargado de ofrecer apoyo a los centros educativos, profesorado, alumnado y sus familias en respuesta a todo el estudiantado, con especial atención en el más vulnerable. Esta autoría describe el personal del EAP con un rol más amplio que el personal de orientación del centro educativo, pero con un acceso al servicio que se inicia a partir de las demandas de los propios centros educativos o por tareas concretas que disponen de un inicio y final determinado.

En concordancia con la normativa, esta misma autoría describe los siguientes objetivos de intervención de la EAP relacionados con el alumnado con necesidades:

- Identificar y evaluar las necesidades educativas especiales.
- Asesorar al profesorado y familias en respuesta al alumnado con necesidades en colaboración con el personal docente especializado y otros servicios educativos (logopedas, audioprotesistas y/o psicopedagogía específica de ámbitos concretos).
- Asesorar sobre temas relativos a la orientación personal, educativa y profesional a los centros educativos, alumnado y sus familias.
- Colaborar, en caso necesario, con los servicios sociales y sanitarios pertinentes para ofrecer una adecuada coordinación al alumnado y sus familias.

Por lo tanto, este análisis ayuda a explicar y fundamenta la gran relevancia que tiene la orientación educativa durante todas las fases de la AED y en todos sus ámbitos de intervención (social, psicológico y educativo) tanto en su función de asesoramiento y orientación como para velar por la correcta comunicación, colaboración y coordinación de todos los agentes implicados. De todo lo apuntado, cabe subrayar una responsabilidad de intervención que recae en gran medida sobre el personal de orientación del centro educativo y refleja la necesidad por una correcta planificación y organización del centro tanto para establecer los aspectos apuntados como para estipular los criterios previstos para el requerimiento y activación del apoyo del EAP.

Asimismo, en esta investigación es importante resaltar, en su caso, la conveniente comunicación y colaboración entre el personal docente del Aula Hospitalaria y del centro educativo, dado que la AED por convalecencia es uno de los escenarios descritos habitualmente por la literatura (Bobadilla Pinto et al., 2013; Celestino Mur & Tajuelo Rodríguez-Palanzas, 2005; Cesena Santiago, 2022; Hernández García & Rodríguez Soler, 2012; Lizasoáin, 2021; Minardi Mitre Cotta et al., 2001; Molina Garuz et al., 2019; Ocampo González, 2019; Revert Ruíz & Raga Garcia, 2019; Rodríguez Morales, 2009; Violant Holz et al., 2022; Violant, 2017). Sin embargo, cabe destacar del análisis de los referentes

bibliográficos una falta de estudios donde se detalle la colaboración entre estos agentes, quedando de manera genérica e implícita la responsabilidad del personal de orientación y, en su caso, del EAP para efectuar todas las acciones que consideren oportunas. Por lo que, de igual modo que se argumentó anteriormente, esta investigación se posiciona desde la necesidad de prever tanto este escenario como todos aquellos que fueron fundamentados en el capítulo 3.

En cuanto a la posible actuación de otros agentes del centro educativo, son diversas las autorías que describen desde diferentes perspectivas la figura del personal docente domiciliario como una pieza clave en la atención del alumnado con enfermedad o convalecencia. Por su concisa descripción, es interesante inicialmente resaltar las siguientes palabras de Bocanegra (2020):

El docente debe ser un profesional que posee conocimientos y habilidades muy avanzadas sobre las necesidades educativas y psicosociales de los niños enfermos hospitalizados, así como un elevado grado de preparación para desarrollar su labor de forma coordinada con los padres, con el personal médico asistencial y demás profesionales encargados de su atención. (p. 104)

En línea con lo anterior, se observan otros estudios que amplían este pensamiento y describen la necesidad de este personal por tener no solo unas competencias educativas, sino también preventivas y terapéuticas para trabajar la posible alteración del bienestar emocional causada por los problemas de salud, siendo recomendado para este fin disponer de un carácter comprensivo, emocional, relacional y afectivo tanto para dar compañía y diálogo como apoyo al alumnado y a su familia (Bagur & Verger, 2022; Lizasoáin, 2021).

Compartiendo esta misma línea de pensamiento, Violant (2017) también subraya la necesidad del personal domiciliario por disponer de un rol socializador del siguiente modo:

Los menores...se encuentran aislados de sus pares y por lo tanto el docente hospitalario domiciliario genera estrategias para fomentar la socialización del estudiante, utilizando, entre otros, recursos tecnológicos para mantenerlo comunicado con sus amigos, compañeros del colegio de procedencia y del aula hospitalaria. (p. 44)

Sin embargo, aunque el anterior análisis muestra un mismo enfoque sobre las pretensiones esperadas para esta figura, entre otras, educativas, terapéuticas y socializadoras, se observa la descripción compartida de una problemática que advierte de su falta de formación de base específica en esta materia (Bagur & Verger, 2022; Bobadilla Pinto et al., 2013; Fernández Hawrylak, 2000; Revert Ruíz & Raga Garcia, 2019).

Esta situación refleja todavía en la actualidad una actuación del personal docente en el domicilio probablemente diversa donde entrarán en juego variables como, entre otras, su formación formal y no formal, su experiencia, carácter y motivación. Este escenario reafirma nuevamente la importancia que radica sobre la previsión del asesoramiento y orientación del centro educativo sobre todos los agentes implicados, entre los que se encuentra un personal docente domiciliario en muchos casos parcialmente preparado y con un importante papel en la garantía educativa y desarrollo de gran parte del alumnado de AED.

Finalmente, de la actuación de los principales implicados en la AED, la literatura describe a la familia y a los allegados (estos últimos con especial atención en caso de una familia inexistente o lejana) como agentes con una función de extrema importancia y fundamental para aumentar en el alumnado su integración social, educativa y, en general, su calidad de vida (Follari, 2022; Grau Rubio & Fernández Hawrylak, 2010). No obstante, Bonal Sarró & González (2021), Cabrera (2020) y Follari (2022) advierten de que estas figuras son totalmente diferentes a las demás involucradas, dado que no son profesionales ni

tampoco mantienen siempre las mismas características (clase social, cultura, estudios realizados, idiomas, número de miembros, proceso de resiliencia, etc.).

Por lo tanto, de lo apuntado es fácil inferir una respuesta por parte de la familia que no siempre será la misma, siendo por lo que el desarrollo de las competencias en las figuras parentales debe considerarse como un factor de protección necesario respecto al desarrollo saludable del alumnado (Violant et al., 2011). En este sentido, Grau Rubio & Fernández Hawrylak (2010) destacan el correcto afrontamiento de la resiliencia como un aspecto prioritario, sobre todo en aquellos escenarios con enfermedades crónicas.

A continuación, se muestran las principales competencias parentales deseadas respecto al logro de la resiliencia (adaptado de Grau Rubio & Fernández Hawrylak, 2010).

- Saber manejar el problema de salud y proporcionar los cuidados necesarios al alumnado afectado.
- Participación activa sobre el tratamiento administrado en el domicilio.
- Buscar y proporcionar la información adecuada al alumnado afectado.
- Ayudar al alumnado a desarrollar habilidades en el abordaje de su afectación.
- Deben controlar su ansiedad y los sentimientos negativos, así como ser positivos en la resolución de problemas y evitar la depresión. Del mismo modo, deben ayudar también al alumnado en el abordaje de sus emociones y enseñarles cómo deben afrontar las emociones recibidas de otras personas.
- Aceptar las dificultades del alumnado afectado, ser resolutivos ante los problemas y capacidad de estrecha colaboración y coordinación con todos los profesionales implicados, sanitarios, educativos y, en su caso, de asistencia social.

De las anteriores competencias descritas para hacer frente a la situación del alumnado, es interesante destacar el apunte por su participación activa, dado que

probablemente esta característica representará una de las premisas más importantes en todos los aspectos relativos al proceso de AED (médico-asistenciales, psicosociales y educativos).

Esta argumentación es defendida por Bobadilla Pinto et al. (2013) y Máiquez et al. (2004). Estas autorías describen la importancia del papel activo de las familias en el desarrollo integral del alumnado. Por su concisa descripción, es interesante destacar las siguientes palabras de Bobadilla Pinto et al. (2013):

El papel activo de la familia para promover valores, actitudes y comportamientos saludables y responsables, así como su estilo educativo, su capacidad para afrontar situaciones adversas y su propio estilo de vida, representa un modelo de conducta que influye en la adquisición de hábitos y valores en los hijos e hijas, siendo un factor de protección frente a la vulnerabilidad. (p. 78)

Sin embargo, cabe subrayar de Máiquez et al. (2004) que, paradójicamente, aunque se hace más evidente la necesidad de ayuda y apoyo para mejorar las competencias parentales y proporcionar un mejor entorno en el alumnado de aquellas familias con situaciones o contextos sociales difíciles, “la familia es la única institución educativa en la que los miembros adultos no reciben una formación específica para mejorar sus competencias y recursos” (p. 404). Esta misma autoría resalta la importancia de facilitar el desarrollo del alumnado mediante una planificación e intervención específica que garantice la colaboración y cooperación entre la familia y el centro educativo.

De todo lo analizado, se puede observar cómo se fundamenta una actuación de la familia y allegados donde las competencias parentales jugarán un papel esencial en los procesos médico-asistenciales, psicosociales y educativos por los que pasa el estudiantado objeto de estudio, con una importante mención sobre la necesaria colaboración entre familia y centro educativo, así como participación activa de estos agentes para que esto sea posible. Con la advertencia de unas personas que no son profesionales ni tampoco están formadas en

aquellas competencias que son deseables para su participación en el desarrollo integral del alumnado de AED.

Por lo tanto, tal como se ha visto a lo largo del apartado, este escenario muestra la importancia que radica sobre la planificación del centro educativo por la intervención de los principales agentes implicados, dado que cada uno de ellos tendrán un papel fundamental en la respuesta esperada para este alumnado, pero a su vez dependientes de una orientación y apoyo que facilite tanto su actuación como la comunicación, colaboración y coordinación entre todos ellos.

4.4. Síntesis del capítulo

En el primer apartado se han presentado la evolución y las definiciones actuales del concepto de Pedagogía Hospitalaria (PH), junto con sus principales objetivos y consideraciones para tener en cuenta respecto a la AED en comparación con otros contextos de intervención de la PH. Como aspectos clave de este análisis se destacan los siguientes:

- La PH, a rasgos generales presenta unos mismos objetivos y enfoque holístico e inclusivo que se centra no solo en el área de actuación pedagógica y curricular, sino también desde la psicológica y social. Sin embargo, de la AED cabe destacar unas características muy diferentes por su condición domiciliaria.
- La AED, en comparación con el Aula Hospitalaria u otros contextos de intervención de la PH, presenta una desventaja, entre otros, por los espacios, recursos materiales, humanos y organizativos que hacen conveniente una planificación específica que garantice las necesidades de este alumnado.

En el segundo apartado se han presentado los aspectos relativos a la planificación de la AED para la intervención de los centros educativos. Como aspectos clave:

- La planificación de la atención a la diversidad depende de las prácticas de los centros educativos como responsables finales en la elaboración, aprobación y ejecución de un proyecto educativo de centro que contenga un Plan de Atención a la Diversidad (PAD).
- El PAD debe recoger las medidas ordinarias y específicas que aseguren el derecho a la educación de todo el alumnado y con especial atención en el más vulnerable, entre el que se encuentra el estudiantado con necesidades de AED.
- El alumnado de AED está enmarcado como una Necesidad Específica de Soporte Educativo (NESE) por enfermedad o convalecencia prolongada. Sin embargo, los estudios recientes muestran una ausencia de la planificación para este tipo de alumnado con el uso inadecuado de planes individualizados, siendo frecuente en los PAD solo la presencia y previsión de las NESE relacionadas con las necesidades educativas especiales.
- La elaboración de planificaciones específicas de AED se fundamenta como idóneas para este tipo de alumnado, siendo conveniente contener al menos un diagnóstico de necesidades del centro educativo y del alumnado de AED, el diseño previsto del programa, el diseño de implementación y el de evaluación continua.
- Entre los principales criterios comunes que deben ser objeto de planificación de AED se destacan el área médico-asistencial (tipologías de AED, escenarios asociados al inicio-final de la AED y requerimientos específicos), el área psicosocial (promoción de vínculos adecuados entre todos los agentes implicados) y el área pedagógica (proceso de enseñanza y aprendizaje mediante modelos pedagógicos, estrategias, recursos y actividades educativas).
- El uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, aunque no es la única estrategia y recurso, se consideran una pieza clave por su amplio campo de acción,

tanto a nivel de estrategias orientadas al proceso de aprendizaje y enseñanza como para el correcto desarrollo de toda la AED.

- El centro educativo debe disponer y proporcionar todos aquellos recursos materiales, humanos y organizativos-financieros que sean necesarios. Garantizando, entre otros, la facilitación de ordenadores, tarjetas de conexión a internet, así como el asesoramiento y formación de las familias para su utilización.

En el tercer apartado se ha explorado la importancia de la actuación de los principales agentes implicados durante todo el proceso de AED. Como aspectos clave:

- Los principales protagonistas en los procesos de AED son, además de los propios destinatarios, el personal médico-asistencial, el equipo pedagógico y la familia.
- Aunque los agentes relacionados con el sistema de salud tienen un papel fundamental en la atención de las necesidades relacionadas con la información y tratamiento de la afectación del alumnado, también es conveniente su implicación personal en el interés por la promoción de los procesos educativos del estudiantado.
- La comunicación y colaboración entre el personal sanitario y el centro educativo facilita el diseño de una respuesta pedagógica y psicosocial más adecuada.
- Entre las primeras actuaciones previstas en el centro educativo tras la activación de la AED, el personal directivo debe reunir a los miembros de la comisión de atención a la diversidad y determinar las medidas de respuesta más apropiadas para cada situación.
- Entre los diferentes agentes del centro educativo, el personal de orientación es probablemente una de las figuras más relevantes durante todo el proceso de AED con un papel crucial como orientadora e intermediaria de todos los agentes implicados (comunicación, colaboración y coordinación) y decisivo para los ajustes de índole psicológico, social y educativo.

- El equipo de atención y orientación psicopedagógica es un órgano externo encargado de ofrecer apoyo a los centros educativos y con un rol más amplio que el personal de orientación. La actuación de este equipo para la AED es por demanda de los propios centros educativos en función de su valoración.
- En las AED procedentes de Aula Hospitalaria, la comunicación y colaboración entre el personal docente del hospital y del centro educativo serán fundamentales para efectuar todas las acciones que se consideren oportunas.
- En los contextos de AED donde pueda acudir el personal docente a su domicilio, esta figura será una pieza clave en la atención de necesidades educativas y psicosociales de forma coordinada con el resto de los agentes implicados (el posible personal médico-asistencial, la familia y el resto de personal profesional de la educación).
- La familia y los allegados son figuras con una función de extrema importancia y fundamental para aumentar la calidad de vida del alumnado afectado, promoviendo su integración social, educativa y, en general, la mejora de su salud y desarrollo integral.
- La respuesta de la familia no siempre será la misma por no tratarse de profesionales con formación y con unos factores contextuales únicos. Disponer de una participación activa es considerada probablemente la mejor característica que puede tener esta figura, dado que será de suma importancia para el abordaje de todos los aspectos relacionados con la AED (médico-asistenciales, psicosociales y educativos).

Capítulo 5. Diagnóstico socioeducativo en Atención Educativa Domiciliaria

Introducción al capítulo

Este último capítulo del marco teórico se centra en el proceso de diagnóstico socioeducativo del alumnado en Atención Educativa Domiciliaria (AED) como un aspecto fundamental para conocer, analizar y comprender su situación actual, así como para identificar sus necesidades socioeducativas y orientar posibles intervenciones.

El propósito del primer apartado es realizar una aproximación conceptual del diagnóstico socioeducativo. Este análisis permite conocer cómo es entendido, qué relación tiene con la evaluación educativa, cuál es su finalidad y cómo se relaciona con las necesidades del alumnado objeto de estudio.

En coherencia, en el segundo apartado se explora, en primer lugar, los modelos clásicos de evaluación de programas educativos por tratarse de procesos donde el diagnóstico socioeducativo siempre forma parte de sus etapas iniciales y, en segundo lugar, los modelos específicos de evaluación de necesidades socioeducativas. Este análisis ayuda a conocer y entender los diferentes enfoques presentados por la literatura y cómo se ajustan al alumnado de AED.

En el último punto del capítulo se presenta un apartado dedicado a los principales criterios de rigor propuestos por la literatura según el enfoque metodológico para garantizar la coherencia, rigurosidad y fundamentación del diagnóstico socioeducativo, siendo aspectos esenciales para asegurar, entre otros, la fiabilidad de los resultados y su utilidad.

5.1. Aproximación conceptual al diagnóstico socioeducativo

Según refieren González-Machado & Santillán-Anguiano (2023), el concepto de diagnóstico significa en su origen etimológico “a través del conocimiento” y hace referencia al resultado de una investigación que permite conocer y comprender un determinado objeto de estudio para finalmente actuar en consecuencia.

En contextos relacionados con la educación este término se ha definido como un proceso continuado y sistemático que implica la recogida y análisis de información, su valoración y la posible toma de decisiones e intervención educativa (González-Machado & Santillán-Anguiano, 2023; Marí Mollà, 2008; Sobrado Fernández, 2005).

Es interesante comprobar la gran similitud que comparte la definición del proceso de diagnóstico con las fases del concepto de evaluación, siendo este definido por Scriven (1991) y Stufflebeam et al. (1987) como un proceso sistemático que tiene como objetivo recoger, analizar e interpretar información con la finalidad de tomar decisiones de mejora sobre criterios como la eficacia, eficiencia e importancia de los diferentes elementos del objeto a evaluar, siendo este, por ejemplo, políticas, proyectos o programas educativos.

Este análisis inicial muestra al diagnóstico socioeducativo como una forma de evaluación por tratarse de un proceso que implica el tratamiento sistemático de datos, la emisión de un juicio de valor y la toma de decisiones. Sin embargo, el objetivo principal de este tipo de intervención no radica en la evaluación del objeto educativo, sino en conocer y comprender su realidad socioeducativa junto a la identificación de posibles problemas y resolución de necesidades.

Para fundamentar lo anterior apuntado, es pertinente analizar cómo es definido el propio concepto de diagnóstico socioeducativo. Según González-Machado & Santillán-Anguiano (2023) y Marí Mollà (2008), describen este proceso como una vía de acceso que

permite al personal investigador acercarse a la realidad en el ámbito educativo mediante el descubrimiento, utilizando herramientas cuantitativas y cualitativas, con el fin de considerar el objeto de estudio desde una perspectiva contextualizada, multidimensional y dinámica que atienda problemáticas susceptibles de ser resueltas.

Asimismo, Pérez Aguilar (2009) afirma que el diagnóstico socioeducativo permite dotar a la persona investigadora de la capacidad de describir y explicar las características y particularidades socioeducativas del objeto a evaluar, siendo esto posible mediante el uso de diferentes procedimientos y herramientas que posibilitan “recabar información y datos útiles para la conceptualización de la realidad social y educativa, lo que a su vez dará pie a caracterizar, delimitar y plantear posibles soluciones a las principales problemáticas de dichas realidades” (p. 131).

Por lo tanto, estos análisis ayudan a entender el diagnóstico socioeducativo como un proceso de recogida, análisis e interpretación de información que permite, mediante el posible uso de diferentes procedimientos, valorar la realidad social y educativa de la Atención Educativa Domiciliaria (AED) desde una perspectiva contextual que sirva de base para la toma de decisiones y posibles soluciones a las problemáticas y necesidades socioeducativas detectadas.

Para hacer posible lo anterior, Marí Mollà (2008) remarca que este tipo de procesos no pueden plantearse como una actividad descriptiva, siendo importante recordar su importancia como un proceso integral que permite identificar las necesidades y áreas de mejora a partir del estudio de todo su contexto. Con este propósito, Sobrado Fernández (2005) describe la necesidad de comenzar por poseer información adecuada y pertinente sobre las finalidades y el objeto de estudio, así como disponer de un planteamiento conceptual y teórico que fundamente el diseño de todo el procedimiento.

Ambos enfoques son pertinentes en esta investigación, dado que se reafirma el diagnóstico socioeducativo del alumnado de AED como un proceso complejo que debe estar bien diseñado y fundamentado. Este propósito permite ir más allá de una descripción descontextualizada de su situación actual en los centros educativos con un conocimiento y comprensión de sus realidades socioeducativas que posibilita la correspondiente valoración de necesidades y toma de decisiones.

Para llevar a cabo esta valoración de necesidades, Sobrado Fernández (2005) describe una especial atención a los sentidos de carencia y aspiración. Este autor refiere que “el término de necesidad posee dos aspectos referenciales ligados lógicamente, uno de carácter negativo y es la existencia de limitaciones y carencias y otro positivo que es el de aspiraciones” (p. 89).

De forma similar, González-Machado & Santillán-Anguiano (2023) relacionan tradicionalmente el diagnóstico socioeducativo con los conceptos de carencias y necesidades, resaltando que su objetivo principal es conocer profundamente el objeto de estudio y diseñar en el contexto educativo una intervención que permita resolver y mejorar las problemáticas identificadas. Asimismo, esta autoría resalta la importancia de contextualizar “aquellos aspectos que se relacionan con el proceso educativo, como la familia, la comunidad, las instituciones escolares, su organización, metodología didáctica, personal recursos, comunidad educativa” (p. 20).

Por lo tanto, estos enfoques junto a todo lo analizado evidencia que la evaluación de necesidades socioeducativas es un proceso fundamental en esta investigación. Este tipo de diagnóstico no solo permite recopilar y analizar información para identificar las carencias y aspiraciones de las complicaciones educativas asociadas a la enfermedad o convalecencia del alumnado de AED, sino que también atiende las necesidades sociales y educativas

generadas por las posibles barreras de su entorno con el objetivo de garantizar su inclusión educativa.

5.2. Modelos orientados a la evaluación de necesidades socioeducativas

El diagnóstico socioeducativo es un proceso complejo que ha estado presente desde diferentes enfoques a lo largo de los años. Los siguientes dos subapartados se dedican, en primer lugar, al análisis del diagnóstico socioeducativo en los modelos clásicos de evaluación de programas educativos y, en segundo lugar, al análisis de los modelos específicos de evaluación de necesidades socioeducativas.

5.2.1. Modelos clásicos de evaluación de programas educativos

En este primer subapartado, aunque no es objeto de esta investigación hacer una revisión exhaustiva de las numerosas propuestas existentes, resulta necesario e interesante analizar los modelos clásicos de evaluación de programas educativos por tratarse de procesos donde el diagnóstico socioeducativo siempre forma parte de sus etapas iniciales.

A pesar de sus diferentes perspectivas y finalidades, todos estos modelos son procesos sistemáticos que de forma general pretenden evaluar los programas educativos desde una evaluación del contexto, problemas y necesidades (diagnóstico), una evaluación de planes, estrategias educativas y recursos, una evaluación del proceso de implementación y una evaluación de los resultados del programa (Jariot, 2001; Lukas Mujika & Santiago Etxebarria, 2009; Popham, 1980; Tejada Fernández, 1989, 1999).

En base a lo apuntado, a continuación se describen los modelos clásicos de evaluación de programas educativos que se toman como referentes en esta investigación por considerar el proceso de diagnóstico socioeducativo en sus evaluaciones. Por sus exhaustivas recopilaciones en esta materia se han seguido las clasificaciones de Lukas Mujika & Santiago Etxebarria (2009), Jariot (2001), Tejada Fernández (1989, 1999) y Popham (1980).

1. Modelo de toma de decisiones:

Son diversas las autorías como Alkin (1969), Cronbach (1963), Guba (1978) y Stufflebeam et al. (1987) las que han desarrollado propuestas de modelos de evaluación basadas en la toma de decisiones. Sin embargo, por su amplitud y versatilidad, uno de los modelos más representativo es el CIPP (Context-Input-Process-Product) desarrollado por Stufflebeam et al. (1987). Esta autoría defiende la evaluación desde un enfoque holístico a partir de un proceso sistemático con la recogida de información y la obtención de datos para emitir una valoración, toma de decisiones y perfeccionamiento del objeto evaluado y mejora de la práctica educativa.

Centrando la atención en la evaluación del contexto, Stufflebeam et al. (1987) define que el objetivo de esta primera etapa es determinar, mediante las metodologías que se consideren más pertinentes, las necesidades, problemas y oportunidades dentro de un entorno específico para establecer unas metas realistas y apropiadas. Es decir, se trata de una fase diagnóstica que busca conocer qué se necesita con la finalidad de elaborar objetivos que den respuesta a esas necesidades y adaptar la intervención al contexto del programa (Jariot, 2001).

Dentro de esta etapa, cabe destacar que Stufflebeam et al. (1987) reconoce los contextos multifactoriales, por lo que el diagnóstico socioeducativo se incluye dentro de su propuesta como una dimensión indispensable para el diseño de un programa coherente con la realidad del objeto de su propósito.

Por lo tanto, aunque el CIPP se trata originalmente de un modelo clásico de evaluación de programas educativos, en esta investigación se considera su etapa inicial como una propuesta pertinente de referencia para dar respuesta al proceso de diagnóstico socioeducativo del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria (AED). Desde este enfoque se puede llevar a cabo la evaluación, entre otros, de sus necesidades y condiciones

socioeducativas, identificación de problemas prioritarios, fortalezas y debilidades del contexto actual.

2. Modelo de evaluación respondente:

Este modelo fue diseñado por Stake (1975). Prioriza la evaluación desde un enfoque cualitativo-descriptivo y defiende la finalidad de no centrarse tanto en la medición de resultados, sino en comprender profundamente lo que sucede en el programa o contexto.

En cuanto a la descripción de las diferentes etapas, por la claridad de su síntesis en este modelo, también recogida por Jariot (2001), se ha tomado como referente la siguiente estructura de Alvira Martín (1997):

a) Examen de la base lógica o conceptual del programa. Propósitos, objetivos e intenciones del programa.

b) Descripción detallada del programa. Antecedentes, actividades desarrolladas y resultados o consecuencias observadas.

c) Valoración del programa. Comparación de los datos descriptivos con referentes internos o externos para la emisión de un juicio de valor.

Aunque en este modelo no aparece el término de diagnóstico de forma explícita, este autor otorga en las primeras etapas un importante papel en el análisis del contexto, lógica y condiciones iniciales del programa. En este sentido, para su respuesta defiende el uso de diferentes métodos y herramientas de recogida de la información, proponiendo como un aspecto clave dar protagonismo a las percepciones de las personas participantes con el fin de alcanzar una descripción rica y contextualizada (Jariot, 2001; Stake, 1975).

De este análisis se observa un enfoque donde su atención, a diferencia del modelo de Stufflebeam et al. (1987), ya no se centra en la toma de decisiones, sino que se orienta a la comprensión del fenómeno. Para el objeto de diagnóstico de esta investigación, aunque muestra una perspectiva metodológica menos abierta que el anterior modelo, cabe destacar

como interesante su postura participativa e interpretativa en la necesaria consideración de las personas implicadas en la AED como fuentes de información imprescindibles para la valoración de sus percepciones con la finalidad de comprender el sentido de lo que ocurre.

3. Modelo de evaluación iluminativa:

Este modelo está representado por la propuesta de Parlett & Hamilton (1977). Esta autoría no se centra en medir objetivos predefinidos ni en la toma de decisiones, sino que busca comprender cómo funciona un programa en su contexto social y cultural. Este enfoque considera los modelos cuantitativos como limitados para entender los problemas que se deben afrontar y se basa en el análisis cualitativo principalmente mediante la observación y la entrevista para comprender, describir e interpretar rigurosamente la realidad del contexto tratando de analizar cómo funciona el programa, cómo es influido por las diferentes situaciones del centro educativo, dónde se aplica y cuáles son las ventajas y desventajas según la perspectiva de las personas directamente implicadas.

En cuanto a las etapas de este modelo, Parlett & Hamilton (1977) proponen principalmente las siguientes tres fases interrelacionadas entre ellas:

- a) Observación.** Exploración extensa del entorno real (contexto natural).
- b) Investigación.** Se filtran, priorizan y profundizan los aspectos más relevantes mediante nuevas entrevistas, observaciones o fuentes documentales.
- c) Explicación.** Se construye una narrativa interpretativa que ilumina la realidad del programa.

El diagnóstico socioeducativo en este modelo se analiza principalmente en las dos primeras fases. Esta autoría comparte de Stake (1975) la comprensión del programa en su contexto a partir de la evaluación desde la perspectiva de sus participantes. Sin embargo, a diferencia del anterior, Parlett & Hamilton (1977) no entienden este diagnóstico como un proceso vinculado al juicio valorativo con la comparación de medidas predefinidas, sino que

busca explorar e “iluminar” la realidad del programa tal como es vivida por las personas implicadas.

En el marco de esta investigación, del análisis del modelo iluminativo es interesante destacar su postura por llevar a cabo una mirada exploratoria y profunda que evita imponer categorías previas y permite abrirse a la complejidad del contexto socioeducativo de la AED.

4. Modelo de evaluación sin referencia a metas:

Este modelo fue propuesto por Scriven (1967) e introduce un enfoque evaluativo basado en la distinción entre evaluación formativa (como parte del proceso de implementación) y sumativa (al finalizar el programa). Este autor con su propuesta describe una alternativa de los enfoques tradicionales centrados principalmente en medir el grado en que se alcanzaba los objetivos predefinidos. En este enfoque se defiende que centrarse exclusivamente en los resultados comparándolos con los objetivos pretendidos puede sesgar la evaluación ignorando resultados valiosos y necesidades reales de las personas beneficiarias del programa. En base a lo anterior, en la práctica este modelo parte de una persona evaluadora que no está informada de las metas iniciales para no condicionarse e intentar confirmar si las metas se cumplieron.

De forma contraria a los anteriores modelos de evaluación de programas educativos, Scriven (1967) no propone una secuencia de etapas fijas y resalta que lo esencial no es el proceso, sino la lógica con la que se juzga todo el programa. En cuanto al diagnóstico socioeducativo, aunque este autor no define explícitamente esta fase, sí describe este proceso mediante la identificación de necesidades reales de las personas participantes observando los efectos inesperados (sociales y educativos) y juzgando si el programa atiende adecuadamente a las condiciones del contexto.

En el marco de esta investigación son dos los aspectos principales e interesantes que se pueden resaltar de este modelo. En primer lugar, el diagnóstico socioeducativo

desvinculado a objetivos aporta un enfoque más crítico y realista que no se limita a comprobar lo que se esperaba del contexto, sino que examina qué está pasando realmente con las personas implicadas y su entorno social. En segundo lugar, permite establecer criterios de juicio basados en las necesidades identificadas como reales del alumnado de AED y finalmente formular un juicio de valor sobre si se satisfacen o no esas necesidades.

En la Tabla 10, a modo de síntesis se presentan las principales características y diferentes modos de abordar el diagnóstico socioeducativo en los cuatro modelos de evaluación de programas educativos que han sido analizados.

Tabla 10

El diagnóstico socioeducativo en los modelos clásicos de evaluación de programas educativos.

Modelo	CIPP (Stufflebeam)	Responsivo (Stake)	E. Iluminativa (Parlett & Hamilton)	Sin ref. a metas (Scriven)
Objetivo principal	Mejorar la toma de decisiones	Comprender cómo funciona realmente el programa (finalidad valorativa)	Comprender cómo funciona realmente el programa (finalidad descriptiva)	Juicio de valor sin depender de objetivos declarados
Estructura / Etapas	Contexto, Entrada, Proceso, Producto	Lógica del programa, Descripción, Juicio valorativo	Observación del contexto real, Investigación, Explicación	Sin etapas, se guía por criterios y evidencias
Enfoque metodológico	Mixto, según pertinencia	Cualitativo	Predominante cualitativo (posibilidad cuantitativa)	Mixto, según pertinencia
Concepción del diagnóstico socioeducativo	Explícito en la etapa de “Contexto”	Emerge de la interacción con las personas implicadas (interpretación y valoración)	Emerge de la interacción con las personas implicadas (observación naturalista, interpretación sin valoración)	Diagnóstico basado en las necesidades reales detectadas y efectos no previstos

Enfoque del diagnóstico socioeducativo	Condiciones del entorno, necesidades y problemas del público objetivo	Inquietudes de las personas implicadas	Iluminar el contexto educativo para descubrir cómo se experimenta	Identificar las necesidades reales y efectos no previstos
Complementación	Aporta una etapa formal de diagnóstico como parte de su estructura	Aporta sensibilidad a las personas implicadas	Aporta profundidad interpretativa y comprensión del entorno	Aporta juicio crítico centrado en necesidades reales

Nota. Elaboración propia (2025)

Desde una perspectiva comparativa, cada uno de los modelos ofrece aportes diferenciados que se consideran complementarios y relevantes en el marco de esta investigación.

Del modelo CIPP de Stufflebeam et al. (1987) se destaca principalmente su estructura e insistencia para valorar las necesidades del entorno como punto de partida, siendo útil para organizar el proceso de forma sistemática. El modelo de responsivo de Stake (1975) aporta una mirada cualitativa y centrada en las personas implicadas, permitiendo que el diagnóstico socioeducativo emerja de las preocupaciones reales de las personas participantes. Asimismo, la evaluación iluminativa de Parlett & Hamilton (1977) profundiza en esta dimensión comprensiva al proponer una observación naturalista que visibiliza cómo se experimenta el programa en su contexto sin necesidad de emitir juicios de valor, enriqueciendo la interpretación de la realidad socioeducativa. Finalmente, el modelo de Scriven (1991) introduce una lógica evaluativa basada en la evidencia empírica y la identificación de efectos reales (más allá de los objetivos declarados), aportando un enfoque crítico y pragmático a la fase diagnóstica.

Aunque los diseños de los modelos clásicos de evaluación de programas educativos no han sido diseñados exclusivamente para el diagnóstico socioeducativo, su análisis ha permitido recuperar para este proceso elementos teóricos y metodológicos que son útiles

para configurar un enfoque más integrador y contextualizado con el conocimiento de estrategias que pueden ser tanto estructuradas como comprensivas, así como con componentes tanto valorativos como descriptivos. Sobre esta base, reconociendo la necesidad de también fundamentar la investigación con enfoques más específicos a las particularidades del objeto de estudio, en el siguiente subapartado se presentan los principales modelos específicos de evaluación de necesidades socioeducativas con la finalidad de profundizar con mayor precisión en los principios y aplicabilidad de este tipo de procesos.

5.2.2. Modelos de evaluación de necesidades socioeducativas

Según describen González-Machado & Santillán-Anguiano (2023) y Sobrado Fernández (2005), la literatura muestra diversos modelos y guías específicas para el diseño de las diferentes etapas que conforman este tipo de procesos. Tomando como referente las clasificaciones de estas autorías por la claridad de sus recopilaciones centradas en esta materia, a continuación se describen las principales propuestas centradas en la evaluación de necesidades socioeducativas.

1. Modelo de Kaufman (1982, 1988): Esta propuesta es una de las más utilizadas en el marco socioeducativo. Este modelo tiene como finalidad explorar los problemas percibidos por las personas informantes y tiene un papel importante en la detección de necesidades. El proceso de este modelo gira en torno a los siguientes tres elementos principales (Kaufman, 1982, 1988; Sobrado Fernández, 2005):

a) Participantes en la planificación. Realizadores y destinatarios.

b) Diferencias entre la realidad y lo que debería de ser. Los contextos, las entradas, los procesos y los productos con los resultados finales.

c) Priorización de las necesidades. Entre otros, determinar las condiciones actuales y las necesarias, asignar prioridades entre las discrepancias y garantizar el proceso de diagnóstico de necesidades como un sistema constante.

En coherencia con las anteriores intenciones, Kaufman (1982, 1988) describe para este modelo las siguientes etapas:

a) Determinación del estado deseado. Resultados que se desean alcanzar.

b) Identificación del estado actual.Cuál es la situación, análisis de datos.

c) Análisis de la discrepancia. Comparar estado actual con el deseado, la diferencia entre ambos es la necesidad real.

d) Priorización de necesidades. No todas las discrepancias son igual de urgentes.

e) Selección de estrategias y recursos. Propuestas de acción. Vinculación entre el diagnóstico con la planificación estratégica.

f) Evaluación y seguimiento de resultados. Criterios para valorar si la intervención reduce o elimina las necesidades detectadas.

En cuanto a la metodología, este autor no se posiciona de manera rígida frente a ninguna vertiente, sino que defiende el uso cuantitativo o cualitativo en función del objeto de estudio, la naturaleza del contexto y los recursos disponibles.

Desde el análisis anterior, en esta investigación se destaca como interesante su estructura muy bien definida desde la identificación del estado ideal hasta la evaluación de la intervención. Así como una flexibilidad metodológica que permite la triangulación de datos, combinación de fuentes y adaptación al contexto de la Atención Educativa Domiciliaria (AED).

2. Modelo de Hays (1977): Este modelo se centra en las deficiencias de los contextos de riesgo de exclusión social o desigualdad a partir de un análisis de las carencias e

insuficiencias. Las pautas de actuación de este modelo se rigen por las cuestiones y etapas que se representan en la Tabla 11.

Tabla 11

Cuestiones y etapas del modelo de diagnóstico de Hays.

Cuestiones que orientan las pautas de actuación	Etapas del proceso de diagnóstico
¿Quién quiere diagnosticar las necesidades?	Conseguir un compromiso inicial de las personas interesadas en el diagnóstico.
¿Cuál es el motivo de querer realizar esta exploración?	Clarificar el propósito y la orientación del estudio.
¿Cuál es el alcance al que se pretende llegar con el diagnóstico?	Diseñar el proceso de exploración.
¿En qué necesidades nos centramos y a qué nivel?	Recoger y analizar la información obtenida.
¿Qué informaciones podemos recoger para dar respuesta a nuestro propósito?	Presentación de los resultados.
¿Qué métodos y fuentes pueden usarse para la recogida de la información?	Valorar y enjuiciar las evidencias obtenidas.
¿Cuáles son las limitaciones para obtener la información que se precisa?	Diseño de las mejoras correspondientes.
¿Cuáles son los recursos humanos y materiales de que se dispone?	
¿Qué se espera resolver con el diagnóstico de necesidades?	

Nota. Adaptación de las cuestiones y etapas del modelo de Hays según Sobrado Fernández (2005).

En cuanto al enfoque metodológico, Hays (1977) se enmarca principalmente en un enfoque cualitativo, sin embargo no descarta la vertiente cuantitativa si así se considera pertinente. Cabe señalar que este autor destaca como necesario priorizar a las personas que en muchas ocasiones se encuentran en situaciones invisibles con el fin de que expresen sus necesidades.

En comparación con Kaufman (1982, 1988), esta propuesta resalta por su sensibilidad hacia las situaciones socialmente comprometidas, siendo con el anterior modelo un aporte complementario interesante en el contexto de esta investigación para la identificación de carencias o necesidades no verbalizadas en los procesos de AED.

Por otro lado, desde un enfoque metodológico similar al modelo de Hays (1977), cabe destacar la guía propuesta por Sanz Oro (1998). En la Tabla 12 se representan sus etapas.

Tabla 12

Guía de Sanz Oro (1998) para el diseño del proceso de diagnóstico de necesidades.

Etapas	Indicaciones
1. Preparación.	Determinar los elementos de diagnóstico.
	Clarificar los motivos del análisis.
	Efectuar una aproximación inicial de las necesidades.
	Describir las personas o colectivos objeto del estudio.
	Identificación de otras variables.
	Planificación del diseño general de la exploración.
	Realizar el plan de acción.
	Resumir los acuerdos a considerar en el proceso de diagnóstico de necesidades.
2. Implementación.	Adquirir los recursos e instrumentos necesarios.
	Recogida de la información.
	Análisis y síntesis de los datos recogidos.
	Presentación de los resultados.
3. Aplicación.	Conclusiones.

	Ayudar con la buena utilización de los resultados obtenidos.
--	--

Nota. Adaptación de la guía de los elementos necesarios para el diseño de diagnóstico de necesidades según Sanz Oro (1998).

Desde esta guía de detección de necesidades socioeducativas, Sanz Oro (1998) propone una orientación detallada para un proceso de diagnóstico participativo y contextualizado que sirva como herramienta práctica con el objetivo de detectar las necesidades reales de la comunidad educativa.

A partir del análisis de esta propuesta metodológica, en el contexto de esta investigación es interesante destacar cómo la guía de Sanz Oro (1998) adapta los planteamientos teóricos de Hays (1977) y Kaufman (1982, 1988) en una herramienta práctica y operativa. De forma diferente y complementaria a los anteriores, centra su enfoque en la implicación de la comunidad educativa con la finalidad de generar un conocimiento compartido y contextualizado sobre las necesidades socioeducativas existentes.

3. Modelo de McKillip (1989): Esta propuesta comparte similitudes con los modelos de Hays (1977) y Kaufman (1982, 1988), sin embargo, esta variante presenta una base conceptual más amplia para definir qué tipo de necesidad se está detectando.

En cuanto a las etapas del modelo, este autor describe las siguientes cinco:

- a) Identificación de los destinatarios.**
- b) Descripción de la población que será objeto del diagnóstico de necesidades.**
- c) Detección de necesidades y descripción tanto de los problemas como de las posibles soluciones relativos a los destinatarios objetivo.**
- d) Valoración de las necesidades.**
- e) Comunicación de los resultados.**

A diferencia del resto de modelos, McKillip (1989) define los siguientes tipos de necesidades:

- a) **Necesidades normativas.** Comparación entre la situación actual y un criterio ideal.
- b) **Necesidades sentidas.** Carencias o dificultades percibidas subjetivamente por personas.
- c) **Necesidades expresadas.** Son la manifestación de las necesidades sentidas como, por ejemplo, solicitud de recursos o ayudas.
- d) **Necesidades comparativas.** Comparación de dos grupos o contextos.
- e) **Necesidades futuras.** Son las necesidades previstas en función de las tendencias o transformaciones sociales esperadas.

En cuanto al enfoque metodológico, McKillip (1989), aunque presenta un modelo flexible, se fundamenta principalmente en una vertiente cualitativa con lógicas interpretativas, inductivas y participativas.

Por lo tanto, este análisis muestra el diagnóstico socioeducativo desde múltiples fuentes y niveles. En este modelo es interesante destacar tanto la voz de los agentes implicados (necesidades sentidas y expresadas) como los criterios técnicos (estándares profesionales, normativos o institucionales) o contextuales (necesidades comparativas y futuras).

En la Tabla 13, a modo de síntesis se presentan las principales características y diferentes modos de abordar la evaluación de necesidades socioeducativas según las propuestas analizadas.

Tabla 13

Características de los modelos de evaluación de necesidades socioeducativas.

	Modelo de Kaufman (1982, 1988)	Modelo de Hays (1977)	Guía de Sanz Oro (1998)	Modelo de McKillip (1989)
Enfoque de la evaluación de necesidades	Diferencias entre la realidad y lo que debería de ser	Carencias e insuficiencias	Necesidades detectadas en el contexto	Necesidades normativas, percibidas, expresadas y comparadas
Etapas	1.Determinación del estado deseado 2.Identificación del estado actual 3.Análisis de la discrepancia 4.Priorización de necesidades 5.Selección de estrategias y recursos 6. Evaluación y seguimiento de resultados	1.Diseño. 2.Recogida y análisis de la información 3.Presentación de resultados 4.Valoración 5.Diseño de mejoras	1.Preparación 2.Implementación 3.Aplicación	1.Identificación de destinatarios 2.Descripción de la población 3. Detección de necesidades 4.Valoración 5.Comunicación de resultados
Metodología	Mixta, según pertinencia	Predominante Cualitativa (posible cuantitativa)	Predominante Cualitativa (posible cuantitativa)	Predominante Cualitativa (posible cuantitativa)
Complementación	Aporta una lógica clara de jerarquización y planificación	Aporta una perspectiva centrada en el riesgo social	Aporta orientaciones prácticas para intervenir desde el diagnóstico	Aporta diferentes tipos de necesidad y propone priorización según contexto

Nota. Elaboración propia (2025)

Desde una perspectiva comparativa, del análisis de los anteriores modelos se puede destacar que cada uno de ellos aporta una perspectiva particular que enriquece esta investigación. El modelo de Kaufman (1982, 1988) se destaca por su estructura clara, lógica funcional y metodología mixta, lo que lo convierte en una herramienta versátil y adaptable

al contexto de la AED con una comparación entre la realidad y lo que debería de ser que lo hace especialmente útil en el marco de esta tesis. El modelo de Hays (1977), por su parte, introduce una mirada más cualitativa centrada en las carencias y riesgos sociales. La guía de Sanz Oro (1998) presenta una valiosa adaptación práctica de los anteriores referentes teóricos y elabora un instrumento concreto de trabajo que pone el énfasis en la participación de la comunidad educativa, siendo algo clave en el enfoque socioeducativo de esta investigación. Finalmente, el modelo de McKillip (1989) contribuye con un enfoque tipológico de necesidades que enriquece el análisis conceptual y ayuda a categorizar la información recogida de forma más precisa.

En base a lo anterior analizado, la presente investigación adopta como modelo de referencia principal la propuesta de Kaufman (1982, 1988), dado que su estructura completa y ordenada, orientación hacia la resolución de necesidades detectadas entre la situación actual y la deseada, así como su apertura metodológica permite integrar diversos métodos que ofrecen un marco sólido para la evaluación de necesidades socioeducativas.

Sin embargo, se reconoce que ningún modelo por sí solo agota la complejidad del diagnóstico socioeducativo del alumnado de AED, siendo por lo que para el diseño de este proceso se consideran elementos clave la valoración de las carencias e insuficiencias por tratarse de un estudiantado con riesgo social (Hays, 1977; Scriven, 1967), la dimensión participativa de diferentes agentes implicados (Parlett & Hamilton, 1977; Sanz Oro, 1998; Stake, 1975) y la diversidad de las distintas necesidades socioeducativas existentes (McKillip, 1989; Parlett & Hamilton, 1977; Stufflebeam et al., 1987). Esta combinación, junto con el establecimiento de criterios de rigor que guíen la recogida, el análisis y valoración de la información (aspecto que se borda en el siguiente apartado), permite lograr un diagnóstico socioeducativo riguroso y adaptado al contexto del alumnado de AED.

5.3. Criterios de rigor y enfoques metodológicos en el diagnóstico socioeducativo

Según refiere Marí Mollà (2008), la aplicación de determinados criterios de rigor en estos procesos es fundamental por dos razones: “la complejidad del objeto diagnóstico y el recurso necesario a una complementariedad metodológica, y la introducción de la intervención educativa en el propio proceso diagnóstico” (p. 621).

Esta complejidad es compartida por González-Machado & Santillán-Anguiano (2023) e Iglesias Cortizas (2006). Estas autorías refieren que el diagnóstico en contextos educativos va más allá del ámbito escolar-académico con la necesidad de incluir un análisis de los contextos socioeducativos a partir de diferentes metodologías que permitan la detección del nivel de desarrollo personal, social y académico.

Asimismo, Padilla-Carmona (2002) resalta que las variables en educación implicadas presentan una elevada amplitud y complejidad, por lo que la elección de una sola técnica de recogida de información podría resultar una opción limitada donde se vería afectada la descripción en profundidad del objeto de estudio.

Este análisis es relevante desde la perspectiva de esta investigación, ya que la evaluación de la realidad socioeducativa del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria (AED) es un proceso complejo por las múltiples dimensiones que presenta este estudiantado, académicas, familiares, socioemocionales, etc. y, por lo tanto, la necesaria consideración de procedimientos tanto cuantitativos como cualitativos que aseguren su fundamentación diagnóstica.

Resultado de lo apuntado, Marí Mollà (2008) propone la determinación de ciertos criterios y estrategias que aseguren de forma rigurosa el proceso de una investigación diagnóstica, destacando la definición y delimitación de las etapas con la concreción de

procedimientos de recogida de datos y la determinación de criterios que lleven a resultados de confianza.

En cuanto a los criterios de estos procesos, esta autoría enfatiza sobre la complejidad del fenómeno educativo y adapta su enfoque metodológico mixto a la clásica terminología naturalista y cualitativa planteada por Lincoln & Guba (1985). Desde esta perspectiva, Marí Mollà (2008) defiende un análisis y valoración de los datos buscando garantizar unos resultados confiables bajo los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad.

Según Lincoln & Guba (1985) y Marí Mollà (2008), estos criterios son entendidos desde una perspectiva interpretativa del siguiente modo:

- Credibilidad: Confianza sobre la autenticidad y exactitud de los resultados de una investigación con estrategias como, entre otras, la triangulación de datos.
- Transferibilidad: Aplicación y utilidad de los resultados en otras investigaciones a partir de descripciones detalladas de los resultados.
- Dependencia: Estabilidad y coherencia de los resultados a lo largo del tiempo y en diferentes condiciones a partir de mostrar una investigación bien documentada y transparente que permita a otras investigaciones comprender las conclusiones que se obtuvieron.
- Confirmabilidad: Se relaciona con la neutralidad del estudio garantizando que los resultados no han sido sesgados y se pueden confirmar por otras investigaciones o autorías.

Sin embargo, caben destacar otros enfoques que tradicionalmente se han relacionado con el diagnóstico de la evaluación educativa. Desde una perspectiva más cuantitativa, autorías como Aiken (1985), Anastasi & Urbina (1997), Cronbach (1963) y Messik (1989) han abordado la necesidad de garantizar la validez y fiabilidad en los procesos de medición

y validación, siendo ambos criterios considerados como fundamentales para la construcción de instrumentos de recogida de datos.

En cuanto al criterio de validez, este es considerado como esencial para asegurar que el diagnóstico mida realmente lo que pretende medir (Messik, 1989). Así como la fiabilidad o confiabilidad hace referencia a la consistencia y estabilidad de los resultados obtenidos (Cronbach, 1963).

Asimismo, otros enfoques también han incorporado criterios centrados en la aplicación y los resultados de este proceso. En este sentido, Stufflebeam et al. (1987) describen los términos de relevancia y utilidad, siendo el primero referido a la pertinencia del diagnóstico en sus objetivos y necesidades reales del alumnado, así como el segundo resalta la importancia de que los resultados de la evaluación sean prácticos y aplicables para la correspondiente toma de decisiones.

Del análisis de todos los criterios apuntados se observa, por una parte, enfoques tradicionales que hablan de validez, fiabilidad, relevancia y utilidad y, por otro lado, perspectivas más interpretativas como las de Marí Mollà (2008) que se basan y adaptan la propuesta original de Lincoln & Guba (1985) y defienden criterios más cualitativos como los de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad como garantías de un proceso de diagnóstico que se debe adaptar a la complejidad educativa.

No obstante, más allá de las distinciones que presenten las autorías en sus propuestas según su posición, desde la perspectiva de este estudio se adopta un enfoque metodológico mixto donde se consideran complementarios los criterios apuntados y son entendidos en la presente investigación del siguiente modo.

Se reconoce la credibilidad como la precisión del diagnóstico socioeducativo para que los datos reflejen fielmente la realidad del estudiantado de AED, entendiendo la importancia tanto de la validez para garantizar la medición de los instrumentos como el uso

de estrategias como, por ejemplo, la triangulación según las herramientas y fuentes de información utilizadas.

La transferibilidad es considerada de difícil cumplimiento para contextos diferentes a la AED. No obstante, se puede relacionar con el criterio de relevancia, dado que en cualquier caso los resultados deben ser pertinentes con las necesidades de este alumnado y útil para la toma de decisiones.

En cuanto a la dependencia se relaciona con la fiabilidad, siendo consideradas como interesantes ambas perspectivas, dado que la fiabilidad busca garantizar la consistencia de los resultados desde un punto de vista cuantitativo y la dependencia defiende la coherencia y claridad de todo el proceso metodológico para que otras personas investigadoras puedan seguir su razonamiento.

Finalmente, los criterios de confirmalidad y de utilidad son entendidos como la objetividad de la información y de los resultados, siendo interesantes en la última etapa del diagnóstico socioeducativo destinada para la valoración del propio proceso. El seguimiento de estos criterios resalta la importancia tanto de que los resultados sean prácticos y útiles como de asegurar la transparencia en la toma de decisiones para que las auditorías puedan interpretar si son justificadas.

5.4. Síntesis del capítulo

En el primer apartado se ha presentado una aproximación conceptual del proceso de diagnóstico socioeducativo. Como aspectos clave de este análisis se destacan los siguientes:

- En contextos relacionados con la educación es definido como un proceso continuado y sistemático que implica la recogida y análisis de la información, valoración, toma de decisiones e intervención educativa.

- El proceso de diagnóstico socioeducativo mantiene una cierta similitud con el concepto de evaluación, pero su objetivo principal no es evaluar el objeto educativo, sino comprender su realidad actual junto a la identificación de posibles problemas y resolución de necesidades.
- El concepto de diagnóstico socioeducativo es entendido como una vía de acceso que permite acercarse a la realidad social y educativa del alumnado de AED desde una perspectiva contextualizada, multidimensional y dinámica que atienda problemas y necesidades susceptibles de ser resueltas.
- Los diagnósticos socioeducativos de AED son procesos integrales que identifican necesidades y áreas de mejora a partir del estudio de todo su contexto, por lo que resulta imprescindible fundamentar el diseño de todo su procedimiento.
- El concepto de necesidad está ligado a los términos de limitación, carencia y aspiración, siendo fundamental en la AED no solo analizar las limitaciones de su enfermedad o convalecencia, sino también todas sus necesidades socioeducativas.

En el segundo apartado se han explorado, en el primer subapartado, los principales modelos clásicos de evaluación de programas educativos. Como aspectos clave:

- Entre las propuestas más clásicas se destacan el modelo de toma de decisiones de Stufflebeam et al. (1987) con el CIPP, el modelo evaluación respondete de Stake (1975), el modelo de evaluación iluminativa de Parlett & Hamilton (1977) y el modelo de evaluación sin referencia a metas de Scriven (1967).
- Aunque los anteriores modelos no han sido diseñados exclusivamente para el diagnóstico socioeducativo, desde diferentes enfoques todos son procesos sistemáticos donde este tipo de evaluación siempre forma parte de sus etapas iniciales y sirven como referentes teóricos y metodológicos útiles para su diseño.

- A pesar de lo anterior, se reconoce la necesidad de también fundamentar el diagnóstico socioeducativo de la AED con modelos más específicos de evaluación de necesidades socioeducativas.

En el segundo subapartado se han explorado los principales modelos de evaluación de necesidades socioeducativas. Como aspectos clave:

- De las diferentes propuestas analizadas, en esta investigación se adopta como modelo de referencia principal la propuesta de Kaufman (1982, 1988) por su estructura completa y ordenada, enfoque metodológico flexible y finalidad de resolución de necesidades a partir de la valoración entre situación actual y la deseada.
- Se reconoce que ningún modelo por sí solo agota la complejidad del diagnóstico socioeducativo del alumnado de AED, por lo que para el diseño de un procedimiento riguroso y adaptado al contexto de esta investigación se toman como referentes complementarios y enriquecedores los principales elementos clave del resto de propuestas analizadas.

Finalmente, el último apartado se ha dedicado a los principales criterios y enfoques metodológicos propuestos por la literatura para garantizar el diagnóstico socioeducativo del alumnado de AED. Como aspectos clave:

- La aplicación de criterios de rigor en los procesos de diagnóstico socioeducativo es fundamental por la complejidad que representa el objeto a evaluar.
- El alumnado de AED presenta una elevada complejidad de diagnóstico por las diversas dimensiones académicas, familiares, socioemocionales, etc., siendo necesario la consideración de procedimientos tanto cuantitativos como cualitativos para su análisis y valoración.

- La aplicación de criterios de rigor en la evaluación de necesidades socioeducativas del alumnado de AED debe garantizar la coherencia, rigurosidad y fundamentación como aspectos esenciales para asegurar todo el proceso.
- Promovido por la complejidad del fenómeno educativo, se observan propuestas para este tipo de procesos con metodologías mixtas que adoptan criterios de corte tradicionalmente más cualitativo como la credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmalidad.
- De los enfoques con criterios de corte tradicionalmente más cuantitativo relacionados con el diagnóstico en el ámbito educativo se destacan principalmente la validez, fiabilidad, relevancia y utilidad.
- Desde la perspectiva de este estudio se adopta un enfoque metodológico mixto en el que los criterios presentados no se consideran excluyentes, sino complementarios reconociendo el valor que cada uno aporta de su propia lógica.

Bloque III. Diseño de la investigación

Capítulo 6. Diseño de la investigación

Introducción al capítulo

Este capítulo expone el diseño metodológico empleado para responder a la investigación. En primer lugar se presentan las preguntas iniciales del estudio junto al objetivo general y específicos que fueron formulados.

El segundo apartado se centra en la justificación metodológica donde, con base en las preguntas y objetivos planteados, se argumenta la elección del paradigma, la metodología, los métodos y las herramientas utilizadas en esta investigación.

Posteriormente, se da paso a los siguientes apartados dedicados a la descripción del diseño de la triangulación, población, muestra, herramientas de recogida de datos y consideraciones éticas.

6.1. Preguntas de investigación

Se establecieron las siguientes cuestiones:

1. ¿Los centros educativos de secundaria obligatoria disponen de una medida de respuesta adecuada e inclusiva para el alumnado de Atención Educativa Domiciliaria?

Esta pregunta de carácter general surge de la duda por conocer si existe una adecuada previsión y actuación por parte del centro educativo para la inclusión educativa de la Atención Educativa Domiciliaria. Contestar a esta pregunta permite diagnosticar la realidad de este alumnado y conocer si las medidas implementadas dan respuesta a sus necesidades socioeducativas.

2. ¿Los centros educativos tienen previsto en su documentación interna planes generales o programas específicos para esta medida de respuesta?

Responder a este interrogante permite conocer si existe algún tipo de documento que considere la Atención Educativa Domiciliaria en los centros educativos, ya sean planes generales o programas educativos. Asimismo, permite analizar qué contemplan estos documentos como, por ejemplo, recursos, agentes implicados, análisis de necesidades socioeducativas, diseño de evaluación de programas, directrices de implementación, etc.

3. ¿Cuáles son las necesidades del alumnado en Atención Educativa Domiciliaria desde la percepción profesional?

Esta cuestión surge de la necesidad por saber cuáles son las necesidades de este estudiantado desde los diversos aspectos socioeducativos que giran en torno a esta problemática. La respuesta de esta pregunta se plantea desde una mirada profesional, en concreto desde el personal de orientación del centro educativo, permitiendo identificar estas necesidades socioeducativas desde la percepción de una figura profesional que debe conocer todos estos aspectos, asesorar a las personas implicadas durante el proceso y promover su comunicación, colaboración y coordinación.

4. ¿Cuál es la actuación de la dirección del centro educativo una vez formalizada la Atención Educativa Domiciliaria?

Esta pregunta permite identificar cuál es la actuación de las personas responsables en la implementación de esta medida de respuesta en la práctica, ya sea a partir de sus planes generales, programas específicos u otros métodos.

5. ¿Las medidas implementadas por los centros educativos dan respuesta a las necesidades socioeducativas de este alumnado según la percepción profesional?

La respuesta de esta cuestión permite comprobar si la actuación actual de los centros educativos está dando respuesta a las necesidades socioeducativas según la percepción del personal profesional que atiende a este alumnado.

6. ¿Cómo se conseguiría mejorar la respuesta de los centros educativos para este alumnado?

Partiendo desde el conocimiento de los puntos débiles y fuertes que actualmente presentan los centros educativos para el abordaje de la Atención Educativa Domiciliaria, esta información permitirá establecer posibles propuestas de mejora para dar respuesta a este fenómeno desde una perspectiva holística e inclusiva.

6.2. Objetivos

En congruencia con las preguntas de investigación se establecieron los siguientes objetivos:

6.2.1. Objetivo general

Evaluar la realidad socioeducativa del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria en los centros educativos públicos de secundaria obligatoria de la provincia de Barcelona desde una perspectiva inclusiva.

6.2.2. Objetivos específicos

1. Identificar cómo los planes generales y programas específicos de los centros educativos consideran la Atención Educativa Domiciliaria.

2. Analizar las necesidades académicas del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria.

3. Detectar los recursos disponibles para satisfacer las necesidades de este tipo de alumnado.

4. Explorar la involucración del entorno familiar en la Atención Educativa Domiciliaria.

5. Conocer la influencia de los factores sociales y personales en la inclusión educativa de este estudiantado.

6. Analizar la implementación de los centros educativos para la Atención Educativa Domiciliaria.

7. Explorar la adaptabilidad de las estrategias educativas para dar respuesta a este alumnado.

8. Conocer la evaluación de los centros educativos para la Atención Educativa Domiciliaria.

9. Comprobar si las medidas implementadas por los centros educativos responden a las necesidades socioeducativas del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria desde la perspectiva profesional.

10. Proponer mejoras para la actuación psicopedagógica en la Atención Educativa Domiciliaria desde una perspectiva inclusiva.

A partir de la Tabla 14 se muestra la relación entre las preguntas y los objetivos de la investigación.

Tabla 14

Relación entre las preguntas y los objetivos de la investigación.

Pregunta de investigación	Objetivo general
¿Los centros educativos de secundaria obligatoria disponen de una medida de respuesta adecuada e inclusiva para el alumnado de Atención Educativa Domiciliaria?	Evaluar la realidad socioeducativa del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria en los centros educativos públicos de secundaria obligatoria de la provincia de Barcelona desde una perspectiva inclusiva.
Preguntas de investigación	Objetivos específicos
¿Los centros educativos tienen previsto en su documentación interna planes generales o programas específicos para esta medida de respuesta?	1. Identificar cómo los planes generales y programas específicos de los centros educativos consideran la Atención Educativa Domiciliaria.
¿Cuáles son las necesidades del alumnado en Atención Educativa Domiciliaria desde la percepción profesional?	2. Analizar las necesidades académicas del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria. 3. Detectar los recursos disponibles para satisfacer las necesidades de este tipo de alumnado. 4. Explorar la involucración del entorno familiar en la Atención Educativa Domiciliaria. 5. Conocer la influencia de los factores sociales y personales en la inclusión educativa de este estudiantado.
¿Cuál es la actuación de la dirección del centro educativo una vez formalizada la Atención Educativa Domiciliaria?	6. Analizar la implementación de los centros educativos para la Atención Educativa Domiciliaria. 7. Explorar la adaptabilidad de las estrategias educativas para dar respuesta a este alumnado. 8. Conocer la evaluación de los centros educativos para la Atención Educativa Domiciliaria.

¿Las medidas implementadas por los centros educativos dan respuesta a las necesidades socioeducativas de este alumnado según la percepción profesional?	9. Comprobar si las medidas implementadas por los centros educativos responden a las necesidades socioeducativas del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria desde la perspectiva profesional.
¿Cómo se conseguiría mejorar la respuesta de los centros educativos para este alumnado?	10. Proponer mejoras para la actuación psicopedagógica en la Atención Educativa Domiciliaria desde una perspectiva inclusiva.

Nota. Elaboración propia (2024).

6.3. Justificación metodológica

En la investigación contemporánea es importante identificar el paradigma como el fundamento de las metodologías de investigación empleadas en la actualidad. El término paradigma adquirió popularidad a través del trabajo de Kuhn (1962) donde lo define como una forma de pensar filosófica que resume las creencias de las personas investigadoras. Guba (1990) profundizó aún más este concepto, definiéndolo como un conjunto básico de creencias que guían la acción, ya sea en las actividades cotidianas o en la acción tomada en relación con una investigación disciplinada. Estas creencias abordan tres cuestionamientos básicos:

- Ontológico: ¿Cuál es la naturaleza de la realidad?
- Epistemológico: ¿Cuál es la relación entre el investigador y lo investigado?
- Metodológico: ¿Cómo puede descubrir aquello que cree posible de ser conocido?

Entre los paradigmas más empleados y discutidos por la literatura se encuentra el postpositivismo, usualmente entendido como el método científico, el constructivismo que busca la comprensión del mundo, el transformador orientado en las personas y la justicia social, así como el pragmatismo centrado en el problema y los resultados prácticos y aplicables (Creswell & Creswell, 2018), (Tabla 15).

Tabla 15

Los paradigmas y sus principales características.

Postpositivismo	Constructivismo	Transformativo	Pragmatismo
Usualmente llamado método científico (filosofía determinista y reduccionista).	Busca la comprensión del mundo.	Busca promover el cambio y la justicia social.	Surge de acciones, situaciones y consecuencias. Se centra en el problema y busca soluciones.
Mediciones y observaciones empíricas.	Los individuos desarrollan significados subjetivos variados de sus experiencias.	Investigación colaborativa donde los individuos involucrados participan.	Libertad de elección de métodos, técnicas y procedimientos según el propósito.
Verificación de la teoría.	Generación o desarrollo inductivo de teoría.	Enfoque comprometido del investigador.	Enfoque pluralista para obtener conocimiento.
Principalmente metodología cuantitativa	Usualmente metodología cualitativa	Enfoques mixtos (cuantitativa y cualitativa)	Enfoques mixtos (cuantitativa y cualitativa)

Nota. Adaptación de la Tabla 1.1 de Creswell & Creswell (2018).

Partiendo desde el anterior análisis, este estudio se inspiró en un paradigma pragmático por los objetivos de la investigación y la naturaleza de unas preguntas que se deseaban responder buscando un conocimiento útil y con soluciones prácticas y efectivas, permitiendo una evaluación completa desde la flexibilidad que ofrece en la elección de métodos, técnicas y procedimientos que mejor se ajusten a las necesidades y objetivos del estudio (Arias, 2023; Creswell & Creswell, 2018).

Desde esta perspectiva, la investigación se centró principalmente en la recolección de los datos presentes en los documentos internos de centro en busca de consideraciones relativas a la Atención Educativa Domiciliaria, así como de las respuestas obtenidas de los cuestionarios y entrevistas aplicadas al personal de dirección y orientación de los centros educativos.

Asimismo, Hernández et al. (2014) refieren que la investigación “busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (p. 92). Por otro lado, Jiménez Jiménez & Tejada Fernández (2007) también describen la no intromisión de la persona investigadora como una de las características de estos estudios, siendo empleadas diferentes herramientas con la finalidad de “poder describir, comparar y clasificar los datos y tener una visión holística del fenómeno estudiado” (p. 618).

Partiendo de lo apuntado, se optó por adoptar un diseño metodológico integrador que permitiera un conocimiento no solo de qué necesidades y actuaciones describe el personal docente de los centros, sino también de cómo son y se tienen previstas estas necesidades y actuaciones. Todo con la finalidad de comprobar con un análisis en profundidad si los documentos y las actuaciones de los centros educativos daban respuesta a las necesidades socioeducativas de este alumnado.

Por lo tanto, esta investigación se inclinó por una metodología mixta con la utilización de métodos cuantitativos y cualitativos, que tiene como objetivo recoger información relevante acerca del objeto de estudio desde un enfoque amplio, analizar los datos y llegar a conclusiones sin pretender manipular o cambiar el fenómeno estudiado (Creswell, 2022; Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018; Lukas Mujika & Santiago Etxebarria, 2009).

Según define Creswell (2022), las investigaciones con metodología mixta son:

Una metodología y método para investigar en el ámbito de las ciencias sociales...en la cual el investigador recopila datos cuantitativos (cerrados) como cualitativos (abiertos), integra o combina ambos tipos de datos y obtiene inferencias...de esta integración que proporciona una visión amplia de los que se pretende aprender de los datos cuantitativos y cualitativos. (p. 2)

En cuanto al diseño de los estudios mixtos, son diversas las posibilidades para combinar los enfoques cuantitativos y cualitativos, siendo principalmente identificados tres diseños básicos: el secuencial explicativo, el secuencial exploratorio y el convergente (Creswell, 2022; Creswell & Creswell, 2018; Creswell & Guetterman, 2019; Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018). Asimismo, existe la posibilidad de combinar ambas metodologías con un diseño de integración múltiple que permite adaptar la secuenciación dependiendo de las necesidades específicas de cada investigación (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

La elección del diseño más adecuado se basa en la prioridad y peso de cada vertiente (igual o diferente), la secuencia o tiempos de los métodos (secuencial o concurrente), el propósito de la integración de los datos y las etapas del proceso de la investigación donde se integran ambos enfoques.

Esta tesis partió desde el enfoque de unos datos cualitativos y cuantitativos que fueron considerados como fuentes de información de igual peso para esta investigación. Sin embargo, la recopilación de la información no se ajustaba a los diseños más básicos, dado que se consideró conveniente realizar primero una exploración inicial cualitativa del objeto de estudio, seguido de una identificación cuantitativa del “qué” para, finalmente, complementarlo con un análisis cualitativo del “cómo”.

Es por esta razón que la investigación se inclinó por un diseño de integración múltiple. Este enfoque permitió en una primera etapa la recolección y el análisis de los datos cualitativos, en una segunda etapa, la recolección y el análisis de los datos cuantitativos y, en una tercera etapa, una última recolección y análisis de datos cualitativos. Todo lo anterior para finalmente integrar e interpretar los resultados obtenidos en ambas vertientes metodológicas (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

Asimismo, Creswell & Creswell (2018) y Hernández Sampieri & Mendoza Torres (2018) refieren la utilización de otros diseños que pueden ser integrados en los diseños centrales. En palabras de Hernández Sampieri & Mendoza Torres (2018): “el investigador elige un diseño mixto general y luego desarrolla un diseño específico para su estudio, pudiendo adaptarlo a su planteamiento del problema y el contexto de la investigación” (p. 625).

En congruencia con lo anterior, en la etapa cualitativa de la primera etapa se optó por un estudio de caso múltiple con la realización de una técnica de análisis documental (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018). Este enfoque posibilitó una comprensión más profunda del fenómeno identificando patrones, similitudes y diferencias con el análisis de información obtenida en centros educativos que se relacionaban entre ellos por unas mismas normas, obligaciones y responsabilidades.

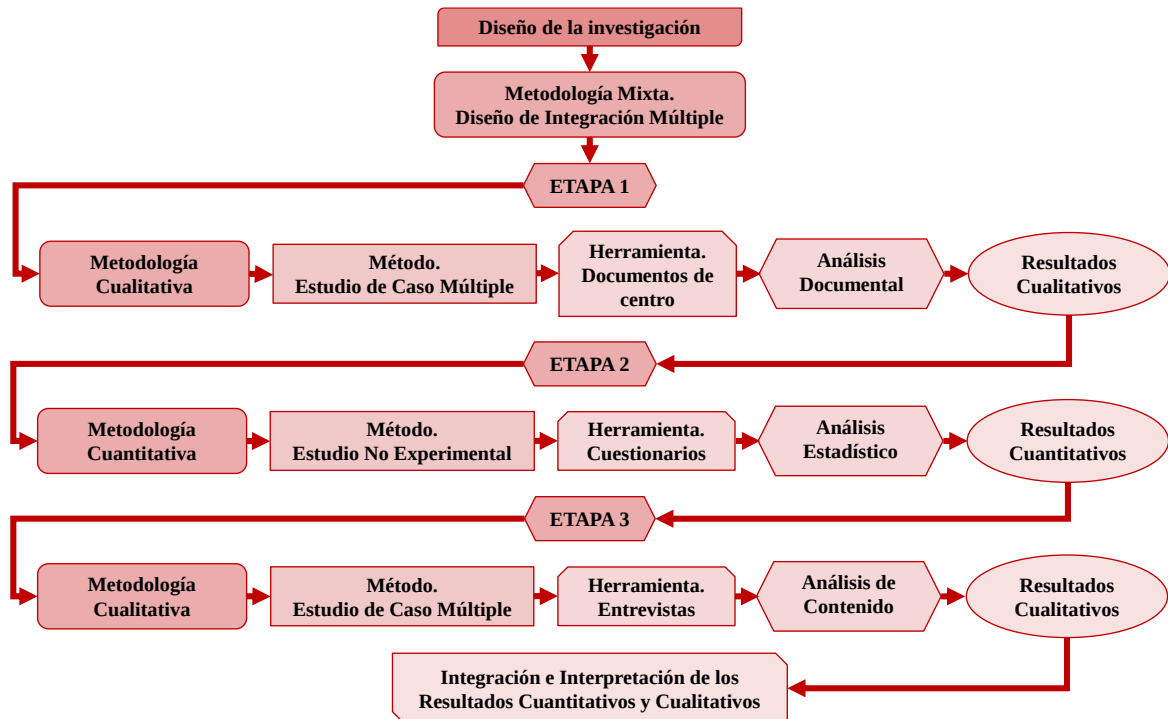
En la etapa cuantitativa se optó por un diseño no experimental con la aplicación de cuestionarios y un análisis por estadística descriptiva, correlacional e inferencial. En los análisis inferenciales aplicados, se consideró un nivel de significación estadística de $\alpha = 0,05$ con el fin de controlar el error tipo I, es decir, la probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo esta verdadera. Asimismo, se consideró la importancia de la potencia estadística ($1 - \beta$) para minimizar el riesgo de error tipo II y procurar que el análisis fuera lo suficiente sensible para detectar posibles relaciones significativas entre variables (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018). De esta manera, la estrategia estadística aplicada permitió analizar, validar e interpretar los resultados con el rigor metodológico necesario.

Finalmente, en la última etapa cualitativa se optó por un estudio de caso múltiple con la implementación de entrevistas (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018). Este enfoque, a partir de los resultados cuantitativos de la etapa anterior, permitió integrar e interpretar cómo los datos cualitativos explicaban los resultados cuantitativos.

El diseño completo del estudio quedó según se representa en la Figura 10.

Figura 10

Diseño completo de la investigación.



Nota. Elaboración propia (2024).

6.4. Triangulación

La triangulación es entendida como el proceso de investigar un mismo fenómeno con la utilización de diferentes teorías o perspectivas, personas investigadoras, metodologías, fuentes o herramientas de recogida de la información, todo ello con la finalidad de aportar profundidad, validez y fiabilidad a los resultados obtenidos (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

La triangulación en esta investigación se planteó en tres niveles complementarios: metodológico (cualitativo-cuantitativo-cualitativo), de diferentes fuentes de información (documentación interna del centro, personal directivo y de orientación) y de herramientas de recogida de información (documentos, cuestionarios y entrevistas), (Figura 11).

Este procedimiento permitió contrastar el contenido documental de las instituciones con las percepciones y experiencias profesionales desde un enfoque metodológico mixto. El análisis de contenido de los documentos ofreció un marco de referencia sobre las medidas previstas por los centros educativos para el alumnado de Atención Educativa Domiciliaria, los cuestionarios aportaron una visión amplia y cuantificable de las percepciones del personal de dirección y de orientación, así como las posteriores entrevistas con ambas figuras profesionales permitieron complementar y profundizar este fenómeno desde un enfoque cualitativo. El cruce de los tres niveles (metodologías, herramientas de recogida y fuentes de información) posibilitaron identificar convergencias y divergencias, reforzando la validez de los resultados y ofreciendo una comprensión más holística y sólida del objeto de investigación.

Figura 11

Triangulación de la investigación.



Nota. Elaboración propia (2024)

6.5. Población

Según refieren Hernández Sampieri & Mendoza Torres (2018), la población o el universo “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p. 197).

La población en esta investigación se obtuvo de acuerdo con una serie de criterios que fueron aplicados al directorio oficial de centros educativos del Departamento de Educación de Cataluña disponible públicamente. Se establecieron iguales para la vertiente cuantitativa y cualitativa del siguiente modo:

1. Ubicación: Barcelona provincia.
2. Titularidad: Pública.
3. Nivel educativo: Impartición de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO).
4. Denominación: Instituto o Instituto-Escuela.
5. Disposición del Proyecto Educativo de Centro (PEC) de acceso público.

El estudio se centró en una sola región geográfica de Cataluña y titularidad con el propósito de obtener un mayor detalle, precisión y homogeneidad en el análisis de los datos, así como por la disponibilidad de mejor acceso a la muestra y, por lo tanto, mayor facilidad de obtener colaboración y respuestas.

En cuanto a las distintas denominaciones que presentan los centros educativos, dado que este apoyo educativo debe estar siempre garantizado, en un principio no se consideró importante si los centros impartían otras etapas educativas además de la ESO. Sin embargo, el directorio del Departamento de Educación mostró una gran diversidad de categorías como, por ejemplo, instituciones destinadas al cumplimiento de medidas penales privativas de libertad, centros donde esta medida de respuesta no sería aplicable. Por lo tanto, con el objetivo de contar con una muestra lo más adecuada y coherente posible con la tipología de

centros, se decidió centrar el estudio en los institutos e institutos-escuelas por tratarse de las principales instituciones responsables de la impartición de la ESO en Cataluña.

Asimismo, como último criterio, debido a las limitaciones que presentaban algunos de los centros educativos en la publicación de sus PEC, con la finalidad de obtener un perfil de idoneidad lo más óptimo posible para identificar las necesidades de este alumnado se optó por la incorporación de este criterio adicional.

Sin tener en cuenta este último criterio de inclusión, cabe destacar que el número total de instituciones que cumplían el resto de las especificaciones ascendió a 450 centros educativos en la provincia de Barcelona. Sin embargo, aunque la normativa así lo establece, tras la comprobación documental de acceso público que ofrecía cada uno de los anteriores, se observó que solo 341 de los centros dispusieron de la publicación del PEC permitiendo el acceso a su lectura (Anexo 2).

Las características de los centros que integran la población del estudio se muestran en la Tabla 16.

Tabla 16

Características de los centros educativos que formaron la población.

Ubicación / Titularidad	Denominación	Principales estudios impartidos	N.º de centros
Provincia de Barcelona / Público	Instituto-Escuela	Educación infantil Educación primaria ESO	45
Provincia de Barcelona / Público	Instituto-Escuela	Educación infantil Educación primaria ESO Bachillerato	2
Provincia de Barcelona / Público	Instituto-Escuela	Educación primaria ESO Bachillerato Formación profesional	1
Provincia de Barcelona / Público	Instituto	ESO	29

Provincia de Barcelona / Público	Instituto	ESO Bachillerato	145
Provincia de Barcelona / Público	Instituto	ESO Bachillerato Formación profesional	119
			341

Nota: Elaboración propia (2024).

6.6. Muestra

En cuanto a la selección de la muestra, en términos generales, esta se define como “la acción de seleccionar un subconjunto de un conjunto mayor, universo o población de interés para recolectar los datos necesarios a fin de responder un planteamiento” (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018, p. 649).

Llevar a cabo esta selección en un estudio mixto conlleva una mayor complejidad, dado que se deberá tener presente la selección de una muestra para cada una de las vertientes metodológicas (cuantitativa y cualitativa). En estos estudios, el proceso puede surgir de diferentes estrategias, siendo determinante la capacidad o habilidad de la persona investigadora para combinar creativamente los diferentes tipos de selección muestral (Brevis Yéber, 2023; Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018; Teddlie & Yu, 2007).

En congruencia, esta investigación se inclinó por una estrategia diferente para cada una de las etapas según se describe en los siguientes tres subapartados.

6.6.1. Muestra de la primera etapa. Cualitativa

Para llevar a cabo el análisis documental previsto en la primera etapa cualitativa de la investigación se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando inicialmente como muestra todos los Proyectos Educativos de Centro (PEC) del total de la población según el orden del listado obtenido a partir del directorio oficial. Esta estrategia permitió la recogida de datos hasta su saturación, siendo esta cuando “la nueva información

o datos que se agreguen ya no produzca o aporte conocimientos novedosos o adicionales” (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018, p. 427).

El tamaño final de la muestra hasta llegar a esta saturación quedó establecido en 25 centros educativos (Tabla 17).

Tabla 17

Relación entre la muestra inicial y final para el análisis documental.

Población	Muestra	Muestra Final (saturación de la información)
341	341	25

Nota: Elaboración propia (2024).

6.6.2. Muestra de la segunda etapa. Cuantitativa

Para el diseño cuantitativo de la segunda etapa de la investigación (aplicación de cuestionarios), la concreción de una muestra aleatoria representativa y el logro de su participación suponía una importante limitación por la obligada colaboración específica de un gran número de centros seleccionados al azar. Asimismo, el carácter exploratorio de la investigación demandaba un acceso directo y eficaz a personas profesionales con experiencia, siendo una intención que difícilmente podía lograrse mediante un muestreo aleatorio, puesto que no existía un registro público de los centros educativos ni de las figuras profesionales que habían tratado casos de Atención Educativa Domiciliaria (AED).

Debido a este escenario y con el propósito de establecer la mayor participación y compromiso posible con la investigación, el muestreo no se realizó desde un enfoque tradicional representativo de la población, sino que correspondió al personal directivo y de orientación educativa de todos los centros educativos de la población desde un muestreo no probabilístico por conveniencia y voluntario con participantes seleccionados por su experiencia, accesibilidad y disposición para colaborar y responder a los cuestionarios

(Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018). Estos instrumentos, entre otros datos generales, solicitaron concretar la experiencia específica en AED.

Cabe señalar que la muestra participante disponía de las mismas especificaciones de región, titularidad y responsabilidades, así como de la formación y el conocimiento necesario y relevante sobre el objeto de estudio. Sin embargo, se reconoce que la utilización de una muestra voluntaria y no aleatoria podría introducir un sesgo de autoselección, dado que estas personas podrían diferir del conjunto de la población.

Para reducir este riesgo, se combinaron cuestionarios y entrevistas, se incluyeron distintos perfiles profesionales (personal de dirección y de orientación) con variados niveles de experiencia y formación, y se comprobó la coherencia interna de los datos, asegurando la saturación de información en los diferentes perfiles. Entre las principales fortalezas del estudio se encuentra el logro de sus objetivos, siendo alcanzado gracias al acceso a información contextualizada y pertinente que permitió comprender en profundidad la realidad socioeducativa del alumnado de AED.

Mediante correos electrónicos y llamadas telefónicas se invitó a un total de dos profesionales por cada uno de los centros educativos de la población (personal de dirección y orientación) para la participación y contestación de cuestionarios. Participaron 73 docentes de dirección y 75 de orientación (equivalente al 22% de la población total). Se descartaron los casos sin experiencia en AED, dejando un total de 66 en cada figura (Tabla 18).

Tabla 18
Relación entre la muestra invitada y participante para los cuestionarios.

Población	Muestra Invitada	Muestra Participante	Muestra Final
341 centros educativos	Dos profesionales por cada uno de los centros educativos (dirección y orientación).	73 profesionales de dirección y 75 de orientación.	66 profesionales de dirección y 66 de orientación

Nota: Elaboración propia (2024).

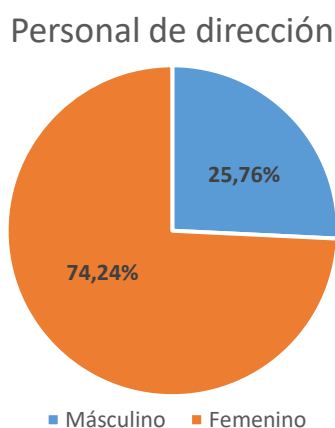
6.6.2.1. Características de la muestra del personal de dirección

El personal de dirección que participó en el cumplimiento de cuestionarios presentó las siguientes características:

- La distribución del género de la muestra fue principalmente femenino (Figura 12). No se disponía de información sobre la distribución real de los géneros de esta figura profesional en los centros educativos, por lo que no era posible confirmar su representatividad en la población. Se reconoció esta circunstancia como una limitación del estudio que se tuvo en cuenta al interpretar y generalizar los resultados.

Figura 12

Género de la muestra del personal de dirección.

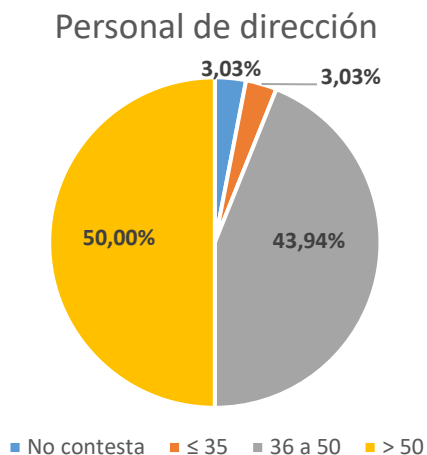


Nota. Elaboración propia (2025).

- El rango de edad de la muestra del personal de dirección se distribuyó con una mayor representación en más de 50 años (Figura 13).

Figura 13

Edad de la muestra del personal de dirección.

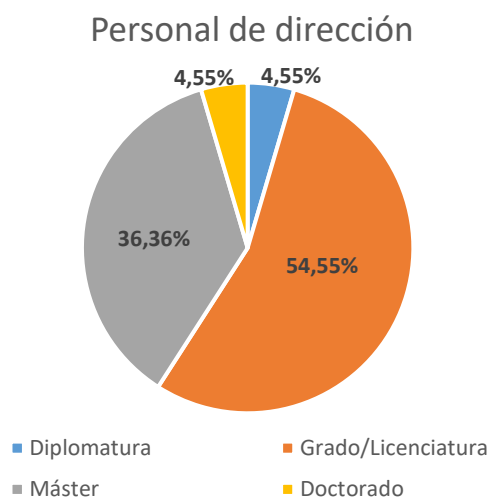


Nota. Elaboración propia (2025).

- Los estudios máximos alcanzados con más frecuencia en el personal de dirección fue la titulación de Grado/Licenciatura. (Figura 14).

Figura 14

Estudios máximos alcanzados del personal de dirección.

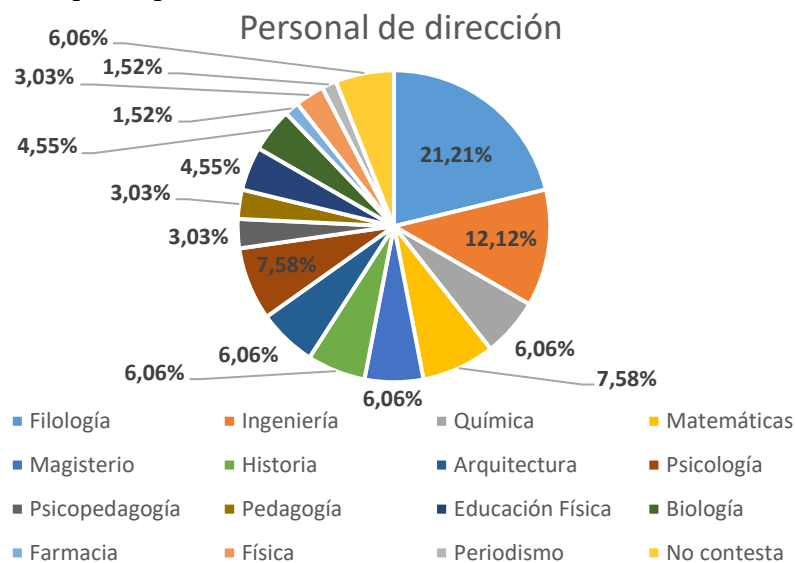


Nota. Elaboración propia (2025).

- De los estudios realizados por el personal de dirección se observaron una gran diversidad de titulaciones donde predominaron las Filologías con un 21,21% y las Ingenierías con un 12,12% (Figura 15).

Figura 15

Estudios realizados por el personal de dirección.

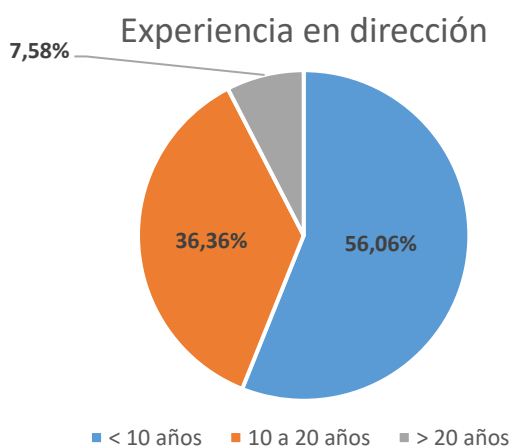


Nota. Elaboración propia (2025).

- Del total de experiencia profesional que disponía el personal de dirección se mostró con más frecuencia las experiencias inferiores a 10 años seguido de porcentajes también destacables en los rangos entre 10 y 20 años (Figura 16).

Figura 16

Experiencia profesional total como personal de dirección.



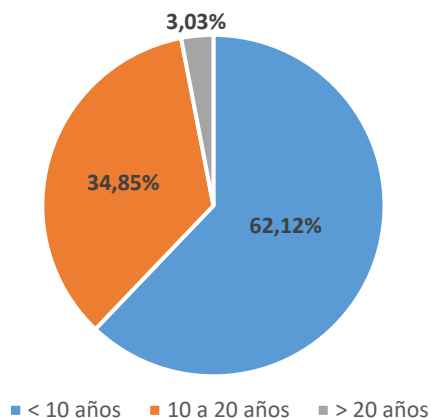
Nota. Elaboración propia (2025).

- La experiencia del personal de dirección en el centro actual donde trabajaban se distribuyó con una mayor representatividad en valores inferiores a 10 años (Figura 17).

Figura 17

Experiencia profesional de la dirección en el centro actual de trabajo.

Personal de dirección
(Experiencia en el centro actual)



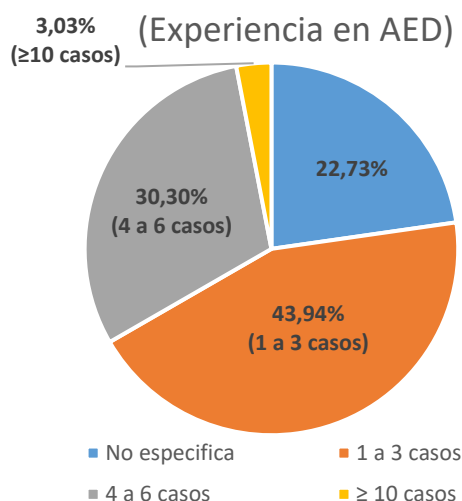
Nota. Elaboración propia (2025).

- En cuanto a la experiencia profesional en Atención Educativa Domiciliaria (AED), el personal de dirección mostró una mayor representatividad en las experiencias comprendidas entre 1 y 3 casos (Figura 18).

Figura 18

Experiencia profesional del personal de dirección en AED.

Personal de dirección
(Experiencia en AED)



Nota. Elaboración propia (2025).

6.6.2.2. Características de la muestra del personal de orientación

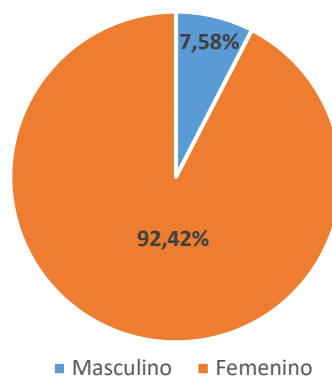
El personal de orientación que participó en el cumplimiento de cuestionarios presentó las siguientes características:

- La distribución del género de la muestra fue principalmente femenino (Figura 19). No se disponía de información sobre la distribución real de los géneros de esta figura profesional en los centros educativos, por lo que no era posible confirmar su representatividad en la población. Se reconoce esta circunstancia como una limitación del estudio que se tuvo en cuenta al interpretar y generalizar los resultados.

Figura 19

Género de la muestra del personal de orientación.

Personal de orientación educativa



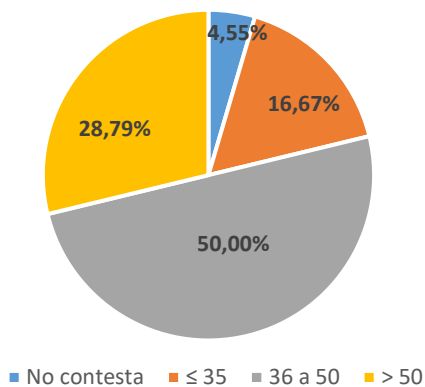
Nota. Elaboración propia (2025).

- El rango de edad de la muestra del personal de orientación se distribuyó con una mayor representación entre 36 y 50 años (Figura 20).

Figura 20

Edad de la muestra del personal de orientación.

Personal de orientación educativa



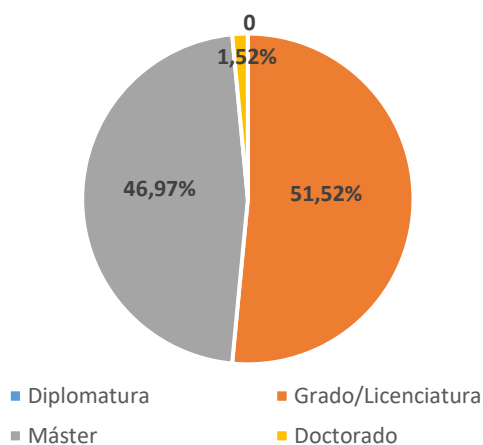
Nota. Elaboración propia (2025).

- Los estudios máximos alcanzados con más frecuencia en el personal de orientación fue la titulación de Grado/Licenciatura (Figura 21).

Figura 21

Estudios máximos alcanzados del personal de orientación.

Personal de orientación educativa



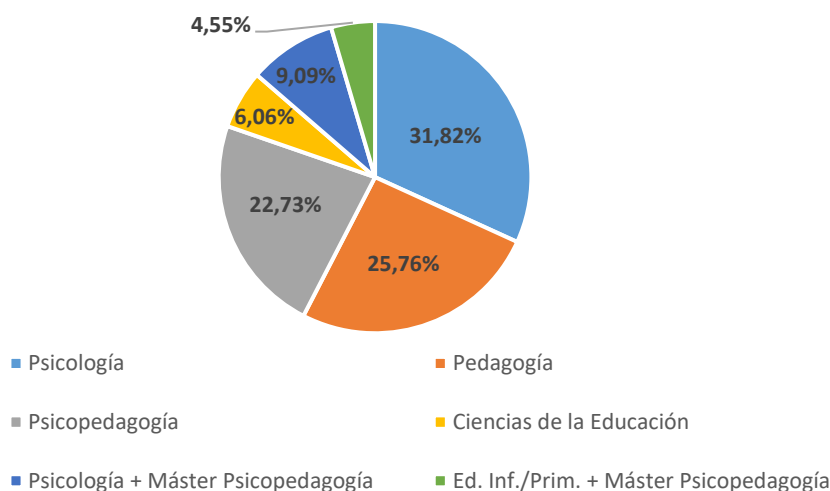
Nota. Elaboración propia (2025).

- De los estudios realizados por el personal de orientación educativa se mostraron titulaciones afines a su categoría profesional y donde se destacan la Psicología en un 31,82%, la Pedagogía en un 25,76% y la Psicopedagogía en un 22,73%, así como la combinación de titulaciones con el Máster de Psicopedagogía (Figura 22).

Figura 22

Estudios realizados por el personal de orientación.

Personal de orientación educativa



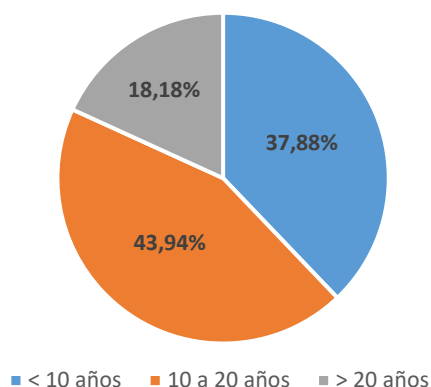
Nota. Elaboración propia (2025).

- Del total de la experiencia profesional que disponía el personal de orientación se mostró con más frecuencia las experiencias entre 10 y 20 años seguido de un porcentaje también destacable en las inferiores a 10 años (Figura 23).

Figura 23

Experiencia profesional total del personal de orientación.

Experiencia en orientación educativa



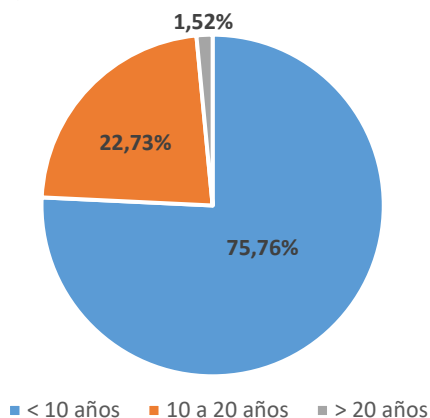
Nota. Elaboración propia (2025).

- La experiencia del personal de orientación en el centro actual donde trabajaban se distribuyó con una mayor representatividad en valores inferiores a 10 años (Figura 24).

Figura 24

Experiencia profesional de orientación en el centro actual de trabajo.

Personal de orientación educativa
(Experiencia en el centro actual)



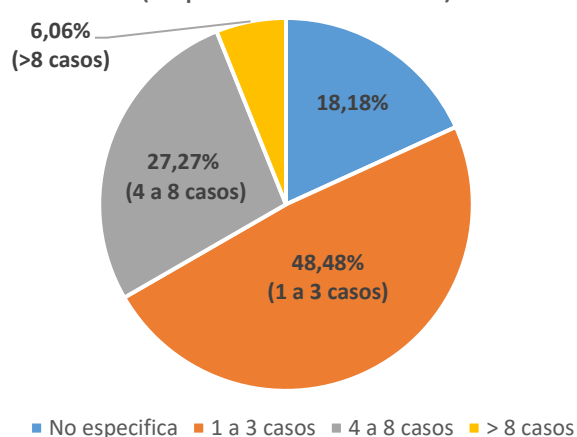
Nota. Elaboración propia (2025).

- En cuanto a la experiencia profesional en Atención Educativa Domiciliaria (AED), el personal de orientación mostró una mayor representatividad en las experiencias comprendidas entre 1 y 3 casos (Figura 25).

Figura 25

Experiencia profesional del personal de orientación en AED.

Personal de orientación educativa
(Experiencia en AED)



Nota. Elaboración propia (2025).

6.6.3. Muestra de la tercera etapa. Cualitativa

En cuanto a las entrevistas previstas en la vertiente cualitativa de la tercera etapa, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando como criterios determinantes que el personal profesional (dirección y orientación) de los centros educativos tuvieran experiencia directa en Atención Educativa Domiciliaria (AED) y fueran accesibles por su colaboración voluntaria en la investigación (Hernández et al., 2014; Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

Para cumplir este propósito se tomaron como referencia los centros educativos que pudieron ser comunicados por vía telefónica con la dirección durante la invitación a la participación de cuestionarios. En aquel momento fueron anotados aquellos que confirmaron su experiencia en AED y manifestaron una disposición positiva para participar en las entrevistas. Se volvió a contactar con ellos mediante correos electrónicos y llamadas telefónicas para comprobar y confirmar su disponibilidad voluntaria para las entrevistas. Desde esta estrategia, se produjo una saturación de la información tras la implementación de seis entrevistas realizadas en tres centros educativos (tres profesionales de dirección y tres de orientación).

6.6.3.1. Características de la muestra participante

Las características del personal de dirección y de orientación participante en las entrevistas se presentan en las Tablas 19 y 20.

De ambas figuras profesionales, cabe destacar que todas las personas participantes se identificaron con el género femenino. Dado que no se disponía de información sobre la distribución de los géneros en la población no era posible conocer su representatividad. No obstante, al tratarse de una participación voluntaria y exclusivamente femenina se reconoció esta circunstancia como una limitación del estudio que se tuvo en cuenta al interpretar y generalizar los resultados.

Tabla 19.

Características del personal de dirección en las entrevistas.

	Personal de dirección (3 participantes)		
Género.	100% femenino.		
Edad.	39 años.	47 años.	54 años.
Nivel de estudios máximo alcanzado.	Máster.	Máster.	Máster.
Estudios realizados.	Filología.		
	Filología.		
	Matemáticas.		
Tiempo total de experiencia en su rol profesional.	2 años.	5 años.	10 años.
Tiempo en el centro actual en su rol profesional.	2 años.	5 años.	10 años.
Experiencia en AED (N.º de casos)	3 casos.	4 casos.	4 casos.

Nota: Elaboración propia (2024).

Tabla 20

Características del personal de orientación en las entrevistas.

	Personal de orientación (3 participantes)		
Género.	100% femenino.		
Edad.	42 años.	43 años.	55 años.
Nivel de estudios máximo alcanzado.	Licenciatura.	Máster.	Grado.
Estudios realizados.	Pedagogía.		
	Psicología educativa.		
	Psicopedagogía.		
Tiempo total de experiencia en su rol profesional.	17 años.	14 años.	22 años.
Tiempo en el centro actual en su rol profesional.	15 años.	1 año.	3 años.
Experiencia en AED (N.º de casos)	>10 casos.	2 casos.	6 casos.

Nota: Elaboración propia (2024).

6.7. Herramientas para la recogida de datos

Las herramientas utilizadas para la recogida de datos en este estudio fueron los documentos internos de centro, la aplicación de cuestionarios y la implementación de entrevistas. Esta elección permitió dar respuesta tanto a las preguntas como a los objetivos de investigación desde las siguientes consideraciones:

1. Análisis documental: Los documentos posibilitaron desde un enfoque cualitativo llevar a cabo un proceso de análisis de contenido de los proyectos educativos de centro que permitió conocer en los centros educativos cómo era la respuesta de su documentación interna en Atención Educativa Domiciliaria (planes generales y/o programas).

2. Cuestionarios: Estos instrumentos posibilitaron desde un enfoque cuantitativo recoger información concisa y cuantificable del personal directivo y de orientación de los centros educativos que permitió determinar el “qué” de cada uno de los aspectos relativos a las necesidades socioeducativas del alumnado objeto de estudio y a la actuación desde el centro para su atención.

3. Entrevistas: Permitieron desde un enfoque cualitativo recoger información del personal directivo y orientación de los centros educativos que posibilitó complementar la información capturando los matices y profundizando sobre el “cómo” y el “porqué” de cada uno de los aspectos relativos a las necesidades socioeducativas del alumnado objeto de estudio y la actuación desde el centro para su atención.

Antes de detallar cada una de las herramientas para la recogida de datos, en la Tabla 21, a modo de resumen se muestra cómo quedó representada la relación entre los objetivos de la investigación, las herramientas para la recogida de la información y las fuentes de información.

Tabla 21

Relación entre objetivos, herramientas y fuentes de información.

Objetivos específicos de la investigación	Herramientas	Fuentes de información
1. Identificar cómo los planes generales y programas específicos de los centros educativos consideran la Atención Educativa Domiciliaria.	Análisis Documental.	Documentación interna de los centros educativos.
2. Analizar las necesidades académicas del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria. 3. Detectar los recursos disponibles para satisfacer las necesidades de este tipo de alumnado. 4. Explorar la involucración del entorno familiar en la Atención Educativa Domiciliaria. 5. Conocer la influencia de los factores sociales y personales en la inclusión educativa de este estudiantado.	Cuestionario sobre la identificación de necesidades socioeducativas del alumnado de AED (CIdned). Entrevista sobre la identificación de necesidades socioeducativas del alumnado de AED (EIdned).	Personal de orientación del centro educativo.
6. Analizar la implementación de los centros educativos para la Atención Educativa Domiciliaria. 7. Explorar la adaptabilidad de las estrategias educativas para dar respuesta a este alumnado. 8. Conocer la evaluación de los centros educativos para la Atención Educativa Domiciliaria.	Cuestionario sobre la actuación de la dirección del centro educativo en la implementación de AED (CIdact). Entrevista sobre la actuación de la dirección del centro educativo en la implementación de AED (EIdact).	Personal de dirección del centro educativo.
9. Comprobar si las medidas implementadas por los centros educativos responden a las necesidades socioeducativas del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria desde la perspectiva profesional.	Análisis Documental. Cuestionario CIdned / Entrevista EIdned. Cuestionario CIdact / Entrevista EIdact.	Documentación interna de los centros educativos. Personal de orientación del centro educativo. Personal de dirección del centro educativo.

10. Proponer mejoras para la actuación psicopedagógica en la Atención Educativa Domiciliaria desde una perspectiva inclusiva.	Análisis Documental. Cuestionario CIDned / Entrevista Eldned. Cuestionario CIDact / Entrevista Eldact.	Documentación interna de los centros educativos. Personal de orientación del centro educativo. Personal de dirección del centro educativo.
---	--	--

Nota: Elaboración propia (2024).

6.7.1. Análisis documental

El análisis documental se puede definir como “una actividad sistemática y planificada que consiste en examinar documentos ya escritos” (Bisquerra Alzina, 2009, p. 349), siendo una fuente valiosa y de gran utilidad para las metodologías cualitativas (Lukas Mujika & Santiago Etxebarría, 2009).

Como primer objetivo específico de la investigación el análisis documental buscó dar respuesta a la identificación de cómo los documentos internos de centro consideraban la Atención Educativa Domiciliaria (AED).

Para garantizar la fiabilidad del análisis documental se definieron criterios claros de codificación y categorización, y se documentó detalladamente cada etapa del proceso asegurando consistencia y trazabilidad. La validez se reforzó mediante la selección de documentos representativos y pertinentes respecto al objeto de investigación, así como el análisis exhaustivo de las categorías y resultados en relación con el marco teórico (Bisquerra Alzina, 2009).

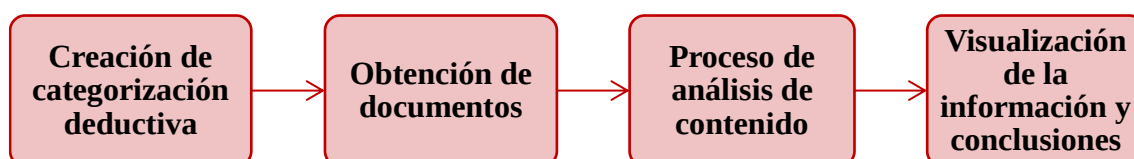
Los documentos analizados fueron los Proyectos Educativos de Centro (PEC) con especial atención a su contenido relacionado con los Planes de Atención a la Diversidad (PAD) en busca de consideraciones generales y/o programas específicos para la AED.

6.7.1.1. Diseño del análisis documental

El análisis documental quedó desarrollado para la investigación en cuatro etapas: la creación de categorización deductiva, la obtención de documentos, el proceso de análisis de contenido y la visualización de la información y conclusiones (Figura 26).

Figura 26

Fases del análisis documental.



Nota. Elaboración propia (2024)

Las cuatro etapas se desarrollaron tal y como se presentan a continuación:

1ª etapa. Creación de la categorización deductiva: Partiendo del marco teórico, inicialmente se crearon las categorías deductivas (Figura 27).

Figura 27

Análisis documental. Categoría y subcategorías deductivas.

OBJETIVO DE INV.	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
OE1	PEC			
		1 Planes/programas presentes		
			1 Plan de Atención a la Diversidad (PAD)	
				1 Existencia PAD
				2 Mención AED
			2 Programas específicos AED	
			3 Plan de Acción Tutorial (PAT)	
	Categ. Deductivas			1 Existencia PAT
				2 Mención AED

Nota. Abreviaturas: Proyecto Educativo de Centro (PEC), Atención Educativa Domiciliaria (AED). Elaboración propia (2025).

Las categorías deductivas quedaron definidas del siguiente modo:

- **Proyecto Educativo de Centro (PEC):** Es la categoría deductiva principal. Son los documentos de los centros educativos de carácter obligatorio y que sirven como marco de referencia por contener detalladamente toda la información relativa de cada centro.

- **Planes/programas presentes en el PEC:** Es la subcategoría deductiva principal. Hace referencia a los planes y programas presentes que son objeto de estudio.

- **Plan de Atención a la Diversidad (PAD):** Son los documentos que recogen, entre otros, los principios, estrategias, recursos disponibles y protocolos generales de los centros educativos para abordar la diversidad de todo el alumnado. El PAD debe describir el modo de actuar ante las situaciones particulares. Esta subcategoría se subdivide inicialmente en las siguientes dos:

- a) **Existencia PAD:** Hace referencia a la presencia o ausencia de este documento en los centros que componen la muestra.

- b) **Mención AED:** Hace referencia a la mención específica de cómo abordar este alumnado dentro del PEC/PAD o a la existencia de programas específicos para la AED.

- **Programas específicos AED:** Hace referencia a la presencia y contenido de documentos independientes al PAD que describen en forma de programa educativo los aspectos específicos del alumnado objeto de estudio.

- **Plan de Acción Tutorial (PAT):** Son los documentos donde se recogen las acciones y pautas a seguir para la orientación del alumnado.

- a) **Existencia PAT:** Hace referencia a la presencia o ausencia del documento en los centros que componen la muestra.

- b) **Mención AED:** Hace referencia a la consideración de la AED en el contenido del PAT.

2ª etapa. Obtención de los documentos: De las páginas web de los centros educativos se descargaron los PEC de acceso público y, en su caso, los PAD, los PAT y programas específicos u otros documentos relevantes en materia de respuesta documental para la AED.

3ª y 4ª etapa. Proceso de análisis de contenido, visualización de la información y conclusiones: Estas etapas quedan representadas en los capítulos correspondientes.

A partir de todo lo anterior, el análisis documental constituyó la base sobre la que se desarrollaron las etapas posteriores de la investigación, dado que los resultados obtenidos en este primer análisis cualitativo mostraron la realidad documental de los centros educativos en materia de AED y ayudaron a orientar el análisis de los cuestionarios y las entrevistas, asegurando tanto una continuidad metodológica como coherencia entre las distintas herramientas de recogida de información y la interpretación final de los datos.

6.7.2. Cuestionarios

El cuestionario puede definirse como “un instrumento de recopilación de información compuesto de un conjunto limitado de preguntas mediante el cual el sujeto proporciona información sobre sí mismo y/o su entorno” (Bisquerra Alzina, 2009, p. 240).

Estos instrumentos deben ser congruentes con el planteamiento del problema y responder a los objetivos de la investigación, debiéndose tener en cuenta que el diseño puede ser altamente variado y con unos resultados que dependerán en gran medida del enfoque con el que se hayan formulado las preguntas (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

En esta investigación, los cuestionarios fueron considerados instrumentos fundamentales para evaluar qué aspectos giraban en torno a las necesidades socioeducativas y a la implementación de la Atención Educativa Domiciliaria (AED) en los centros educativos. En este sentido, debido al carácter exploratorio de esta investigación y a la

inexistencia de cuestionarios estandarizados para esta finalidad, se optó por diseñar específicamente para este estudio dos cuestionarios ad hoc que se sometieron a un proceso de validez de contenido, de constructo y de fiabilidad a partir de un estudio piloto (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018). Estas fases se detallan en los siguientes subapartados.

Para el diseño de los ítems de ambos cuestionarios se optó por la formulación de solo preguntas cerradas tipo Likert, dado que este diseño no solo respondía mejor a los objetivos apuntados, sino que también eran más fáciles de responder y requerían menos tiempo de contestación para las personas encuestadas (Bisquerra Alzina, 2009; Hernández et al., 2014; Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018). Además, cabe señalar que la última etapa cualitativa de la investigación se diseñó para profundizar con entrevistas, por lo que no se consideró pertinente la formulación de preguntas abiertas en estos instrumentos.

6.7.2.1. Diseño de los cuestionarios

Es importante destacar que la definición de las preguntas no es la primera de las fases en la construcción de un cuestionario, sino que para su desarrollo es conveniente seguir el orden de formulación de objetivos, planificación de los diferentes apartados del cuestionario, elaboración de preguntas, análisis de las preguntas, de la validez y de la fiabilidad del instrumento, así como la redacción final del cuestionario (Bisquerra Alzina, 2009; Navarro Asencio et al., 2017).

Partiendo de lo anterior apuntado, a continuación se describen las cinco fases que se tuvieron en cuenta para la construcción de los cuestionarios de esta investigación:

1. En la primera fase, se definieron los objetivos previstos para cada uno de los dos instrumentos en relación con las personas informantes (Tabla 22).

Tabla 22

Objetivos y destinatarios de los cuestionarios.

Instrumento	Objetivo de investigación	Informantes
Cuestionario sobre la identificación de necesidades socioeducativas del alumnado de AED (CIDned).	2. Analizar las necesidades académicas del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria. 3. Detectar los recursos disponibles para satisfacer las necesidades de este tipo de alumnado. 4. Explorar la involucración del entorno familiar en la Atención Educativa Domiciliaria. 5. Conocer la influencia de los factores sociales y personales en la inclusión educativa de este estudiantado.	Personal de orientación del centro educativo.
Cuestionario sobre la actuación de la dirección del centro educativo en la implementación de AED (CIDact).	6. Analizar la implementación de los centros educativos para la Atención Educativa Domiciliaria. 7. Explorar la adaptabilidad de las estrategias educativas para dar respuesta a este alumnado. 8. Conocer la evaluación de los centros educativos para la Atención Educativa Domiciliaria.	Personal de dirección del centro educativo.

Nota. Elaboración propia (2024).

2. En la segunda fase, se diseñó la planificación de los cuestionarios y se consideró una misma estructura para ambos instrumentos:

- CIDned / CIDact: Escrito de presentación.
- CIDned / CIDact: Datos generales.
- CIDned / CIDact: Preguntas cerradas de corte cuantitativo sobre el objeto del cuestionario (escala tipo Likert de frecuencia: “nunca, casi nunca, a menudo, casi siempre, siempre”).

3. En la tercera fase, antes de llevar a cabo la definición de las preguntas se procedió con la operacionalización de los cuestionarios partiendo de la teoría asociada a los constructos estudiados sobre las necesidades socioeducativas del alumnado de AED y de la respuesta de los centros educativos.

A partir de lo anterior, se formularon las dimensiones e indicadores para cada uno de los cuestionarios según se muestran en la Tabla 23 y 24.

Tabla 23

Cuestionario CIDned. Identificación de las necesidades socioeducativas del alumnado de AED percibidas por el personal de orientación educativa.

DIMENSIONES	INDICADORES
DATOS GENERALES	Género.
	Edad.
	Estudios realizados.
	Tiempo de experiencia profesional en Orientación Educativa (OE).
	Tiempo en el centro educativo actual como OE.
ACADÉMICO	Identificación del logro académico.
	Actitud hacia el aprendizaje.
	Participación en actividades educativas.
	Planes individualizados.
	Estrategias educativas.
	Orientación de los agentes implicados.
	Interacción entre los agentes implicados.
RECURSOS	Identificación de necesidades socioeducativas.
	Identificación de recursos.
FAMILIAR	Circunstancias familiares y desempeño académico.
	Circunstancias familiares y aspectos socioemocionales.
FACTORES SOCIALES Y PERSONALES	Relaciones con el grupo-clase y sus amistades.
	Relación entre el apoyo emocional y la motivación.
	Factores personales y AED.

Nota. Elaboración propia (2024).

Tabla 24

Cuestionario CIdact. Identificación de la actuación de la dirección del centro en la implementación de esta medida de respuesta en la práctica.

DIMENSIONES	INDICADORES
DATOS GENERALES	Género.
	Edad.
	Estudios realizados.
	Experiencia profesional como personal directivo.
	Tiempo en el centro educativo actual como personal directivo.
IMPLEMENTACIÓN	Planificación para la implementación de la AED.
	Medidas de respuesta ante la necesidad de AED.
	Identificación de necesidades socioeducativas.
	Elaboración del Plan Individualizado.
	Organización de los agentes implicados.
	Orientación de los agentes implicados.
	Determinación de los horarios de AED.
	Métodos de enseñanza y aprendizaje.
	Participación entre el alumnado domiciliado y el aula.
	Disponibilidad y acceso a materiales necesarios.
ADAPTABILIDAD	Revisión y actualización de las estrategias educativas.
	Tiempo necesario para implementar cambios.
EVALUACIÓN	Disponibilidad de canales de retroalimentación.
	Frecuencia de revisiones y evaluaciones.
	Capacidad de la dirección para tomar decisiones basadas en los resultados.

Nota. Elaboración propia (2024).

4. En la cuarta fase, a partir de las dimensiones e indicadores formulados se procedió a la definición de las preguntas cerradas tipo Likert y se elaboró un borrador para ambos cuestionarios (Anexos 3 y 4), quedando diseñado este primer documento con un total

de 46 ítems para el cuestionario CIDned (6 generales y 40 preguntas cerradas) y 36 ítems para el cuestionario CIDact (6 generales y 30 preguntas cerradas).

5. En la quinta fase, ambos cuestionarios fueron sometidos a la validez de contenido mediante el juicio de personas expertas, de constructo a partir del diseño teórico y de fiabilidad por estudio piloto. La totalidad de esta fase, incluyendo la elaboración de los instrumentos finales, se detalla en los siguientes subapartados.

6.7.2.2. Proceso de validez de contenido de los cuestionarios

Para obtener evidencias de validez de contenido de los instrumentos, se realizó una revisión por juicio de personas expertas sobre el tema objeto de estudio (Creswell & Guetterman, 2019). Los criterios para la selección fueron los siguientes:

- Estudios superiores en la temática (educación o relacionado).
- Experiencia profesional y/o investigación en inclusión educativa, orientación y/o pedagogía hospitalaria.

Se garantizó la imparcialidad e independencia de las personas expertas mediante la selección de participantes sin conflicto de interés ni relación directa con el estudio. Se solicitó la colaboración a 14 personas expertas, de las cuales participaron finalmente 11 en el cuestionario CIDned y 8 en el cuestionario CIDact (Tabla 25).

Tabla 25

Personas expertas participantes en la validación de los cuestionarios.

	Estudios realizados	Categoría profesional	Experiencia profesional y/o investigación	Instrumento revisado
1	Doctorado en Psicología.	Personal docente titular universitario.	Exasesora del Departamento de Educación de la Generalitat de Catalunya en temas de Pedagogía Hospitalaria. Formadora de profesionales a nivel de Gobierno de otras comunidades autónomas y países que están en la práctica en Atención Educativa	Cuestionario 1 (CIDned).

			Domiciliaria, Aulas Hospitalarias y Hospital de Día para adolescentes.	
2	Doctorado en Pedagogía.	Personal directivo de Aula Hospitalaria.	Docente de Aula Hospitalaria. Docente del Máster Oficial en Pedagogía Hospitalaria. Investigación en Pedagogía Hospitalaria. Asesoramiento y formación del profesorado en educación compensatoria.	Cuestionario 1 (CIIdned).
3	Doctorado en Ciencias de la Educación.	Personal docente titular universitario.	Docente del programa de doctorado en educación (línea de investigación: escuela inclusiva). Docente del Máster Oficial en Formación del Profesorado en Secundaria (Especialidad: Orientación Educativa). Colaboración en el diseño de manuales de Pedagogía Hospitalaria.	Cuestionario 1 (CIIdned). Cuestionario 2 (CIIdact).
4	Doctorado en Educación y Sociedad.	Personal docente agregado laboral universitario.	Docente del programa de doctorado en educación (línea de investigación: escuela inclusiva). Docente del Máster Oficial en Psicopedagogía.	Cuestionario 1 (CIIdned). Cuestionario 2 (CIIdact).
5	Doctorado en Psicología.	Personal catedrático de universidad.	Docente del departamento de teorías y pedagogía social. Investigación en infancia y adolescencia en riesgo social.	Cuestionario 1 (CIIdned). Cuestionario 2 (CIIdact).
6	Doctorado en Educación.	Personal docente agregado laboral universitario.	Docente del programa de doctorado en educación (línea de investigación: escuela inclusiva).	Cuestionario 1 (CIIdned). Cuestionario 2 (CIIdact).
7	Doctorado en Ciencias de la Educación.	Personal docente titular universitario.	Docente del programa de doctorado en educación (línea de investigación: escuela inclusiva). Experiencia en pedagogía terapéutica.	Cuestionario 1 (CIIdned). Cuestionario 2 (CIIdact).
8	Doctorado en Pedagogía.	Personal docente titular universitario.	Docente del programa de doctorado en educación (línea de investigación: escuela inclusiva). Experiencia en orientación educativa, educación especial y pedagogía terapéutica.	Cuestionario 1 (CIIdned). Cuestionario 2 (CIIdact).

9	Doctorado en Educación	Personal docente lector universitario.	Investigación en educación con alumnado en riesgo social.	Cuestionario 1 (CIdned). Cuestionario 2 (CIdact).
10	Doctorado en Pedagogía.	Personal docente titular universitario.	Docente del programa de doctorado en educación (línea de investigación: escuela inclusiva). Experiencia en orientación educativa.	Cuestionario 1 (CIdned). Cuestionario 2 (CIdact).
11	Doctorado en Calidad y Procesos de Innovación Educativa.	Personal docente titular universitario.	Docente del departamento de teorías y pedagogía social. Investigación en infancia y adolescencia en riesgo social.	Cuestionario 1 (CIdned).

Nota. Elaboración propia (2024).

Para llevar a cabo la revisión de los cuestionarios se facilitó a todas las personas expertas participantes el primer borrador del instrumento junto a una petición de validez de contenido donde se incluía un breve escrito de presentación y una plantilla que permitía evaluar todos los ítems desde los criterios de univocidad (sí o no), pertinencia (sí o no) e importancia (siendo 1 ninguna importancia y 5 muy importante). Asimismo, se reservaron dos espacios en blanco donde se daba la opción de escribir observaciones y sugerencias, uno al lado de cada ítem para los comentarios directos sobre la pregunta en cuestión y otro al final de la plantilla con la finalidad de recoger las observaciones que fueran de carácter general (Anexos 5 y 6).

Una vez obtenidas todas las validaciones, a partir de Microsoft Excel 2024 se realizó inicialmente un análisis cuantitativo mediante el coeficiente V de Aiken. A diferencia del método de Lawshe (1975) que evalúa únicamente la esencialidad de los ítems y no permite integrar diferentes criterios de evaluación, o de los índices de concordancia que solo miden el nivel de acuerdo entre personas expertas sin considerar el peso de las valoraciones (Maldonado-Suárez & Santoyo-Telles, 2024), el Coeficiente de Aiken ofrece una estimación más precisa del grado de consenso y la relevancia de cada ítem. Además, su interpretación es sencilla con valores que oscilan entre 0 y 1, y con la posibilidad de calcular intervalos de

confianza que refuerzan la validez de los resultados (Aiken, 1985; Penfield & Giacobbi, 2004). Por tanto, se convierte en un instrumento robusto y apropiado para la validación de contenido de los cuestionarios de este estudio.

Para calcular este estadístico se utilizó la aplicación de la siguiente fórmula:

$$V = \frac{\bar{X} - l}{k}$$

Donde “V” es el coeficiente V de Aiken, “ $\bar{X}$ ” es el promedio de las calificaciones de todas las personas expertas, “l” es la calificación mínima y la “k” es la resta de la valoración máxima menos la mínima. El resultado obtenido es entre 0 y 1, siendo los valores cercanos a 1 los que presentan un mayor acuerdo entre las personas expertas y, por lo tanto, una mayor evidencia de la validez del contenido de los instrumentos.

No obstante, tal y como proponen Penfield & Giacobbi (2004), para la interpretación de los resultados se asumió a este estadístico un intervalo de confianza del 95%, dado que este cálculo representó una medida sólida que permitió obtener la probabilidad de idoneidad de los ítems en cada uno de los tres criterios valorados. Se aplicaron las siguientes fórmulas:

$$L = \frac{2nkV + z^2 - z\sqrt{4nkV(1 - V + z^2)}}{2(nk + z^2)}$$

$$U = \frac{2nkV + z^2 + z\sqrt{4nkV(1 - V + z^2)}}{2(nk + z^2)}$$

Donde “L” es el límite inferior del intervalo de confianza, “U” es el intervalo superior de confianza, “z” es el valor de distribución normal estándar, siendo 1,96 para un 95%, “V” es el coeficiente V de Aiken, “k” es la resta de la calificación máxima menos la mínima y “n” es el número de personas expertas.

Como criterios para la revisión del contenido se definió que todos los ítems debían tener un valor mínimo de 0,7 en el V de Aiken (Aiken, 1985). En cuanto al límite inferior

del intervalo de confianza es importante remarcar que los criterios para evaluar los ítems fueron dicotómicos para la univocidad y pertinencia (sí o no) y ordinales para la importancia (de 1 a 5). Siguiendo las recomendaciones de Penfield & Giacobbi (2004), debido a la menor variabilidad en las escalas de naturaleza binaria, el intervalo de confianza tiende a ser más amplio y puede considerarse como aceptable un límite inferior de 0,5. En cuanto a las escalas ordinales, debido a que estas permiten una mayor variabilidad y precisión de valoración se puede considerar como apropiado un límite inferior de 0,60.

A partir de lo anterior, tal como recomiendan Aiken (1985) y Penfield & Giacobbi, (2004), los ítems que mostraron un valor inferior a los apuntados en alguno de los criterios fueron analizados para, junto al análisis cualitativo de las observaciones y sugerencias de las personas expertas, determinar si debían ser eliminados o tan solo modificados, sobre todo en aquellos ítems con la univocidad como único criterio crítico y con una pertinencia e importancia elevada.

A continuación, se presentan por separado los resultados de cada instrumento:

➤ **Cuestionario sobre la identificación de necesidades socioeducativas del alumnado de AED (CIdned):**

En la Tabla 26, se muestran los resultados obtenidos del cuestionario CIdned tanto en el V de Aiken como en los intervalos de confianza (Anexo 7).

Tabla 26

Cuestionario CIdned. Resultados del V de Aiken con intervalos de confianza.

Datos generales						
Ítems	V de Aiken Univocidad	IC95%	V de Aiken Pertinencia	IC95%	V de Aiken Importancia	IC95%
Ítg.1	1	[0,74 - 1]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ítg.2	1	[0,74 - 1]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,89	[0,76 - 0,95]
Ítg.3	0,82	[0,52 - 0,95]	1	[0,74 - 1]	1	[0,92 - 1]

Ítg.4	0,91	[0,62 - 0,98]	1	[0,74 - 1]	1	[0,92 - 1]
Ítg.5	0,91	[0,62 - 0,98]	0,91	[0,62 - 0,98]	1	[0,92 - 1]
Ítg.6	0,91	[0,62 - 0,98]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,98	[0,88 - 1]
Académico						
Ítems	V de Aiken Univocidad	IC95%	V de Aiken Pertinencia	IC95%	V de Aiken Importancia	IC95%
Ít.1	0,82	[0,52 - 0,95]	1	[0,74 - 1]	0,98	[0,88 - 1]
Ít.2	0,73	[0,43 - 0,90]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,91	[0,79 - 0,96]
Ít.3	0,91	[0,62 - 0,98]	1	[0,74 - 1]	0,95	[0,85 - 0,99]
Ít.4	0,82	[0,52 - 0,95]	1	[0,74 - 1]	0,98	[0,88 - 1]
Ít.5	0,82	[0,52 - 0,95]	1	[0,74 - 1]	1	[0,92 - 1]
Ít.6	0,73	[0,43 - 0,90]	1	[0,74 - 1]	1	[0,92 - 1]
Ít.7	0,91	[0,62 - 0,98]	0,82	[0,52 - 0,95]	0,95	[0,85 - 0,99]
Ít.8	0,91	[0,62 - 0,98]	0,82	[0,52 - 0,95]	0,95	[0,85 - 0,99]
Ít.9	1	[0,74 - 1]	0,82	[0,52 - 0,95]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ít.10	1	[0,74 - 1]	0,82	[0,52 - 0,95]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ít.11	1	[0,74 - 1]	0,82	[0,52 - 0,95]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ít.12	0,91	[0,62 - 0,98]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ít.13	0,82	[0,52 - 0,95]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ít.14	0,91	[0,62 - 0,98]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ít.15	0,82	[0,52 - 0,95]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ít.16	0,91	[0,62 - 0,98]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ít.17	0,91	[0,62 - 0,98]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ít.18	0,91	[0,62 - 0,98]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,91	[0,79 - 0,96]
Recursos						
Ítems	V de Aiken Univocidad	IC95%	V de Aiken Pertinencia	IC95%	V de Aiken Importancia	IC95%
Ít.19	0,91	[0,62 - 0,98]	1	[0,74 - 1]	0,98	[0,88 - 1]
Ít.20	0,91	[0,62 - 0,98]	1	[0,74 - 1]	0,98	[0,88 - 1]
Ít.21	0,91	[0,62 - 0,98]	1	[0,74 - 1]	0,98	[0,88 - 1]
Ít.22	0,91	[0,62 - 0,98]	1	[0,74 - 1]	0,95	[0,85 - 0,99]

Familiar						
Ítems	V de Aiken Univocidad	IC95%	V de Aiken Pertinencia	IC95%	V de Aiken Importancia	IC95%
Ít.23	0,91	[0,62 - 0,98]	0,82	[0,52 - 0,95]	0,86	[0,73 - 0,94]
Ít.24	0,82	[0,52 - 0,95]	0,82	[0,52 - 0,95]	0,91	[0,79 - 0,96]
Ít.25	0,55	[0,28 - 0,79]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,91	[0,79 - 0,96]
Ít.26	0,91	[0,62 - 0,98]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,89	[0,76 - 0,95]
Ít.27	0,82	[0,52 - 0,95]	0,82	[0,52 - 0,95]	0,91	[0,79 - 0,96]
Ít.28	0,73	[0,43 - 0,90]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,91	[0,79 - 0,96]
Ít.29	0,91	[0,62 - 0,98]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ít.30	0,91	[0,62 - 0,98]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ít.31	0,91	[0,62 - 0,98]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ít.32	0,91	[0,62 - 0,98]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,93	[0,82 - 0,98]
Factores sociales y personales						
Ítems	V de Aiken Univocidad	IC95%	V de Aiken Pertinencia	IC95%	V de Aiken Importancia	IC95%
Ít.33	0,82	[0,52 - 0,95]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ít.34	0,82	[0,52 - 0,95]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ít.35	0,82	[0,52 - 0,95]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ít.36	0,82	[0,52 - 0,95]	0,91	[0,62 - 0,98]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ít.37	0,82	[0,52 - 0,95]	0,82	[0,52 - 0,95]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ít.38	0,82	[0,52 - 0,95]	0,82	[0,52 - 0,95]	0,93	[0,82 - 0,98]
Ít.39	0,82	[0,52 - 0,95]	0,82	[0,52 - 0,95]	0,89	[0,76 - 0,95]
Ít.40	0,82	[0,52 - 0,95]	0,82	[0,52 - 0,95]	0,89	[0,76 - 0,95]

Nota. Elaboración propia (2024).

En la Tabla 26 del cuestionario CIdned, se pueden observar que todos los valores obtenidos en el V de Aiken, salvo en la univocidad del ítem 25 (0,55), superaron el 0,7 en los criterios de univocidad, pertinencia e importancia, con resultados generalmente situados entre el 0,8, 0,9 y 1.

En cuanto a los intervalos de confianza y el límite inferior establecido de 0,5 para las escalas dicotómicas (univocidad y pertinencia), se obtuvieron valores superiores en todos los resultados salvo en la univocidad de los ítems 2 (0,43), 6 (0,43), 25 (0,28) y 28 (0,43). Respecto al límite establecido de 0,6 para la escala ordinal (importancia), se obtuvo en todos los ítems valores cercanos al 0,9 y al 1.

Partiendo del anterior análisis, con la finalidad de fortalecer la validez de contenido se procedió a complementar los resultados cuantitativos con un análisis cualitativo de las observaciones y sugerencias manifestadas por las personas expertas (Maldonado-Suárez & Santoyo-Telles, 2024).

En la Tabla 27 se muestra a modo de ejemplo algunas de las observaciones cualitativas que ayudaron a decidir sobre la eliminación o cambios sobre la univocidad de los ítems (Anexo 8).

Tabla 27

Cuestionario CIdned. Ejemplo de observaciones cualitativas obtenidas por juicio de personas expertas.

Ejemplo de observaciones cualitativas que promovieron cambios.	
Ejemplo de eliminación por congruencia cuantitativa y cualitativa:	P. Experta 3. “Este ítem es poco inclusivo porque te centras en que es el alumno quien tiene las dificultades”.
Ítem 2. El alumnado de AED presenta dificultades en el rendimiento académico.	P. Experta 5. “¿Habría que decir dificultades en el rendimiento derivadas de la no asistencia al centro educativo?, porque podrían ser debidas a otras problemáticas”.
	P. Experta 6. “Tener dificultades en la RA es difícil. O las tiene para aprender o no tiene buen rendimiento”.
	P. Experta 9. “Creo que se responde con la primera pregunta”.
Ejemplo de cambios en la univocidad por congruencia cuantitativa y cualitativa:	P. Experta 3. “¿Qué diferencia hay entre nivel económico (23) y recursos materiales? Ya sé a qué te refieres, pero creo que deberías matizarlo más”.
Ítem 25. Los recursos materiales de la familia influyen en el desempeño académico del alumnado de AED.	P. Experta 10. “A qué se refieren los recursos materiales de la familia”.
	P. Experta 11. “Habría que definir qué se entiende por recursos materiales”.

Ejemplo de otras observaciones cualitativas de corte general (univocidad).

P. Experta 1. “Recomendación: mejor hablar de alumnado en situación de enfermedad y no de alumnado enfermo. Por otro lado, si se está en AED, se podría también hablar de alumnado en situación de convalecencia. Valga este comentario para todas las preguntas donde indica: alumnado enfermo”.

P. Experta 3. “Elimina la palabra «enfermo»”.

P. Experta 4. “Usar la palabra «enfermo» me genera muchas dudas porque dentro de la AED hay muchas cuestiones, no únicamente de enfermedad”.

P. Experta 3. “Utilizas mucho la palabra «INFLUYE». Leo todo el cuestionario y a casi todo diría SIEMPRE, porque siempre influye. Otra cosa es la dirección de esa influencia. Quizás tendrías que buscar otro verbo o replantearte los ítems”.

P. Experta 7. “Dado que se utiliza una escala de estimación, puede concretarse el calificativo pertinente dentro de algunas afirmaciones (*Influye sobre* - la influencia puede ser positiva o negativa”.

P. Experta 4. “Hay muchos ítems con el mismo redactado y eso provoca que el cuestionario se haga largo y pesado. Mi sugerencia es: para todos los casos que sea posible: CONSIGNA PRINCIPAL: Valora en qué medida los siguientes aspectos influyen en el desempeño académico del alumnado de AED:

- El nivel económico
- La calidad de los espacios del hogar
- Los recursos materiales de la familia

Esto se puede aplicar en más ocasiones”.

Nota. Elaboración propia (2024).

Del análisis completo de los datos cualitativos del cuestionario CIDned se manifestó que los resultados convergieron con los datos cuantitativos en cuanto a la pertinencia e importancia de todos los ítems propuestos. Sin embargo, según se observa en los ejemplos de la Tabla 27, cabe destacar que manifestaron observaciones y sugerencias que permitieron decidir no solo sobre la mejora o eliminación de los ítems con valores críticos en los estadísticos, sino también sobre la claridad y mejora del resto de preguntas planteadas.

Por lo tanto, de la integración de ambos análisis (cuantitativo y cualitativo) se tomaron las siguientes decisiones mostradas en la Tabla 28. En el Anexo 9 se muestra la descripción completa de la corrección del instrumento.

Tabla 28

Cuestionario CIdned. Corrección del instrumento.

Cuestionario CIdned	
Ítems	Decisión
Ítg.1-6	Modificación de la univocidad.
Ítg. Nuevo	Se añade ítem (análisis cualitativo).
Ít.1	Modificación de la univocidad.
Ít.2	Eliminación del ítem.
Ít.3	Se mantiene sin modificaciones.
Ít.4-18	Modificación de la univocidad.
Ít. nuevo	Se añade ítem (análisis cualitativo).
Ít.19-40	Modificación de la univocidad.

Nota. Elaboración propia (2024).

Finalmente, en la Tabla 29 se muestra cómo quedó la estructura y relación entre las dimensiones, indicadores e ítems definitivos del cuestionario CIdned (Anexo 10).

Tabla 29

Cuestionario CIdned. Relación final entre las dimensiones, indicadores e ítems.

DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
DATOS GENERALES	Género.	Ítg.1
	Edad.	Ítg.2
	Estudios realizados.	Ítg.3, 4
	Tiempo de experiencia profesional en Orientación Educativa (OE).	Ítg.5
	Tiempo en el centro educativo actual como OE.	Ítg.6
	Experiencia en Atención Educativa Domiciliaria.	Ítg.7
ÁMBITO ACADÉMICO	Identificación del logro académico.	Ít.1
	Actitud hacia el aprendizaje.	Ít.2
	Participación en actividades educativas.	Ít.3
	Planes individualizados.	Ít.4
	Estrategias educativas.	Ít.5
	Orientación de los agentes implicados.	Ít.6, 7

	Interacción entre los agentes implicados.	Ít.8-13
	Coordinación entre Aula Hospitalaria y AED.	Ít.14
RECURSOS	Identificación de necesidades socioeducativas.	Ít.15
	Identificación de recursos.	Ít.16-18
FAMILIAR	Circunstancias familiares y desempeño académico.	Ít.19
	Circunstancias familiares y aspectos socioemocionales.	Ít.20
FACTORES SOCIALES Y PERSONALES	Relaciones con el grupo-clase y sus amistades.	Ít.21, 22
	Relación entre el apoyo emocional y la motivación.	Ít.23
	Factores personales y AED.	Ít.24, 26

Nota. Elaboración propia (2024).

➤ **Cuestionario sobre la actuación de la dirección del centro educativo en la implementación de AED (CIdact):**

En la Tabla 30, se muestran los resultados obtenidos del cuestionario CIdact tanto en el V de Aiken como en los intervalos de confianza (Anexo 7).

Tabla 30

Cuestionario CIdact. Resultados del V de Aiken con intervalos de confianza.

Datos generales						
Ítems	V de Aiken Univocidad	IC95%	V de Aiken Pertinencia	IC95%	V de Aiken Importancia	IC95%
Ítg.1	1	[0,74 - 1]	1	[0,74 - 1]	1	[0,92 - 1]
Ítg.2	1	[0,74 - 1]	1	[0,74 - 1]	1	[0,92 - 1]
Ítg.3	0,75	[0,46 - 0,91]	1	[0,74 - 1]	1	[0,92 - 1]
Ítg.4	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,74 - 1]	1	[0,92 - 1]
Ítg.5	0,88	[0,58 - 0,97]	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,92 - 1]
Ítg.6	0,88	[0,58 - 0,97]	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,92 - 1]
Implementación						
Ítems	V de Aiken Univocidad	IC95%	V de Aiken Pertinencia	IC95%	V de Aiken Importancia	IC95%
Ít.1	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,74 - 1]	1	[0,92 - 1]
Ít.2	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,74 - 1]	1	[0,92 - 1]

Ít.3	0,75	[0,46 - 0,91]	0,88	[0,58 - 0,97]	0,91	[0,78 - 0,96]
Ít.4	1	[0,74 - 1]	1	[0,74 - 1]	0,94	[0,83 - 0,98]
Ít.5	1	[0,74 - 1]	1	[0,74 - 1]	1	[0,92 - 1]
Ít.6	1	[0,74 - 1]	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,92 - 1]
Ít.7	1	[0,74 - 1]	1	[0,74 - 1]	0,94	[0,83 - 0,98]
Ít.8	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,74 - 1]	0,97	[0,87 - 0,99]
Ít.9	0,75	[0,46 - 0,91]	1	[0,74 - 1]	0,97	[0,87 - 0,99]
Ít.10	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,74 - 1]	0,97	[0,87 - 0,99]
Ít.11	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,74 - 1]	0,97	[0,87 - 0,99]
Ít.12	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,74 - 1]	0,97	[0,87 - 0,99]
Ít.13	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,74 - 1]	0,97	[0,87 - 0,99]
Ít.14	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,74 - 1]	0,97	[0,87 - 0,99]
Ít.15	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,74 - 1]	0,97	[0,87 - 0,99]
Ít.16	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,74 - 1]	0,97	[0,87 - 0,99]
Ít.17	0,75	[0,46 - 0,91]	1	[0,74 - 1]	0,97	[0,87 - 0,99]
Ít.18	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,74 - 1]	0,97	[0,87 - 0,99]
Ít.19	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,74 - 1]	0,97	[0,87 - 0,99]

Adaptabilidad

Ítems	V de Aiken Univocidad	IC95%	V de Aiken Pertinencia	IC95%	V de Aiken Importancia	IC95%
Ít.20	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,74 - 1]	0,97	[0,87 - 0,99]
Ít.21	1	[0,74 - 1]	1	[0,74 - 1]	1	[0,92 - 1]
Ít.22	1	[0,74 - 1]	1	[0,74 - 1]	0,97	[0,87 - 0,99]

Evaluación

Ítems	V de Aiken Univocidad	IC95%	V de Aiken Pertinencia	IC95%	V de Aiken Importancia	IC95%
Ít.23	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,74 - 1]	0,97	[0,87 - 0,99]
Ít.24	0,88	[0,58 - 0,97]	1	[0,74 - 1]	0,97	[0,87 - 0,99]
Ít.25	1	[0,74 - 1]	1	[0,74 - 1]	1	[0,92 - 1]
Ít.26	1	[0,74 - 1]	1	[0,74 - 1]	1	[0,92 - 1]
Ít.27	1	[0,74 - 1]	1	[0,74 - 1]	1	[0,92 - 1]

Ít.28	1	[0,74 - 1]	1	[0,74 - 1]	1	[0,92 - 1]
Ít.29	1	[0,74 - 1]	1	[0,74 - 1]	1	[0,92 - 1]
Ít.30	1	[0,74 - 1]	1	[0,74 - 1]	1	[0,92 - 1]

Nota. Elaboración propia (2024).

En la Tabla 30 del cuestionario CIdact, se pueden observar que todos los valores obtenidos en el V de Aiken mostraron valores cercanos al 0,9 y al 1 en todos los criterios (univocidad, pertinencia e importancia)

En cuanto a los intervalos de confianza y el límite inferior establecido de 0,5 para las escalas dicotómicas (univocidad y pertinencia), se obtuvieron valores superiores en todos los resultados salvo en la univocidad del ítem 3 de los datos generales (0,46) y de los ítems de pregunta cerrada 3 (0,46), 9 (0,46) y 17 (0,46). Respecto al límite establecido de 0,6 para la escala ordinal (importancia), se obtuvo en todos los ítems valores cercanos al 1.

Partiendo del anterior análisis, de igual modo que se hizo en el cuestionario CIdned, con la finalidad de fortalecer la validez de contenido se procedió a complementar los resultados cuantitativos con un análisis cualitativo de las observaciones y sugerencias manifestadas por las personas expertas (Maldonado-Suárez & Santoyo-Telles, 2024).

En la Tabla 31 se muestra a modo de ejemplo algunas de las observaciones cualitativas que ayudaron a decidir sobre la eliminación o cambios sobre la univocidad de los ítems (Anexo 11).

Tabla 31

Cuestionario CIdact. Ejemplo de observaciones cualitativas obtenidas por juicio de personas expertas.

Ejemplo de observaciones cualitativas que promovieron cambios.	
Ejemplo de cambio en la univocidad por observaciones cualitativas:	P. Experta 3. “¿Por qué la gravedad?”. P. Experta 8. “Esto dependerá de cómo esté estructurado el servicio”.

Ítem 3. Tras la solicitud de la AED se convoca una reunión con el equipo docente y se determina la gravedad.	P. Experta 10. “Evita lo de la gravedad que suena muy dramático. Diría mejor «la pertinencia de aplicarlo»”.
Ejemplo de eliminación y modificación de ítems por observaciones cualitativas:	
Ítem 27. Se realizan cambios en la planificación basadas en los resultados de monitoreo de la retroalimentación. Ítem 28. Se realizan cambios en la implementación basadas en los resultados de monitoreo de la retroalimentación. Ítem 29. Se realizan cambios en la planificación basadas en las evaluaciones llevadas a cabo por el centro educativo. Ítem 30. Se realizan cambios en la implementación basadas en las evaluaciones llevadas a cabo por el centro educativo.	P. Experta 3. (ítem 29). “Semejante a la 27”. P. Experta 4 (otras observaciones). “Ocurre lo mismo que he comentado en el otro cuestionario... Sería más interesante y rápido que la consigna fuera general y luego se aportararan todos los matices. Haría el cuestionario más claro”.
Ejemplo de otras observaciones cualitativas de corte general (univocidad).	
P. Experta 3. “Elimina la palabra «enfermo»”. P. Experta 4. “Usar la palabra «enfermo» me genera muchas dudas porque dentro de la AED hay muchas cuestiones, no únicamente de enfermedad”. P. Experta 6. “«enfermo» no me gusta... ¿y si lo cambias por «alumnado que ha solicitado AED»?”. P. Experta 4. “Ocurre lo mismo que he comentado en el otro cuestionario... Sería más interesante y rápido que la consigna fuera general y luego se aportararan todos los matices. Haría el cuestionario más claro”.	

Nota. Elaboración propia (2024).

Del análisis completo de los datos cualitativos del cuestionario CIdact se obtuvieron unos resultados muy similares a los del cuestionario CIdned, donde convergieron los datos cualitativos y cuantitativos en cuanto a la pertinencia e importancia de todos los ítems. De igual modo, se manifestaron observaciones y sugerencias que posibilitaron tomar decisiones sobre la eliminación y mejora no solo de los ítems con valores críticos en los resultados estadísticos, sino también sobre la univocidad del resto de ítems planteados.

Por consiguiente, de la integración de los análisis cuantitativos y cualitativos se tomaron las siguientes decisiones presentadas en la Tabla 32. En el Anexo 12 se muestra la descripción completa de la corrección del instrumento.

Tabla 32

Cuestionario CIdact. Corrección del instrumento.

Cuestionario CIdact	
Ítems	Decisión
Ítg.1-6	Modificación de la univocidad.
Ítg. nuevo	Se añade ítem (análisis cualitativo).
Ít.1	Modificación de la univocidad.
Ít.2	Se mantiene sin modificaciones.
Ít.3-6	Modificación de la univocidad.
Ít.7	Se mantiene sin modificaciones.
Ít.8-13	Modificación de la univocidad.
Ít.14	Se mantiene sin modificaciones.
Ít.15-26	Modificación de la univocidad.
Ít.27-28	Eliminación de los dos ítems.
Ít.29-30	Modificación de la univocidad.

Nota. Elaboración propia (2024).

Finalmente, en la Tabla 33 se muestra cómo quedó la estructura y relación entre las dimensiones, indicadores e ítems definitivos del cuestionario CIdact (Anexo 13).

Tabla 33

Cuestionario CIdact. Relación final entre las dimensiones, indicadores e ítems.

DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
DATOS GENERALES	Género.	Ítg.1
	Edad.	Ítg.2
	Estudios realizados.	Ítg.3, 4
	Tiempo de experiencia profesional como personal directivo.	Ítg.5
	Tiempo en el centro educativo actual como personal directivo.	Ítg.6

	Experiencia en Atención Educativa Domiciliaria.	Ítg.7
IMPLEMENTACIÓN	Planificación para la implementación de la AED.	Ít.1, 2
	Medidas de respuesta ante la necesidad de AED.	Ít.3, 4
	Identificación de necesidades socioeducativas.	Ít.5
	Elaboración del Plan Individualizado.	Ít.6
	Organización de los agentes implicados.	Ít.7-12
	Orientación de los agentes implicados.	Ít.13-14
	Determinación de los horarios de AED.	Ít.15
	Métodos de enseñanza y aprendizaje.	Ít.16
	Participación entre el alumnado domiciliado y el aula.	Ít.17
	Disponibilidad y acceso a materiales necesarios.	Ít.18
ADAPTABILIDAD	Revisión y actualización de las estrategias educativas.	Ít.19-20
	Tiempo necesario para implementar cambios.	Ít.21
EVALUACIÓN	Disponibilidad de canales de retroalimentación.	Ít.22
	Frecuencia de revisiones y evaluaciones.	Ít.23
	Capacidad de la dirección para tomar decisiones basadas en los resultados.	Ít.24

Nota. Elaboración propia (2024).

6.7.2.3. Proceso de validez de constructo y fiabilidad de los cuestionarios

La validez de constructo de ambos cuestionarios se abordó mediante la formulación de dimensiones e indicadores derivados del marco teórico, los cuales sirvieron de base para la redacción de los ítems.

Aunque estas dimensiones guiaron el diseño de los instrumentos, los ítems de tipo Likert fueron tratados como independientes sin combinarse en escalas compuestas. Por este motivo, aunque el análisis factorial exploratorio (AFE) es una técnica útil para examinar estructuras subyacentes de los instrumentos de medición, en este estudio no se consideró pertinente su aplicación. Esta decisión metodológica se alinea con enfoques exploratorios

previos en los que cada ítem aporta información de manera individual sin asumir correlaciones entre ellos (Lloret-Segura et al., 2014; Morales Vallejo, 2011).

En cuanto a la fiabilidad de los instrumentos, esta se evaluó mediante un estudio piloto que permitió comprobar la consistencia interna de los ítems y realizar los ajustes necesarios antes de la aplicación definitiva de los cuestionarios.

Para llevar a cabo lo anterior se prepararon los dos cuestionarios en la plataforma de Outlook Forms. En ambos instrumentos se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas, siendo por lo que, previo a los ítems, se incorporó un consentimiento informado donde se describía el título del proyecto de investigación, el objetivo del cuestionario, las implicaciones de la participación, la voluntariedad de participación y duración, la confidencialidad y anonimato, el tratamiento de los datos y la persona de contacto. Todo lo anterior seguido de la necesaria aceptación de su expreso consentimiento voluntario para poder continuar a la siguiente parte de los cuestionarios (Anexos 14 y 15).

Posteriormente, se confeccionó un correo electrónico donde se solicitó la colaboración y participación voluntaria de las figuras profesionales de dirección y de orientación de los centros educativos. Debido a tratarse de un estudio piloto con un propósito de validación de los instrumentos, se decidió enviar esta solicitud aproximadamente al 50% de la población total del estudio, siendo llamados a la participación del personal objeto de colaboración de 170 centros educativos. Para el envío de este mensaje se tomaron las direcciones de correo electrónico oficiales según el directorio de centros educativos del Departamento de Educación de Cataluña.

La respuesta inicial a esta petición de colaboración fue escasa, por lo que en la siguiente semana se volvió a enviar un correo recordatorio y se realizaron llamadas telefónicas de seguimiento invitando a la participación. Del conjunto de lo anterior, se

obtuvo finalmente el cumplimiento de un total de 35 cuestionarios para ambos instrumentos (Tabla 34).

Tabla 34

Muestra del estudio piloto para la fiabilidad de los cuestionarios.

Población	Muestra Invitada al estudio piloto	Muestra Participante en ambos instrumentos
341	170	35

Nota: Elaboración propia (2025).

Los datos obtenidos fueron descargados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2024 y fueron preparados para ser analizados posteriormente a partir del programa estadístico IBM SPSS Statistics 30.

Se realizó un Alfa de Cronbach que permite calcular la consistencia interna de un instrumento de medición, siendo un coeficiente que oscila entre 0 y 1, donde 0 significa nula fiabilidad y 1 representa una fiabilidad perfecta (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

A continuación, se presentan por separado los resultados de cada instrumento:

➤ **Cuestionario sobre la identificación de necesidades socioeducativas del alumnado de AED (CIdned):**

Los resultados indicaron un Alfa de Cronbach de 0,975 para todo el cuestionario evidenciando una alta consistencia interna. Se evaluó cada ítem de manera independiente para identificar si alguno de ellos podía reducir el valor del estadístico, obteniéndose valores entre 0,974 y 0,975 en todos los casos, por lo que ninguno afectó la consistencia general.

En la Tabla 35, se presenta por dimensiones cómo quedó la fiabilidad del cuestionario CIdned (Anexo 16).

Tabla 35

Cuestionario CIdned. Alfa de Cronbach.

Dimensiones	Alfa de Cronbach
Académico	0,975
Recursos	0,975
Familiar	0,974
Factores sociales y personales	0,975
Total Cuestionario	0,975

Nota: Elaboración propia (2025).

➤ **Cuestionario sobre la actuación de la dirección del centro educativo en la implementación de AED (CIdact):**

Los resultados indicaron un Alfa de Cronbach de 0,949 para todo el cuestionario evidenciando una alta consistencia interna. De igual modo que el otro cuestionario, se evaluó cada ítem de manera independiente para identificar si alguno de ellos podía reducir el valor del estadístico, obteniéndose valores entre 0,947 y 0,951 en todos los casos, por lo que ninguno afectó la consistencia general.

En la Tabla 36, se presenta por dimensiones cómo quedó la fiabilidad del cuestionario CIdact (Anexo 17).

Tabla 36

Cuestionario CIdact. Alfa de Cronbach.

Dimensiones	Alfa de Cronbach
Implementación	0,949
Adaptabilidad	0,948
Evaluación	0,948
Total Cuestionario	0,949

Nota: Elaboración propia (2025).

6.7.3. Entrevistas

Las entrevistas son definidas habitualmente como una técnica para obtener información a partir de la conversación, presencial o a distancia, entre una persona

entrevistadora y una entrevistada sobre un tema de interés (Bisquerra Alzina, 2009; Creswell & Guetterman, 2019; Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018; Navarro Asencio et al., 2017).

Esta herramienta de recogida de datos suele emplearse cuando el fenómeno o alguno de sus aspectos no puede ser observado o bien precisa del conocimiento y de las perspectivas propias de las personas implicadas para la comprensión del objeto de estudio (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

En cuanto a su nivel de diseño, Bisquerra Alzina (2009), Creswell & Guetterman, (2019), Hernández Sampieri & Mendoza Torres (2018) y Navarro Asencio et al. (2017) definen de forma similar las siguientes tres modalidades:

1. Estructuradas: En este diseño el entrevistador trata del mismo modo a todos los entrevistados a partir de una serie de preguntas preestablecidas y en un mismo orden. Esta modalidad mantiene una similitud con los cuestionarios por tratarse de la administración oral y estricta de un formulario previamente diseñado.

2. Semiestructuradas: Desde este diseño, de forma similar al anterior, se formulan previamente una serie de preguntas, sin embargo, esta modalidad presenta mayor flexibilidad, dado que durante su administración permite al entrevistador adaptarse durante la entrevista y cambiar el número, el orden o la forma de realizar las preguntas.

3. No estructuradas o abiertas: En esta modalidad el entrevistador no elabora previamente preguntas estandarizadas, sino tan solo dispone de una guía general desde la que con total flexibilidad planteará preguntas abiertas. En función de las respuestas del entrevistado se va construyendo la entrevista.

En esta investigación, las entrevistas se consideraron como una herramienta fundamental para profundizar y ampliar la comprensión de los resultados obtenidos en los cuestionarios previamente administrados. Para este propósito, se optó por la modalidad de

entrevista semiestructurada por considerarse la más adecuada para los objetivos del estudio, dado que este enfoque permitió elaborar un guion de preguntas fundamentado tanto en el diseño previamente validado de los cuestionarios como en los resultados obtenidos en su aplicación. Asimismo, ofreció la flexibilidad necesaria para adaptar o redirigir las preguntas según las respuestas de las personas participantes.

6.7.3.1. Diseño de las entrevistas

En cuanto a la planificación de las entrevistas, Bisquerra Alzina (2009) y Hernández Sampieri & Mendoza Torres (2018) describen la necesidad de considerar una preparación previa con la formulación de objetivos, la identificación de las personas que serán entrevistadas, la concreción de los espacios, el modo en que se realizará la entrevista y la formulación y secuencia de las preguntas.

A continuación se describen las fases que se tuvieron en cuenta para la preparación de las entrevistas en esta investigación:

1. En la primera fase se definieron y relacionaron los objetivos previstos con las fuentes de información, siendo los mismos aspectos que fueron establecidos para la administración de los cuestionarios con un diseño cualitativo, (Tabla 37).

Tabla 37

Objetivos y destinatarios de las entrevistas.

Instrumento	Objetivo de investigación	Informantes
Entrevista sobre la identificación de necesidades socioeducativas del alumnado de AED (EIdned).	2. Analizar las necesidades académicas del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria. 3. Detectar los recursos disponibles para satisfacer las necesidades de este tipo de alumnado. 4. Explorar la involucración del entorno familiar en la Atención Educativa Domiciliaria. 5. Conocer la influencia de los factores sociales y personales en la inclusión educativa de este estudiantado.	Personal de orientación del centro educativo

Entrevista sobre la actuación de la dirección del centro educativo en la implementación de AED (EIdact).	6. Analizar la implementación de los centros educativos para la Atención Educativa Domiciliaria. 7. Explorar la adaptabilidad de las estrategias educativas para dar respuesta a este alumnado. 8. Conocer la evaluación de los centros educativos para la Atención Educativa Domiciliaria.	Personal de dirección del centro educativo
--	--	--

Nota. Elaboración propia (2025).

2. En la segunda fase se planteó el lugar y el modo de la entrevista. En cuanto a la ubicación para llevar a cabo la conversación entre el entrevistador y la persona entrevistada se estableció el uso de alguno de los despachos o espacios vacíos y sin ruido facilitados por los propios centros educativos donde se encontraba el personal docente objeto de entrevista.

En cuanto al modo de recoger la información se optó por el uso de una grabadora para registrar toda la conversación para facilitar su posterior transcripción y análisis. Para que esto fuera posible, se tuvo en cuenta el código ético en todas las personas participantes y se diseñó un documento de consentimiento donde se informaba de los siguientes aspectos (Bisquerra Alzina, 2009), (Anexo 18 y 19):

- Descripción del objetivo de la entrevista.
- Descripción de registro por grabación de voz para su transcripción y análisis.
- Descripción de confidencialidad y anonimato con fines exclusivos de investigación y mejora educativa.
- Solicitud de algunos datos sociodemográficos generales (género, edad, nivel de estudios máximo alcanzado, estudios realizados y experiencia tanto en su categoría profesional como en Atención Educativa Domiciliaria).
- Nombre y firma declarando expresamente haber comprendido todo lo apuntado y dando su consentimiento.

3. En la tercera fase se procedió con la formulación y la secuencia de las preguntas. Para la elaboración del guion de las entrevistas se partió de la misma operacionalización de los cuestionarios y se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos en la vertiente cuantitativa con la finalidad de obtener una transformación de los datos profundizando sobre el tema de estudio desde una perspectiva cualitativa. Los guiones completos de cada entrevista se pueden encontrar en los Anexos 20 y 21.

En las Tablas 38 y 39 se representan la relación entre las preguntas codificadas de los cuestionarios y las entrevistas. Las tablas completas con la relación de preguntas sin codificar se pueden encontrar en los Anexos 22 y 23.

Tabla 38

Relación de preguntas entre el cuestionario CIDned y la entrevista EIdned.

DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS CUEST.	PREG. ENTREV.
DATOS GENERALES	Género.	Ítg.1	Ídem
	Edad.	Ítg.2	Ídem
	Estudios realizados.	Ítg.3, 4	Ídem
	Tiempo de experiencia profesional en Orientación Educativa (OE).	Ítg.5	Ídem
	Tiempo en el centro educativo actual como OE.	Ítg.6	Ídem
	Experiencia en Atención Educativa Domiciliaria (AED).	Ítg.7	Ídem
ÁMBITO ACADÉMICO	Identificación del logro académico.	Ít.1	Preg.1
	Actitud hacia el aprendizaje.	Ít.2	Preg.2
	Participación en actividades educativas.	Ít.3	Preg.3
	Planes individualizados.	Ít.4	Preg.4
	Estrategias educativas.	Ít.5	
	Orientación de los agentes implicados.	Ít.6, 7	Preg.5
	Interacción entre los agentes implicados.	Ít.8-13	Preg.6
	Coordinación entre Aula Hospitalaria y AED.	Ít.14	
RECURSOS	Identificación de necesidades socioeducativas.	Ít.15	Preg.7

	Identificación de recursos.	Ít.16-18	Preg.8
FAMILIAR	Circunstancias familiares y desempeño académico.	Ít.19	Preg.9
	Circunstancias familiares y aspectos socioemocionales.	Ít.20	
FACTORES SOCIALES Y PERSONALES	Relaciones con el grupo-clase y sus amistades.	Ít.21, 22	Preg.10
	Relación entre el apoyo emocional y la motivación.	Ít.23	Preg.11
	Factores personales y AED.	Ít.24-26	Preg.12

Nota. Elaboración propia (2025).

Tabla 39

Relación de preguntas entre el cuestionario CIdact y la entrevista EIdact.

DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS CUEST.	PREG. ENTREV.
DATOS GENERALES	Género.	Ítg.1	Ídem
	Edad.	Ítg.2	Ídem
	Estudios realizados.	Ítg.3, 4	Ídem
	Tiempo de experiencia profesional como personal directivo.	Ítg.5	Ídem
	Tiempo en el centro educativo actual como personal directivo.	Ítg.6	Ídem
	Experiencia en Atención Educativa Domiciliaria.	Ítg.7	Ídem
IMPLEMENTACIÓN	Planificación para la implementación de la AED.	Ít.1, 2	Preg.1
	Medidas de respuesta ante la necesidad de AED.	Ít.3, 4	Preg.2,3
	Identificación de necesidades socioeducativas.	Ít.5	Preg.4
	Elaboración del Plan Individualizado.	Ít.6	
	Organización de los agentes implicados.	Ít.7-12	Preg.5-7
	Orientación de los agentes implicados.	Ít.13-14	Preg.8
	Determinación de los horarios de AED.	Ít.15	Preg.9
	Métodos de enseñanza y aprendizaje.	Ít.16	
	Participación entre el alumnado domiciliado y el aula.	Ít.17	Preg.10
	Disponibilidad y acceso a materiales necesarios.	Ít.18	Preg.11

ADAPTABILIDAD	Revisión y actualización de las estrategias educativas.	Ít.19-20	Preg.12
	Tiempo necesario para implementar cambios.	Ít.21	
EVALUACIÓN	Disponibilidad de canales de retroalimentación.	Ít.22	Preg.13
	Frecuencia de revisiones y evaluaciones.	Ít.23	
	Capacidad de la dirección para tomar decisiones basadas en los resultados.	Ít.24	

Nota. Elaboración propia (2025).

6.8. Aplicación de los cuestionarios

La puesta en marcha de estos instrumentos fue de forma similar al estudio piloto que se realizó para su validación, pero en esta ocasión con la totalidad de la muestra seleccionada y con una mayor dedicación para las comunicaciones con el personal de los centros educativos.

Una vez revisados y preparados los consentimientos informados y los cuestionarios mediante dos enlaces de Outlook Forms, su aplicación se llevó a cabo en cuatro semanas según se describe a continuación:

1º semana: Se tomó como referencia el correo electrónico confeccionado para el estudio piloto y se realizó un primer llamamiento a la participación de todo el personal de dirección y de orientación de los 341 centros educativos de la muestra. En esta primera solicitud de colaboración se utilizaron las direcciones de los correos electrónicos oficiales de los centros.

El cumplimiento de los cuestionarios era anónimo, pero algunos centros respondieron con correos a la dirección facilitada de contacto donde manifestaban que ya habían participado o no estaban interesados en hacerlo. Estos centros fueron anotados para que no recibieran recordatorios.

2ª semana: Para enviar el primer recordatorio, con el propósito de disponer de una mayor participación, se accedió a las páginas web de los 341 centros y se buscaron las

direcciones de correo electrónico corporativas que cada uno de ellos había podido crear de forma voluntaria e independiente y se añadieron a la lista del directorio junto a sus direcciones oficiales de centro (en algunos pocos centros estaban expuestos los correos electrónicos directos de la dirección y de orientación). A partir de este recordatorio se incrementó notablemente la participación, aunque todavía se consideró una muestra pequeña. También se recibieron correos de centros manifestando su participación o deseo de no hacerlo, fueron anotados para evitar el reenvío de recordatorios.

3ª semana: En esta semana se optó por no repetir el correo de recordatorio por la misma vía para intentar evitar un posible malestar por insistencia de mensajes. Por lo tanto, se decidió realizar llamadas telefónicas donde se solicitó la participación de los cuestionarios y la posibilidad de hablar con la dirección de los centros. En aquellos que fue posible la comunicación directa con este personal también se aprovechó para hablarles y consultarles sobre las entrevistas previstas en la vertiente cualitativa de la investigación. Fueron anotados sus comentarios de deseo o rechazo tanto a la colaboración de cuestionarios como de entrevistas.

Cabe destacar que las llamadas telefónicas fueron complicadas, dado que en la mayoría de los casos manifestaban una sobrecarga de trabajo y veían esta colaboración como un esfuerzo extra que no siempre podían o deseaban realizar.

4ª semana: En esta semana se decidió enviar un mensaje donde se transmitió la gratitud a todas las personas participantes y, como último recordatorio, se invitó a todas aquellas que no habían tenido la posibilidad de hacerlo, remarcando siempre la voluntariedad, anonimato y confidencialidad. Con este correo electrónico volvió a percibirse un pequeño incremento de la participación hasta llegar a la muestra final que fue objeto de análisis en esta investigación.

6.9. Implementación de las entrevistas

Una vez finalizada la preparación de las entrevistas se contactó por correo electrónico y telefónicamente con la muestra que estaba prevista para su realización, estableciéndose de forma presencial en el centro educativo de las personas participantes con el día y hora que se ajustase a las posibilidades de todas las partes.

El día de la entrevista, en primer lugar, se prestó especial atención al cumplimiento de los códigos éticos relacionados con el trabajo de campo cualitativo. En este sentido, Bisquerra Alzina (2009) y Hernández Sampieri & Mendoza Torres (2018) enfatizan, entre otros, sobre la importancia de confirmar y acudir puntualmente a la cita, la vestimenta apropiada del entrevistador, apagar el teléfono móvil durante la entrevista y, antes de comenzar, presentarse y facilitar el documento de consentimiento informado pidiendo su autorización para grabar y tomar notas.

Tal como se recomienda se tuvieron en cuenta y se respetaron todos los anteriores aspectos. Asimismo, posterior a la presentación y a la firma del consentimiento informado, se consideró oportuno reiterar el agradecimiento por su colaboración y la importancia del enorme valor que suponía su participación para el éxito de esta investigación y de la mejora educativa del alumnado objeto de estudio.

Cabe destacar que durante las conversaciones se presentó una actitud propia de las entrevistas semiestructuradas siguiendo el plan y guion previsto, pero a la vez con la suficiente flexibilidad para adaptar y redirigir las preguntas según las respuestas que se iban obteniendo de las personas entrevistadas.

Una vez llevadas a cabo las entrevistas se procedió con la transcripción de todas las grabaciones. Para realizar este proceso se siguieron los siguientes principios (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018; López Estrada & Deslauriers, 2011):

- La transcripción del texto debe ser un testimonio fiel a lo expresado por los participantes. Siguiendo un lenguaje correcto y simple se deben transcribir a formato escrito las palabras, sonidos y otros elementos como, por ejemplo, muecas o interjecciones.
- La persona encargada de la transcripción debe respetar el significado que pretende dar el entrevistado y asegurarse de eliminar cualquier ambigüedad o confusión que pueda surgir al pasarlo a un formato escrito.
- La transcripción debe ser respetuosa con todas las personas implicadas y cumplir con el principio de confidencialidad sustituyendo el nombre verdadero de las personas participantes por iniciales, números, códigos, etc.

Una vez realizadas las transcripciones (Anexos 24 y 25), se procedió a su análisis por categorización deductiva e inductiva mediante el software Nvivo, visualización de la información y conclusiones. Estas etapas quedan descritas en los capítulos correspondientes de la tesis.

6.10. Consideraciones éticas

La ética en investigación tiene como propósito orientar las acciones y decisiones de las personas hacia comportamientos responsables y justos que promuevan el bienestar social (Espinoza Freire, 2020). En este marco, la persona investigadora es responsable de cada actuación durante el proceso y debe reconocer que los fines no justifican cualquier medio, dado que algunos pueden llegar a ser injustos e irrazonables (Tójar & Serrano Angulo, 2000).

Entre los principios más relevantes se encuentran el respeto, la beneficencia y la justicia, especialmente en estudios como en esta investigación donde se involucran directamente a personas participantes (Ryan et al., 1979). No obstante, a los anteriores se suman otros valores fundamentales como la integridad, la honestidad, la imparcialidad, la

confidencialidad y la responsabilidad profesional, siendo estos ampliamente señalados en la literatura para garantizar una investigación ética y rigurosa (American Educational Research Association, 2011; Bisquerra Alzina, 2009; Espinoza Freire, 2020; Resnik & Shamoo, 2011; Tójar & Serrano Angulo, 2000).

A pesar de lo anterior, según refieren Tójar & Serrano Angulo (2000), los códigos éticos no ofrecen soluciones para todas las situaciones posibles, por lo que el criterio y el sentido común de la persona investigadora son imprescindibles en la toma de decisiones.

Esta investigación no fue sometida a evaluación por parte de un comité ético institucional, pero se desarrolló bajo un estricto compromiso con los principios éticos reconocidos en el ámbito de la investigación educativa y se prestó una especial atención a las consideraciones éticas teniendo en cuenta las particularidades de este estudio tal como se describe a continuación:

- Autonomía y respeto: La participación en la investigación fue completamente voluntaria, siendo las personas invitadas mediante contacto telefónico y correo electrónico. Antes de participar, se les proporcionó información clara sobre los objetivos y la finalidad del estudio tanto en los documentos facilitados como en la comunicación directa, garantizando que comprendieran lo que implicaba su participación. Esta medida permitió que cada persona ejerciera su autonomía de manera informada y consciente. Además, se cuidó la sensibilidad y la moral de los participantes durante todo el proceso, asegurando un trato respetuoso que promoviera la confianza y la colaboración, ambos aspectos esenciales para la validez ética y la calidad de los datos obtenidos.
- Confidencialidad: En ningún momento se expusieron los datos personales de las personas participantes ni la identidad de los centros educativos donde trabajaban. Se aplicaron medidas de anonimato y protección de la información, siendo todas las personas informadas antes y durante la recogida de datos. Garantizar la confidencialidad

fue un aspecto esencial para proteger la privacidad de las personas involucradas y posibilitar un entorno de confianza que permitiera obtener respuestas más honestas y enriquecedoras.

- Beneficencia: Las acciones del estudio se orientaron a maximizar los beneficios y minimizar cualquier posible daño a las personas participantes. Tanto los cuestionarios como las entrevistas se diseñaron de manera sensible, evitando preguntas invasivas o que pudieran generar malestar. Aplicar este principio con los estándares éticos de protección y bienestar aseguró que la investigación contribuyera positivamente a las personas y al contexto implicado.

- Justicia: Todas las personas que cumplían con los criterios para participar en el estudio fueron invitadas sin distinción, garantizando la igualdad de oportunidades en el acceso a la investigación. La selección se llevó a cabo de manera justa y equitativa respetando la autonomía de cada persona para decidir si deseaba participar de forma voluntaria. De esta manera se evitó cualquier tipo de sesgo o exclusión arbitraria y se aseguró que los resultados reflejaran de forma más fiel la diversidad de la población estudiada.

- Integridad: La investigación se desarrolló bajo el principio de integridad académica. Toda la información obtenida por las fuentes y contribuciones de otras autorías fueron citadas y referenciadas según la 7ª edición de las normas APA. Asimismo, se procuró que el análisis de los datos fuese honesto, evitando manipulaciones o interpretaciones sesgadas que pudieran alterar los resultados. Este compromiso con la transparencia y la rigurosidad metodológica aseguró la credibilidad del estudio y la confianza en los hallazgos obtenidos.

- Imparcialidad: La investigación se desarrolló libre de cualquier conflicto de intereses. La persona investigadora no mantenía vínculos personales con las personas

participantes ni existían condicionamientos de tipo económico, políticos, religioso u de otra índole que pudieran influir en el proceso. Esta independencia permitió que tanto la recogida de la información como el análisis de los datos se realizaran con objetividad, evitando sesgos y asegurando que las conclusiones reflejaran fielmente la realidad estudiada.

- Honestidad, veracidad y transparencia: El estudio se llevó a cabo bajo el principio de honestidad académica garantizando evitar cualquier error intencional en la planificación, recogida o análisis de los datos. En ningún momento se manipularon los resultados para ajustarlos a expectativas previas y se presentaron los resultados tal como fueron obtenidos para asegurar su veracidad. En cuanto a la transparencia, los hallazgos fueron difundidos en revistas académicas, actas de congresos y bases de datos utilizados a lo largo de la tesis doctoral, siendo acciones que favorecieron la verificación y la replicabilidad del trabajo por parte de la comunidad científica. En su conjunto, estas prácticas aseguraron la credibilidad del proceso investigativo y la confianza de la comunidad académica en sus conclusiones.

Además, cabe añadir que esta investigación respetó el principio de competencia y responsabilidad profesional. El estudio se realizó reconociendo las limitaciones de la persona investigadora y la necesidad de una formación continua durante la investigación. Asimismo, se recurrió al uso de los conocimientos científicos y académicos actualizados, así como el asesoramiento de personas profesionales del ámbito educativo. Estas acciones permitieron reforzar el rigor metodológico y garantizaron decisiones fundamentadas que contribuyeron en la validez científica y respondieron a la importancia que radica en mejorar la inclusión educativa del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria.

Capítulo 7. Proceso de análisis de los datos

Introducción al capítulo

En este capítulo se muestra el proceso de análisis de los datos presentando los apartados según la secuenciación del diseño de integración múltiple utilizado en la investigación.

En el primer apartado se presenta la descripción del proceso de análisis de datos cualitativos de la primera etapa de la investigación con la exploración del fenómeno a partir de la documentación interna de los centros educativos. El segundo apartado se centra en el proceso de análisis de los datos cuantitativos con la medición de los cuestionarios aplicados. Finalmente, como la tercera etapa del estudio, en el último apartado se detalla el proceso de análisis de datos cualitativos empleado en las entrevistas implementadas.

7.1. Análisis cualitativo documental

La investigación se inspiró en el proceso de análisis de contenido descrito por Miles et al. (2000). Este modelo describe el abordaje de este tipo de datos a partir de un procedimiento tanto estructurado como flexible, el cual combina la creación de las categorías deductivas que fueron inicialmente fundamentadas en la teoría y la posterior creación de categorías inductivas que emergen resultado de la identificación de tendencias y reapariciones durante el análisis del contenido.

Este procedimiento por categorización vincula la selección de los datos, su visualización y posteriores conclusiones, siendo compartido y ampliamente defendido por la literatura (Arbeláez Gómez & Onrubia Goñi, 2014; Díaz Herrera, 2018; Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018; Romero Chaves, 2005; Strauss & Corbin, 2002).

Para el proceso de análisis de los datos se empleó el software Nvivo (Anexo 26). Inicialmente, fueron codificadas las categorías deductivas que fueron previamente diseñadas como resultado del constructo de la investigación. Posteriormente, a partir de la lectura de los documentos obtenidos, como resultado de patrones y reapariciones, surgieron categorías inductivas que no encajaban con las categorías ya existentes (Figura 28).

Las categorías inductivas quedaron definidas del siguiente modo:

- **Estado del Proyecto Educativo de Centro (PEC):** Esta subcategoría emergió por la variedad de calidades que mostraban estos proyectos, existiendo una tendencia de superficialidad en la redacción y falta de apartados esperados para un PEC. Debido a este patrón se determinaron dos subcategorías bajo el nombre de “**Completo**” y “**Actualizado <5 años**” y se definieron los siguientes criterios para su cumplimiento:

Figura 28

Análisis documental. Categorías deductivas e inductivas.

OBJETIVO DE INV.	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
OE1	PEC				
		1 Estado del PEC			
			1 Completo		
			2 Actualizado < 5 años		
		2 Planes/programas presentes			
			1 Plan de Atención a la Diversidad (PAD)		
				1 Existencia PAD	
				2 Mención existencia PAD	
				3 Mención AED	
			2 Programas específicos AED		
			3 Planes COVID		
				1 Existencia Planes COVID	
				2 Alcance	
				3 Estrategias	
			4 Plan de Acción Tutorial (PAT)		
				1 Existencia PAT	
				2 Mención existencia PAT	
				3 Mención AED	
			5 Plan Estrategia Digital (PED)		
				1 Existencia PED	
				2 Mención existencia PED	
				3 Cultura telemática	
					1 Competencia Digital
					2 Canales de Comunicación
					3 Planes de Inclusión y Acogida Digital
			6 Plan Lingüístico		
	Otros Documentos				
	Categ. Deductivas	Categ. Inductivas			

Nota. Abreviaturas: Proyecto Educativo de Centro (PEC), Atención Educativa Domiciliaria (AED). Elaboración propia (2025).

- **Completo:**

a) **Extensión:** > 20 páginas.

b) **Secciones mínimas esperadas para el PEC en esta investigación:**

- Aplicaciones de criterios de organización pedagógica, las prioridades y los planteamientos educativos, los procedimientos de inclusión educativa, los valores y objetivos que rigen el aprendizaje de la convivencia y otras actuaciones.

- Concreción y desarrollo de currículums, los criterios que orienten la atención a la diversidad y los que deben orientar las medidas organizativas, siempre de acuerdo con los principios de la educación inclusiva y de la coeducación.

c) Nivel de detalle: Los apartados y sus contenidos están adecuadamente detallados.

- **Actualizado <5años:** Por la antigüedad de muchos de los proyectos se determinó este criterio para categorizar los PEC que se encontraban actualizados.

- **Mención existencia PAD:** Esta subcategoría emergió de la tendencia de muchos PEC por la descripción de la existencia de Planes de Atención a la Diversidad que posteriormente no existían en los PEC.

- **Planes COVID:** Esta subcategoría emergió resultado de la búsqueda de Programas específicos de Atención Educativa Domiciliaria o documentos similares. Hacen referencia a las planificaciones todavía mostradas por los centros que fueron elaboradas durante la situación de excepcionalidad. Del análisis de estos documentos se crearon otras tres subcategorías:

- a) **Existencia de planes COVID:** Hace referencia a la presencia o ausencia de este documento en los centros que componen la muestra.

- b) **Alcance:** Esta subcategoría emergió de la tendencia de las citas por señalar la finalidad del plan y describir su aplicación de carácter temporal.

- c) **Estrategias:** Hace referencia a la identificación de las citas relativas a las estrategias pedagógicas previstas para abordar la modalidad de educación a distancia generada por la pandemia.

- **Mención existencia PAT:** Esta subcategoría emergió de la tendencia de muchos PEC por la descripción de la existencia de Planes de Acción Tutorial que posteriormente no existían.

- **Plan Estrategia Digital (PED):** Esta subcategoría emergió de las tendencias que muestran los PEC por la presencia de planes enfocados a desarrollar las competencias digitales del alumnado, familiares y profesorado. Debido a este patrón se definieron otras tres subcategorías:

- a) **Existencia PED:** Hace referencia a la presencia o ausencia del documento en los centros que componen la muestra.

- b) **Mención existencia PED:** Emergió de la tendencia de muchos PEC por la descripción de la existencia de estos planes que posteriormente no existían.

- c) **Cultura telemática:** Hace referencia a los Planes de Estrategia Digital que muestran intenciones de mejorar la competencia digital y mejorar la comunicación interna y a distancia utilizando herramientas digitales. Del análisis de esta subcategoría emergieron las siguientes tres subcategorías inductivas:

- I. Competencia Digital.

- II. Canales de Comunicación.

- III. Planes de Inclusión y Acogida Digital.

- **Plan Lingüístico:** Esta subcategoría emerge de la tendencia de todos los centros educativos analizados por la importancia de este tipo de planes.

- **Otros Documentos:** Esta categoría hace referencia a la tendencia por la presencia de otros documentos como, por ejemplo, las Normas de Organización y Funcionamiento de los centros (NOF) o memorias anuales.

Finalmente, se realizó una visualización de los datos obtenidos de forma organizada para la comprensión e interpretación de la información. Esta etapa queda representada en los capítulos de resultados y conclusiones.

7.2. Análisis cuantitativo de los cuestionarios

En este apartado se fundamenta el análisis de los datos cuantitativos. Todas las pruebas estadísticas fueron llevadas a cabo con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 30.

Inicialmente se realizó una estadística descriptiva (media, mediana y desviación típica) en todos los ítems para visualizar y comprender cómo respondieron los participantes. Posteriormente, se analizaron los datos a partir de una estadística correlacional e inferencial. La prueba de Kolmogórov-Smirnov indicó que los datos no seguían una distribución normal en todos los ítems tanto del cuestionario de necesidades (CIdned) como de actuación (CIdact). Dado que no se cumplía el supuesto de normalidad, se optó por el uso de pruebas no paramétricas para el análisis de los datos (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

A continuación, se presenta el proceso de análisis de datos organizado por cuestionarios y en función de los objetivos específicos de la investigación. Para cada objetivo se presenta una tabla con los ítems analizados, las variables correspondientes, las hipótesis relacionadas y el análisis estadístico aplicado.

➤ **Cuestionario sobre la identificación de necesidades socioeducativas del alumnado de AED (CIdned):**

- **Objetivo 2:** Analizar las necesidades académicas del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria (Tabla 40).

Tabla 40

Proceso del análisis cuantitativo. Cuestionario CIdned. Objetivo 2.

Ítems	Variables	Hipótesis asociada	Análisis aplicado
Ítem 1	Logro académico.	El alumnado con una mejor actitud y mayor participación alcanza mejores objetivos de aprendizaje en su etapa educativa.	Correlación de Spearman.
Ítem 2	Actitud.		
Ítem 3	Participación.		

Ítem 4	Respuesta percibida de los planes individualizados.	Existe una relación entre la percepción de los planes individualizados y las estrategias educativas implementados con la respuesta de las necesidades socioeducativas del alumnado de AED.	Correlación de Spearman.
Ítem 5	Respuesta percibida de las estrategias educativas.		
Ítem 6.1, 6.2, 6.3, 6.4	Orientación académica en los siguientes agentes implicados: 6.1. Alumnado de AED. 6.2. Familia de la AED. 6.3. Profesorado implicado. 6.4. Profesionales adicionales.	<u>Hipótesis 1</u> : El centro ofrece orientación para favorecer el desempeño académico con más frecuencia al profesorado implicado que al resto de agentes. <u>Hipótesis 2</u> : El centro ofrece orientación para favorecer los aspectos socioemocionales con más frecuencia a la familia que al resto de agentes.	<u>Hipótesis 1</u> : Friedman. <u>Hipótesis 2</u> : Friedman.
Ítem 7.1, 7.2, 7.3, 7.4	Orientación socioemocional en los siguientes agentes implicados: * Ídem agentes ítem 6.		
Ítem 8.1, 8.2, 8.3	Percepción de <u>mejora académica</u> del alumnado de AED según la relación entre <u>equipo docente y personal domiciliario</u> con la: 8.1. Comunicación. 8.2. Colaboración. 8.3. Coordinación.	Las valoraciones sobre cómo la comunicación, colaboración y coordinación favorecen el desempeño académico o los aspectos socioemocionales de este alumnado varían según la relación del agente implicado con el centro educativo (centro – docente domiciliario, centro – familia, centro – profesionales adicionales).	Friedman.
Ítem 9.1, 9.2, 9.3	Percepción de <u>mejora académica</u> del alumnado de AED según la relación entre <u>equipo docente y familia</u> con la: 9.1. Comunicación. 9.2. Colaboración. 9.3. Coordinación.		
Ítem 10.1, 10.2, 10.3	Percepción de <u>mejora académica</u> del alumnado de AED según la relación entre <u>equipo docente y profesionales adicionales</u> con la: 10.1. Comunicación. 10.2. Colaboración.		

	10.3. Coordinación.		
Ítem 11.1, 11.2, 11.3	Percepción de <u>mejora socioemocional</u> del alumnado de AED según la relación entre <u>equipo docente y personal domiciliario</u> con la: 11.1. Comunicación. 11.2. Colaboración. 11.3. Coordinación.		
Ítem 12.1, 12.2, 12.3	Percepción de <u>mejora socioemocional</u> del alumnado de AED según la relación entre <u>equipo docente y familia</u> con la: 12.1. Comunicación. 12.2. Colaboración. 12.3. Coordinación.		
Ítem 13.1, 13.2, 13.3	Percepción de <u>mejora socioemocional</u> del alumnado de AED según la relación entre <u>equipo docente y profesionales adicionales</u> con la: 13.1. Comunicación. 13.2. Colaboración. 13.3. Coordinación.		
Ítem 14.1, 14.2	Coordinación entre Aula Hospitalaria y centro educativo. Percepción de mejora en: 14.1. Desempeño académico. 14.2. Aspecto socioemocional.	La coordinación entre el Aula Hospitalaria y el personal docente del centro educativo influye sobre el desempeño académico y los aspectos socioemocionales del alumnado de AED.	Wilcoxon
Ítem 15 Ítem 4 Ítem 5	15. Identificación de necesidades socioeducativas. 4. Respuesta percibida de los planes individualizados. 5. Respuesta percibida de las estrategias educativas.	Los centros educativos que realizan con más frecuencia una identificación de necesidades socioeducativas del alumnado de AED disponen de mejores planes individualizados y estrategias educativas que dan respuesta a dichas necesidades.	U Mann Whitney Recodificación del Ítem 15 en dos grupos: Valores poca frecuencia (del 1 al 3). Valores mucha frecuencia (del 4 al 5).

Nota. Elaboración propia (2025).

• **Objetivo 3:** Detectar los recursos disponibles para satisfacer las necesidades de este tipo de alumnado (Tabla 41).

Tabla 41

Proceso del análisis cuantitativo. Cuestionario CIdned. Objetivo 3.

Ítems	Variables	Hipótesis asociada	Análisis aplicado
Ítem 15	Identificación de necesidades socioeducativas.	<u>Hipótesis 1:</u> Una mayor frecuencia en la identificación de necesidades socioeducativas del alumnado se asocia con una mayor adaptación de los recursos humanos, materiales y adicionales.	<u>Hipótesis 1:</u> Spearman (ítems 15-18).
Ítem 16	Recursos humanos.		
Ítem 17	Recursos materiales.		
Ítem 18	Recursos adicionales.	<u>Hipótesis 2:</u> Existen diferencias en la percepción sobre la frecuencia en que los recursos humanos, materiales y adicionales responden a las necesidades de este alumnado.	<u>Hipótesis 2:</u> Friedman (ítems 16-18).

Nota. Elaboración propia (2025).

• **Objetivo 4:** Explorar la involucración del entorno familiar en la Atención Educativa Domiciliaria (Tabla 42).

Tabla 42

Proceso del análisis cuantitativo. Cuestionario CIdned. Objetivo 4.

Ítems	Variables	Hipótesis asociada	Análisis aplicado
Ítem 19.1, 19.2, 19.3, 19.4, 19.5	Percepción de <u>mejora académica</u> del alumnado de AED según los aspectos familiares: 19.1. Calidad de los espacios. 19.2. Recursos materiales. 19.3. Nivel educativo familias. 19.4. Apoyo familiar. Proceso resiliencia familiar.	<u>Hipótesis 1:</u> El apoyo familiar tiene mayor influencia en el desempeño académico de este alumnado que el resto de las condiciones familiares. <u>Hipótesis 2:</u> El apoyo familiar tiene una mayor influencia en los aspectos socioemocionales que en el desempeño académico.	<u>Hipótesis 1:</u> Friedman. <u>Hipótesis 2:</u> Wilcoxon.

Ítem 20.1, 20.2, 20.3, 20.4, 20.5	Percepción de <u>mejora socioemocional</u> del alumnado de AED según los aspectos familiares: 20.1. Calidad de los espacios. 20.2. Recursos materiales. 20.3. Nivel educativo familias. 20.4. Apoyo familiar. Proceso resiliencia familiar. Proceso resiliencia familiar.		
--	--	--	--

Nota. Elaboración propia (2025).

- **Objetivo 5:** Conocer la influencia de los factores sociales y personales en la inclusión educativa de este estudiantado (Tabla 43).

Tabla 43

Proceso del análisis cuantitativo. Cuestionario CIDned. Objetivo 5.

Ítems	Variables	Hipótesis asociada	Análisis aplicado
Ítem 21.1, 21.2	Percepción de <u>mejora académica</u> del alumnado de AED según las relaciones mantenidas entre: 21.1. Alumnado de AED con su grupo-clase del centro. 21.2. Alumnado de AED con sus amistades.	<u>Hipótesis 1:</u> Existen diferencias en la influencia entre las relaciones con el grupo-clase y las amistades, tanto sobre el desempeño académico como sobre los aspectos socioemocionales de este alumnado.	<u>Hipótesis 1:</u> Wilcoxon.
Ítem 22.1, 22.2	Percepción de <u>mejora socioemocional</u> del alumnado de AED según las relaciones mantenidas entre: 22.1. Alumnado de AED con su grupo-clase del centro. 22.2. Alumnado de AED con sus amistades.	<u>Hipótesis 2:</u> Existe una asociación en la influencia de las relaciones mantenidas entre los aspectos socioemocionales y el desempeño académico.	<u>Hipótesis 2:</u> Correlación de Spearman.
Ítem 23.1, 23.2	Percepción de mejora en la motivación del alumnado de AED según el apoyo de:	El apoyo emocional del profesorado implicado favorece más la motivación del alumnado de AED que el	Wilcoxon.

	23.1. Apoyo del profesorado. 23.2. Profesionales adicionales.	personal profesional adicional (médico-asistenciales, servicios sociales, etc.).	
Ítem 24	Percepción de mejor <u>desempeño académico</u> según las características personales del alumnado de AED.	Los factores personales del alumnado influyen de forma similar en su desempeño académico y en sus relaciones sociales.	Wilcoxon.
Ítem 25	Percepción de mejores <u>relaciones sociales</u> según las características personales del alumnado de AED.		
Ítem 26.1, 26.2	Según el proceso de resiliencia, percepción de mejora en: 26.1. Desempeño académico. 26.2. Aspectos socioemocionales.	El proceso de resiliencia influye de forma diferente en el desempeño académico y en los aspectos socioemocionales.	Wilcoxon.

Nota. Elaboración propia (2025).

En la Tabla 44 se presenta un resumen de la relación entre los objetivos, ítems y pruebas estadísticas realizadas en el análisis de datos cuantitativos del cuestionario de identificación de necesidades socioeducativas CIDned.

Tabla 44

Relación entre objetivos, ítems y pruebas estadísticas realizadas en el análisis de datos cuantitativos del cuestionario CIDned.

Objetivos específicos	Ítems	Pruebas estadísticas
2. Analizar las necesidades académicas del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria.	Ít. 1-3	Correlación de Spearman.
	Ít. 4, 5	Correlación de Spearman.
	Ít. 6, 7	Friedman.
	Ít. 8-13	Friedman.
	Ít. 14.1, 14.2	Wilcoxon.
	Ít. 15, 4, 5	U Mann Whitney.
3. Detectar los recursos disponibles para satisfacer las necesidades de este tipo de alumnado.	Ít. 15-18	Correlación de Spearman. Friedman.

4. Explorar la involucración del entorno familiar en la Atención Educativa Domiciliaria.	Ít. 19, 20	Friedman. Wilcoxon.
5. Conocer la influencia de los factores sociales y personales en la inclusión educativa de este estudiantado.	Ít. 21, 22	Wilcoxon. Correlación de Spearman.
	Ít. 23.1, 23.2	Wilcoxon.
	Ít. 24, 25	Wilcoxon.
	Ít. 26.1, 26.2	Wilcoxon.

Nota. Elaboración propia (2025).

➤ **Cuestionario sobre la actuación de la dirección del centro educativo en la implementación de AED (CIdact):**

- **Objetivo 6:** Analizar la implementación de los centros educativos para la Atención Educativa Domiciliaria (Tabla 45).

Tabla 45

Proceso del análisis cuantitativo. Cuestionario CIdact. Objetivo 6.

Ítems	Variables	Hipótesis asociada	Análisis aplicado
Ítem 1	Consideración de AED en los generales del centro educativo.	La existencia de planes generales y programas específicos para la AED está relacionada con la implementación de las medidas iniciales de actuación del centro educativo para este tipo de atención.	Correlación de Spearman.
Ítem 2	Programas específicos de AED en el centro educativo.		
Ítem 3	Evaluación de la situación y determinación de medidas de AED por el centro educativo.		
Ítem 4	Colaboración del EAP.		
Ítem 5	Análisis previo de identificación de necesidades socioeducativas.		
Ítem 6	Elaboración de planes individualizados.		
Ítem 7	Solicitud de personal docente domiciliario.		
Ítem 8.1, 8.2, 8.3, 8.4	Comunicación de las funciones esperadas de	La frecuencia con la que el equipo de atención a la	Friedman.

	AED a los siguientes agentes implicados: 8.1. Personal de Orientación. 8.2. Personal docente del centro. 8.3. Resto del alumnado. 8.4. Familia de la AED.	diversidad aplica la implementación y actuaciones relacionadas con la comunicación, colaboración y coordinación varía en función del agente implicado en la AED.	
Ítem 9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5, 9.6, 9.7	Definición de vías o sistemas específicos para la comunicación de los siguientes agentes implicados: 9.1. Alumnado de AED. 9.2. Familia de la AED. 9.3. Personal de orientación. 9.4. Personal docente del centro. 9.5. Resto del alumnado. 9.6. Personal docente del Aula Hospitalaria. 9.7. Profesionales adicionales.		
Ítem 10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5, 10.6, 10.7	Definición de <u>pautas de comunicación</u> para los siguientes agentes implicados: *Ídem agentes ítem 9.		
Ítem 11.1, 11.2, 11.3, 11.4, 11.5	Definición de <u>pautas de colaboración</u> para los siguientes agentes implicados: 11.1. Familia de la AED. 11.2. Personal de orientación. 11.3. Personal docente del centro. 11.4. Personal docente del Aula Hospitalaria. 11.5. Profesionales adicionales.		
Ítem 12.1, 12.2, 12.3, 12.4, 12.5	Definición de <u>pautas de coordinación</u> para los siguientes agentes implicados: *Ídem agentes ítem 11.		

Ítem 13.1, 13.2, 13.3, 13.4, 13.5	Definición de <u>asesoramiento y orientación</u> para los siguientes agentes implicados: 13.1. Alumnado de AED. 13.2. Familia de AED. 13.3. Personal docente del centro. 13.4. Resto del alumnado. 13.5. Profesionales adicionales.	<u>Hipótesis 1:</u> El asesoramiento y orientación ofrecida por los centros educativos varía según el agente implicado en la AED. <u>Hipótesis 2:</u> El equipo de atención a la diversidad del centro orienta el proceso de resiliencia con mayor frecuencia al alumnado afectado que a su familia. <u>Hipótesis 3:</u> La frecuencia en que el centro ofrece asesoramiento y orientación general al alumnado afectado y a su familia está asociada con una mayor oferta de orientación del proceso de resiliencia para estos agentes.	<u>Hipótesis 1:</u> Friedman. <u>Hipótesis 2:</u> Wilcoxon. <u>Hipótesis 3:</u> Correlación de Spearman.
Ítem 14.1, 14.2	Facilitación de orientación para el proceso de resiliencia de: 14.1. Alumnado de AED. 14.2. Familia de AED.		
Ítem 15	Definición de los horarios de AED.		
Ítem 16	Definición de los métodos de enseñanza y aprendizaje en función de las necesidades específicas de AED.		
Ítem 17	Definición de métodos de comunicación para la participación sincrónica del alumnado domiciliado con el resto del grupo-aula.	Los centros educativos que realizan con más frecuencia una identificación de necesidades socioeducativas del alumnado de AED implementan con mayor frecuencia medidas específicas en función de las necesidades de este alumnado.	
Ítem 18	Facilitación de recursos materiales durante toda la AED, estén previstos o no.		
Ítem 5	Análisis previo de identificación de necesidades socioeducativas.		U Mann Whitney Recodificación del Ítem 5 en dos grupos: Valores poca frecuencia (del 1 al 3). Valores mucha frecuencia (del 4 al 5).

Nota. Elaboración propia (2025).

• **Objetivo 7:** Explorar la adaptabilidad de las estrategias educativas para dar respuesta a este alumnado (Tabla 46).

Tabla 46

Proceso del análisis cuantitativo. Cuestionario CIdact. Objetivo 7.

Ítems	Variables	Hipótesis asociada	Análisis aplicado
Ítem 19	Revisión de estrategias educativas para analizar nuevas necesidades socioeducativas del alumnado de AED.	Los centros educativos que revisan con frecuencia las estrategias educativas implementan actualizaciones en un tiempo adecuado durante la AED.	Correlación de Spearman.
Ítem 20	Actualización de las estrategias educativas en función de las nuevas necesidades socioeducativas del alumnado de AED.		
Ítem 21	Tiempo de respuesta para la actualización de estrategias educativas.		

Nota. Elaboración propia (2025).

• **Objetivo 8:** Conocer la evaluación de los centros educativos para la Atención Educativa Domiciliaria (Tabla 47).

Tabla 47

Proceso del análisis cuantitativo. Cuestionario CIdact. Objetivo 8.

Ítems	Variables	Hipótesis asociada	Análisis aplicado
Ítem 22.1, 22.2	<u>Canales de retroalimentación</u> para proporcionar información sobre: 22.1. Planificación de AED. 22.2. Implementación de AED.	<u>Hipótesis 1:</u> Los centros que con frecuencia facilitan canales de retroalimentación para conocer si la planificación e implementación de la AED es adecuada, llevan a cabo más evaluaciones y cambios para su mejora.	<u>Hipótesis 1:</u> Correlación de Spearman.
Ítem 23.1, 23.2	Evaluaciones sobre la: *Ídem variables Ítem 22.	<u>Hipótesis 2:</u> Los centros educativos que llevan a cabo más evaluaciones relativas a su planificación de la AED, realizan con mayor frecuencia cambios de mejora.	<u>Hipótesis 2:</u> U Mann Whitney (Ítems 23.1 y 24.1). Recodificación del Ítem 23.1 en dos grupos:
Ítem 24.1, 24.2	En base a las evaluaciones, cambios sobre la: *Ídem variables Ítem 22.		Valores poca frecuencia (del 1 al 3). Valores mucha frecuencia (del 4 al 5).

Nota. Elaboración propia (2025).

En la Tabla 48 se presenta un resumen de la relación entre los objetivos, ítems y pruebas estadísticas realizadas en el análisis de datos cuantitativos del cuestionario de identificación de actuación CIdact.

Tabla 48

Relación entre objetivos, ítems y pruebas estadísticas realizadas en el análisis de datos cuantitativos del cuestionario CIdact.

Objetivos específicos	Ítems	Pruebas estadísticas
6. Analizar la implementación de los centros educativos para la Atención Educativa Domiciliaria.	Ít. 1-7	Correlación de Spearman.
	Ít. 8-12	Friedman.
	Ít. 13, 14	Friedman. Wilcoxon. Correlación de Spearman.
	Ít. 5, 15-18	U Mann Whitney.
7. Explorar la adaptabilidad de las estrategias educativas para dar respuesta a este alumnado.	Ít. 19-21	Correlación de Spearman.
8. Conocer la evaluación de los centros educativos para la Atención Educativa Domiciliaria.	Ít. 22-24	Correlación de Spearman. U Mann Whitney.

Nota. Elaboración propia (2025).

7.3. Análisis cualitativo de las entrevistas

El proceso de análisis del contenido se llevó a cabo con el software Nvivo (Anexo 27).

Inicialmente, se realizó una categorización deductiva considerando las dimensiones y los indicadores que fueron establecidos en ambas entrevistas (EIdned y EIdact). Posteriormente, a partir del análisis de contenido de la transcripción de las grabaciones surgieron algunas nuevas categorías inductivas que enriquecieron el objeto de estudio.

➤ **Entrevista sobre la identificación de necesidades socioeducativas del alumnado de AED (EIdned):**

En la Tabla 49, se sintetiza la relación de las categorías deductivas e inductivas que fueron objeto de análisis en las entrevistas implementadas al personal de orientación educativa de los centros (EIdned)

Tabla 49

Relación entre objetivos y categorías deductivas e inductivas de las entrevistas EIdned.

Objetivos de investigación	Categorías deductivas (Dimensiones)	Subcategorías deductivas (Indicadores)	Subcategorías inductivas	Categoría inductiva transversal
OE2	ÁMBITO ACADÉMICO	Identificación del logro académico.		Inclusión educativa en AED.
		Actitud hacia el aprendizaje.		
		Participación en actividades educativas.		
		Planes individualizados.	Restricción de personal docente domiciliario.	
		Estrategias educativas.		
		Orientación de los agentes implicados.		
		Interacción entre los agentes implicados.		
		Coordinación entre Aula Hospitalaria y AED.		
OE3	RECURSOS	Identificación de necesidades socioeducativas.		
		Identificación de recursos.		
OE4	FAMILIAR	Circunstancias familiares y desempeño académico.	Dificultades centro-familia.	
		Circunstancias familiares y aspectos socioemocionales.		
OE5	FACTORES SOCIALES Y PERSONALES	Relaciones con el grupo-clase y sus amistades.		
		Relación entre el apoyo emocional y la motivación.		

		Factores personales y AED.		
--	--	----------------------------	--	--

Nota. Elaboración propia (2025).

Las categorías inductivas quedaron definidas del siguiente modo:

- **Restricción de personal docente domiciliario:** Esta subcategoría surgió de una pregunta espontánea durante la primera entrevista motivada por el discurso de cómo se adaptaban los planes individualizados y las estrategias educativas. Se consultó cómo los centros educativos llevaban a cabo la AED en aquellos casos que la prescripción facultativa restringía la posibilidad de docencia presencial domiciliaria por enfermedades, por ejemplo, infecciosas. Dado el interés del tema, esta consulta fue incorporada como una pregunta adicional.

- **Dificultades centro-familia:** Esta subcategoría emergió de las repeticiones que mostraron las personas entrevistadas sobre algunas dificultades habituales con las que se encontraban los centros educativos relativos a la docencia domiciliaria.

- **Inclusión educativa en AED:** Esta categoría inductiva, de carácter transversal, surgió de una pregunta espontánea al final de la primera entrevista motivada por el propio discurso de la persona entrevistada. Se consultó su opinión profesional sobre si las actuales medidas de respuesta estaban garantizando la inclusión educativa del alumnado de AED. Dado el interés del tema, esta misma pregunta fue incorporada al cierre de todas las entrevistas.

➤ **Entrevista sobre la actuación de la dirección del centro educativo en la implementación de AED (EIdact):**

A continuación, de forma similar a la anterior, en la Tabla 50 se sintetiza la relación de las categorías deductivas e inductivas que fueron objeto de análisis en las entrevistas implementadas al personal de dirección de los centros (EIdact).

Tabla 50

Relación entre objetivos y categorías deductivas e inductivas de las entrevistas EIdact.

Objetivos de investigación	Categorías deductivas (Dimensiones)	Subcategorías deductivas (Indicadores)	Subcategorías inductivas	Categoría inductiva transversal
OE6	IMPLEMENTACIÓN	Planificación para la implementación de la AED.		Inclusión educativa en AED.
		Medidas de respuesta ante la necesidad de AED.	Restricción de personal docente domiciliario.	
			Ausencias del alumnado inferiores a 30 días	
		Identificación de necesidades socioeducativas.		
		Elaboración del Plan Individualizado.		
		Organización de los agentes implicados.		
		Orientación de los agentes implicados.		
		Determinación de los horarios de AED.		
		Métodos de enseñanza y aprendizaje.		
		Participación entre el alumnado domiciliado y el aula.		
OE7	ADAPTABILIDAD	Revisión y actualización de las estrategias educativas.		
		Tiempo necesario para implementar cambios.		

OE8	EVALUACIÓN	Disponibilidad de canales de retroalimentación.		
		Frecuencia de revisiones y evaluaciones.		
		Capacidad de la dirección para tomar decisiones basadas en los resultados.		

Nota. Elaboración propia (2025).

Las categorías inductivas quedaron definidas del siguiente modo:

- **Restricción de personal docente domiciliario:** Esta subcategoría inductiva surgió de una pregunta espontánea durante la primera de las otras entrevistas destinadas para el personal de orientación (EIdned). Influido por la anterior experiencia, así como por la línea del discurso de la primera persona de dirección entrevistada, se realizó también la misma consulta de cómo los centros educativos llevaban a cabo esta medida en aquellos casos que la prescripción facultativa restringía la posibilidad de docencia presencial domiciliaria por enfermedades como, por ejemplo, infecciosas. Dado el interés del tema, esta consulta fue incorporada como una pregunta adicional.

- **Ausencias del alumnado inferiores a 30 días:** Esta subcategoría inductiva surgió de las repeticiones que las personas entrevistadas mostraban en el apunte de que la AED no se podía solicitar y activar hasta una ausencia superior a los 30 días. Dado que se trata de un tiempo significativo, este aspecto promovió consultar cómo los centros actuaban en tiempos inferiores para atender el alumnado domiciliario hasta poder solicitarse oficialmente la AED.

- **Inclusión educativa en AED:** Esta subcategoría inductiva, de carácter transversal, surgió de una pregunta espontánea durante la primera de las otras entrevistas destinadas para el personal de orientación (EIdned). De modo similar, el discurso de las entrevistas del personal de la dirección (EIdact) invitaron a realizar la misma consulta sobre si, según su

opinión profesional, las actuales medidas de respuesta estaban garantizando la inclusión educativa del alumnado de AED. Dado el interés del tema, esta misma pregunta fue incorporada al cierre de todas las entrevistas.

Finalmente, de ambos análisis (EIdned / EIdact), se realizó una visualización de los datos obtenidos de forma organizada para la comprensión e interpretación de la información. Esta etapa queda representada en los capítulos de resultados y conclusiones.

Bloque IV. Resultados

Capítulo 8. Resultados

Introducción al capítulo

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos específicos de la investigación, teniendo como finalidad ofrecer la información de forma estructurada y coherente para facilitar su claridad e identificación.

El primer objetivo del estudio se respondió en las tres etapas de la investigación (documentos, cuestionarios y entrevistas). El resto de los objetivos se dieron respuesta en la segunda y tercera etapa (cuestionarios y entrevistas).

En todos los apartados se presenta una triangulación de los datos mediante la integración de las diferentes herramientas de recogida de la información y enfoques metodológicos utilizados.

8.1. Planes generales y/o programas específicos en Atención Educativa Domiciliaria

Este primer objetivo fue diseñado inicialmente para ser respondido a partir del análisis documental aplicado en la primera etapa de la investigación. Sin embargo, el indicador diseñado en el cuestionario CIDact y en la entrevista Eldact para identificar la planificación de la implementación en Atención Educativa Domiciliaria (AED) permitió triangular y enriquecer esta información. Por lo que a continuación se presentan los resultados obtenidos en los análisis de las tres etapas de la investigación.

De la cuantificación de algunos datos extraídos del análisis documental (Figura 29), se observó que nueve de los Proyectos Educativos de Centro (PEC) analizados cumplieron los criterios preestablecidos para ser considerados como completos (36%) y 14 fueron actualizados en los últimos cinco años (56%).

Respecto a los planes presentes en los PEC, los Planes de Atención a la Diversidad (PAD) fueron identificados en cuatro de los centros (16%), se describía su existencia sin disponer de ellos en 11 (44%) y no existía ni se mencionaba este plan en 10 (40%). Asimismo, de los PAD analizados ninguno de ellos contenía ninguna información relativa a la planificación o consideración para la AED.

En cuanto a los programas específicos dedicados a la AED, es destacable que su presencia fue de 0% en todos los casos analizados. No obstante, vinculado con la educación a distancia, de la lectura y repeticiones de los documentos presentes se observó una pequeña tendencia en la descripción de Planes COVID-19 en seis de los centros (24%). Ninguno de estos planes dispuso de ninguna actualización desde la pandemia (0%).

Figura 29

Análisis documental. Cuantificación de datos

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	N	%
PEC					
	1 Estado del PEC				
		1 Completo		9	36%
		2 Actualizado < 5 años		14	56%
	2 Planes/programas presentes				
		1 Plan de Atención a la Diversidad (PAD)			
			1 Existencia PAD	4	16%
			2 Mención existencia PAD	11	44%
			3 Mención AED	0	0%
		2 Programas específicos AED		0	0%
		3 Planes COVID			
			1 Existencia Planes COVID	6	24%
			2 Actualización Planes COVID	0	0%
		4 Plan de Acción Tutorial (PAT)			
			1 Existencia PAT	4	16%
			2 Mención existencia PAT	15	60%
			3 Mención AED	0	0%
		5 Plan Estrategia Digital (PED)			
			1 Existencia PED	17	68%
			2 Mención existencia PED	7	28%
			3 Cultura telemática	14	56%
		6 Plan Lingüístico		25	100%
Otros Documentos				23	92%
Categ. Deductivas	Categ. Inductivas		MUESTRA SATURACIÓN	25	100%

Nota. Elaboración propia (2025).

Los Planes de Acción Tutorial (PAT) fueron presentes en 4 de los centros (16%), se describía su existencia sin disponer de ellos en 15 (60%) y no existía ni se mencionaba este plan en 6 (24%). Asimismo, de los PAT analizados cabe señalar que ninguno de ellos contenía ninguna información relativa a la posible orientación del alumnado de AED o cualquier situación diferente a las consideradas como habituales dentro del recinto educativo.

En relación con otras tendencias y patrones observados también resalta la presencia documental de Planes de Estrategia Digital (PED) en 17 de los centros (68%) con unos objetivos que muestran intenciones de mejorar la competencia digital en 14 de ellos (56%).

Asimismo, se mostró una importante tendencia en la publicación de Planes Lingüísticos, siendo este documento presente en los 25 centros analizados (100% de la muestra), así como de otros documentos varios como, por ejemplo, Normas de Organización y Funcionamiento (NOF) o memorias anuales, presentes en 23 de los centros (92%).

De los resultados cualitativos obtenidos del análisis documental, los planes todavía presentes para la COVID-19 mostraron repeticiones vinculadas indirectamente a la educación a distancia con citas relativas al alcance y a las estrategias previstas durante la situación de pandemia (Tabla 51).

Tabla 51

Análisis de contenido de los Planes COVID-19.

	Alcance y estrategias pedagógicas de los Planes COVID-19	Citas
Centro 2	Alcance: 1. “L’Institut...desplegarà el Pla d’organització Covid-19 per al curs 2021-2022 seguint les instruccions dels centres educatius de Catalunya del Pla d’actuació per al curs 2021-2022”.	1
	Estrategias: 1. “Per a comunicar-nos i fer el seguiment de l’aprenentatge del nostre alumnat, farem un ús més intensiu de les eines digitals que ofereix Google Workspace dins del domini corporatiu @...cat”. 2. “El mètode de treball serà consensuat per tot l’equip docent i prioritzant metodologies actives per afavorir els aprenentatges competencials. La carrega horària dedicada a l’aprenentatge virtual també serà consensuada per tot l’equip docent”.	2
Centro 12	Alcance: 1. “L’IE...desplegarà el Pla d’organització Covid-19 per al curs 2021-2022 seguint les instruccions dels centres educatius de Catalunya del Pla d’actuació per al curs 2021-2022”.	1
	Estrategias: 1. “La docència virtual serà l’escenari a seguir en cas de confinament d’un grup. En el supòsit de que un alumne es confini i el seu grup no, aquest podrà fer tasques de seguiment del curs”. 2. “L’Institut-Escola comptarà amb la plataforma Moodle com a aula virtual per a tots els cursos”.	2
Centro 13	Alcance: 1. “Pauta de vacunació complerta (o certificat d’haver passat la COVID...) ...l’alumnat que no presenti aquesta situació que haurà de fer quarantena i connexions sincròniques (s’haurà de connectar en l’horari de classes per a seguir-les)”.	1
	Estrategias: 1. “Les mesures que es prendran en cas de confinament d’un grup. ...Classroom”.	1
Centro 19	Alcance: 1. “Temps de confinament on les videoconferències són un recurs habitual”.	1
	Estrategias: 1. “L’assistència a les videotrucades és obligatòria i es controlarà diàriament”. 2. “L’alumnat i el professorat hauria de mostrar la mateixa bona actitud i predisposició que es mostra habitualment al centre. ...Algunes eines poden ser Meet, preferentment”.	2
Centro 22	Alcance: 1. “El curs 2020-2021 es va organitzar per tal de garantir el dret a l’educació i la protecció dels infants i adolescents amb la màxima normalitat possible”.	1

	Estrategias: 1. “Cal vetllar perquè el centre incorpori la pràctica habitual de l'ús d'eines digitals de forma habitual dins l'aula per garantir que en cas de confinament es podrà seguir l'aprenentatge amb normalitat”.	1	
Centro 24	Alcance: 1. “S’han publicat nous protocols de gestió dels casos Covid. Aquest comunicat vol aclarir com ho hem de gestionar”.	1	
	Estrategias: 1. “Tots els alumnes confinats rebran atenció docent mitjançant el correu corporatiu i les nostres plataformes (correu corporatiu de centre, Classroom, Moodle)”.	1	
Totales		N.º de centros	N.º de citas
Total subcategoría. Alcance		6	6
Total subcategoría. Estrategias			9

Nota. Elaboración propia (2025).

En la subcategoría “Alcance” se observaron un total de 6 citas donde se destacaba en todos los centros educativos unas intenciones que se centraban en dar respuesta a la situación de excepcionalidad originada por la pandemia, siendo una elaboración sin posteriores actualizaciones que parte del requerimiento del Departamento de Educación y con una temporalidad de aplicación limitada hasta la finalización del curso académico 2021-2022.

En la subcategoría “Estrategias” se observaron un total de 9 citas donde se destacaba una intención para todos los casos de planificación de educación a distancia con el uso de diferentes recursos digitales que permitían conexiones sincrónicas con el alumnado y las familias desde sus domicilios. Las herramientas digitales utilizadas por los centros para este fin fueron los correos electrónicos corporativos, Google Workspace, Moodle, Classroom y Meet.

Por otro lado, de los Planes de Estrategia Digital (PED) también se identificaron repeticiones vinculadas indirectamente a la educación a distancia con citas relativas a la competencia digital, canales de comunicación y planes de inclusión y acogida digital (Tabla 52).

Tabla 52

Análisis de contenido de los Planes de Estrategia Digital.

	Temporalización, subcategorías inductivas y citas relativas a la cultura telemática	Temp. / N.º Citas
Centro 4	Temporización prevista para la aplicación del plan.	2022-2026
	<u>Competencia Digital:</u> 1.“Millorar la competència digital de l’equip educatiu”; 2.“Realització periòdica de Formació Interna de Centre sobre l’ús de Classroom o Moodle així com eines informàtiques”. 3.“Millorar la competència digital de l’alumnat d’ESO i la seva avaluació. ...distribució de les competències...per matèries i cursos”.	3
	<u>Planes de Inclusión y Acogida Digital:</u> 1.“Millorar l’acollida digital de la comunitat educativa”; 2.“Redacció i implementació de protocols d’ús de les eines digitals”.	2
Centro 6	Temporización prevista para la aplicación del plan.	2022-2027
	<u>Competencia Digital:</u> 1.“Millorar la competència digital de l’alumnat a partir de l’ampliació i compartició de recursos digitals”; 2.“Compra de llicències de recursos educatius...(p. ex. Kahoot)”; 3. “Creació d’un banc de materials comuns”. 4.“Definir la formació permanent del professorat dirigida a l’assoliment de la competència digital docent”.	4
	<u>Canales de Comunicación:</u> 1.“Millorar i potenciar els canals de comunicació interns i externs, amb el personal i les famílies”; 2.“Establir criteris per al desenvolupament de la comunicació”	2
	<u>Planes de Inclusión y Acogida Digital:</u> 1.“Redacció de protocols d’acollida digital”.	1
Centro 8	Temporización prevista para la aplicación del plan.	2022-2026
	<u>Competencia Digital:</u> 1.“Definir la formació permanent del professorat dirigida a l’assoliment de la competència digital docent”. 2.“Competències digitals de l’alumnat. ...Proporcionar orientacions metodològiques i d’avaluació”.	2
	<u>Canales de Comunicación:</u> 1.“Millorar el portal web de centre i potenciar els canals de comunicació amb les famílies”; 2.“Consens sobre els entorns virtuals d’aprenentatge (Moodle, Classroom)”.	2
	<u>Planes de Inclusión y Acogida Digital:</u> 1.“Garantir que l’alumnat, els docents i els centres comptin amb les infraestructures i l’equipament digital necessari”.	1
Centro 9	Temporización prevista para la aplicación del plan.	2022-2026
	<u>Competencia Digital:</u>	4

	1. “Millorar la formació digital del professorat del centre, amb la finalitat de capacitar-lo en l’ús d’eines i recursos digitals i fomentar la integració de les tecnologies en el procés d’ensenyament i aprenentatge educatiu i augmentar la seva competència digital”. 2. “Definir el desplegament complet de la competència digital de l’alumnat a les programacions d’aula per tal d’assegurar l’adquisició de totes les competències digitals que marca el nou currículum en finalitzar l’etapa”; 3. “Disseny d’activitats i projectes que fomentin l’ús de tecnologies”; 4. “Crear una Aula Digital Marker al centre educatiu per a millorar l’ús de les tecnologies digitals en el procés d’ensenyament i aprenentatge”.	
Centro 10	Temporización prevista para la aplicación del plan.	2022-2026
	Competencia Digital: 1. “Avançar en el nivell de competència digital docent per la millora de l’ensenyament i l’aprenentatge a l’aula”; 2. “El professorat portarà a terme activitats...relacionades amb l’ús de la tecnologia”. 3. “Impulsar l’ús d’activitats didàctiques i material digital, segons el nivell educatiu, per millorar l’assoliment de la competència digital de l’alumnat”; 4. “El centre proposarà activitats...que permeten la compilació, processament, emmagatzematge, transmissió d’informació (veu, dades, text, vídeo i imatges”.	4
	Planes de Inclusión y Acogida Digital: 1. “Millorar l’acolliment digital de les famílies per a un bon seguiment de la vida acadèmica dels seus fills”; 2. “Realització d’accions...per medis digitals”.	2
Centro 11	Temporización prevista para la aplicación del plan.	2022-2025
	Competencia Digital: 1. “Assegurar l’assoliment màxim de la competència digital de tot l’alumnat”; 2. “Consolidar gradació orientativa de l’assoliment de la competència digital a cada nivell de totes les etapes educatives”. 3. “Fomentar la formació continua del professorat del centre”; 4. “Detectar les necessitats formatives dels docents...per assegurar l’assoliment de la competència digital docent”.	4
	Canales de Comunicación: 1. “Redefinir el portal web del centre i potenciar els canals de comunicació amb les famílies”.	1
	Planes de Inclusión y Acogida Digital: 1. “Promoure accions i iniciatives tecnològiques per a la igualtat de gènere i per afavorir la cohesió social.	1
Centro 14	Temporización prevista para la aplicación del plan.	2022-2026
	Competencia Digital: 1. “Millorar la competència digital de l’alumnat”; 2. “Desplegar la competència digital de les programacions de l’alumnat”; 3. “Disseny i incorporació de tutories digitals al PAT”. 4. “Millorar i ampliar la competència digital del professorat”; 5. “Formació continua del professorat”.	5
	Planes de Inclusión y Acogida Digital:	2

	1."Organitzar activitats formatives sobre plataformes i usos digitals per a les famílies"; 2."Destinar una hora a fer formació de la plataforma digital usada per l'institut, així com les diferents vies de comunicació".	
Centro 15	Temporización prevista para la aplicación del plan.	2022-2025
	Competencia Digital: 1."Detectar les necessitats formatives digitals dels docents i establir els itineraris formatius". 2."Integrar les metodologies i tecnologia digital en el projecte singular del centre perquè l'alumnat assoleixi la competència digital".	2
	Canales de Comunicación: 1."Millorar la comunicació interna i externa utilitzant les eines digitals".	1
	Planes de Inclusión y Acogida Digital: 1."Millorar l'acolliment digital de les famílies"; 2."Millorar l'acolliment digital dels alumnes (per accedir als continguts i augmentar oportunitats)".	2
Centro 16	Temporización prevista para la aplicación del plan.	2022-2025
	Competencia Digital: 1."Definir els diferents nivells d'assoliment de la competència digital de l'alumnat per nivells"; 2."...integració de l'ús d'eines i aplicacions digitals". 3."Avaluar la CDD dels docents"; 4."Articular un assessorament als docents en la implementació a l'aula de recursos digitals".	4
	Canales de Comunicación: 1."Unificar els criteris de transmissió de les comunicacions entre els membres de la comunitat educativa, tot definint canals".	1
	Planes de Inclusión y Acogida Digital: 1."Establir un pla d'acollida digital per les famílies i l'alumnat accessible des del lloc-web del centre"; 2."Actualitzar el pla d'acollida digital dels docents i fer-lo accessible a tot el claustre"; 3."Fomentar l'alfabetització digital de les famílies de l'escola (inclusió digital)".	3
Centro 17	Temporización prevista para la aplicación del plan.	2022-2025
	Competencia Digital: 1."Millora competència digital de l'alumnat"; 2."Qualitat i quantitat dels productes finals de treball globalitzat". 3."Millora competència digital del professorat", 4."Cursos de formació"; 5."Incorporació de contingut digital a les programacions didàctiques".	5
	Canales de Comunicación: 1."Ús de la plataforma iEduca/Tokapp com a canal de comunicació habitual".	1
	Planes de Inclusión y Acogida Digital: 1."Introduir a les famílies a l'entorn digital en l'àmbit de la tutoria i seguiment d'assistència".	1
Centro 19	Temporización prevista para la aplicación del plan.	2022-2026

	<u>Competencia Digital:</u> 1.“Assegurar la competència digital de l’alumnat”; 2.“Promoure l’ús de recursos digitals interactius”. 3.“Assegurar la competència digital docent”; 4.“Fomentar i facilitar la formació contínua del professorat en l’àmbit digital”.	4
	<u>Planes de Inclusión y Acogida Digital:</u> 1.“Afavorir la inclusió i acolliment digital de les famílies”; 2.“Proporcionar recursos i guies per ajudar a les famílies”; 3.“Afavorir la inclusió i acolliment digital de l’alumnat”; 4.“Garantir l’accés equitatiu a les tecnologies educatives”; 5.“Implementar programes de préstec d’equips electrònics (ordinadors portàtils, tauletes, etc.). per a estudiants que no en tenen accés”.	5
Centro 22	Temporización prevista para la aplicación del plan.	2022-2026
	<u>Competencia Digital:</u> 1.“Creació d’un entorn virtual d’aprenentatge”; 2.“Detectar les necessitats formatives dels docents per establir els itineraris formatius necessaris”; 3.“Promoure el treball en xarxa entre professorat i alumnat a través de l’Entorn Virtual d’Aprenentatge del centre incorporant els continguts digitals creats”; 4.“Promoció de l’ús de tecnologies digitals”.	4
Centro 24	Temporización prevista para la aplicación del plan.	2022-2025
	<u>Competencia Digital:</u> 1.“Definir i planificar el desplegament complet de la competència digital de l’alumnat d’ESO”; 2.“Incorporar la competència digital a les programacions d’aula en cadascuna de les matèries”. 3.“Promoure la formació permanent del professorat dirigida a l’assoliment de la competència digital docent”.	3
	<u>Canales de Comunicación:</u> 1.“Definir i millorar el pla de comunicació del centre amb tots els membres de la comunitat educativa: alumnes, famílies, professorat i agents externs”.	1
Centro 25	Temporización prevista para la aplicación del plan.	2022-2025
	<u>Competencia Digital:</u> 1.“Millorar la competència digital del professorat”; 2.“Intercanvi d’experiències entre el professorat”. 3.“Desenvolupar la competència digital de l’alumnat”; 4.“Informació, coneixement i pràctica de com han de treballar digitalment amb Google Workspace”.	4
	<u>Planes de Inclusión y Acogida Digital:</u> 1.“Elaboració d’un pla d’acollida digital per a docents. ...per a nou alumnat. ...per a famílies”.	1
Totales		
		N.º de centros
		N.º de citas
Total Competencia Digital		14
Total Canales de Comunicación		7
		52
		9

Total Planes de Inclusión y Acogida Digital	11	21
Temporalización 2022-2025	6	
Temporalización 2022-2026	7	
Temporalización 2022-2027	1	

Nota. Elaboración propia (2025).

En la subcategoría “Competencia Digital” se observaron un total de 52 citas (14 centros) donde se identificaron dos tipos de objetivos:

1. Mejorar la competencia digital docente: Las acciones previstas son el abordaje desde la formación permanente del profesorado (12 casos); la implementación de actividades con recursos digitales (1 caso) y el intercambio de experiencias entre el profesorado (1 caso).
2. Mejorar la competencia digital del alumnado: Las acciones previstas eran la incorporación de estrategias digitales en las materias impartidas (13 casos) y el aporte de orientaciones metodológicas (1 caso).

En la subcategoría de “Canales de Comunicación” se observaron un total de 8 citas textuales (7 casos). De forma general, los planes mostraban unos objetivos por definir e intentar mejorar los canales internos y externos de comunicación con la comunidad educativa mediante recursos digitales, sin embargo, la gran mayoría, por su temporalización descrita todavía no definen cómo llevarlo a cabo. En este sentido, de los 14 planes analizados, solo 1 de los planes describió el uso de la plataforma iEduca/Tokapp como canal de comunicación habitual.

En la subcategoría “Planes de Inclusión y Acogida Digital” se ilustraron un total de 21 citas textuales (11 casos). Del análisis de las citas, debido a su cronología prevista, por lo general se identificaron objetivos donde la planificación no concretaba el modo de llevarlos a cabo. Los cinco objetivos identificados fueron los siguientes:

1. Redacción e implementación de protocolos para mejorar la acogida digital del alumnado y de sus familias.
2. Fomentar la alfabetización de las familias bajo el principio de inclusión digital.
3. Garantizar al alumnado el equipamiento necesario para acceder a los contenidos y aumentar sus oportunidades.
4. Implementación de programas de préstamos de equipos electrónicos como, por ejemplo, ordenadores portátiles o tabletas electrónicas.
5. Promoción de acciones e iniciativas tecnológicas para la igualdad de género y para favorecer la cohesión social.

En cuanto a la temporización de los planes para su implementación se identificó una cronología comprendida entre el 2022-2025 (6 casos), entre el 2022-2026 (7 casos) y entre el 2022-2027 (1 caso).

De la identificación y análisis de los Planes COVID y los Planes de Estrategia Digital (PED), se observó que los centros educativos 19, 22 y 24 fueron las únicas tres instituciones que presentaron ambos documentos.

Respecto a los datos cuantitativos obtenidos en la segunda etapa de la investigación con el cuestionario CIdact, los resultados indicaron una línea próxima al análisis documental y reflejaron que tanto la disposición de programas específicos de AED como su consideración en los planes generales de los centros tuvieron una frecuencia de presencia media situada en “casi nunca” (Tabla 53).

Tabla 53

Estadística descriptiva. Ítems del 1 y 2 del cuestionario CIDact.

Ítems	Mediana	Media	Desviación típica
1. Los planes generales del centro educativo incluyen consideraciones para la implementación de la AED.	2	2,73	1,235
2. El centro educativo dispone de programas específicos de AED.	2	2,39	1,122

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

En los datos cualitativos de las entrevistas obtenidos en la tercera etapa de la investigación se observaron resultados especialmente alineados con el análisis documental.

Todas las personas de dirección entrevistadas (DIR1, comunicación personal, 20 de marzo de 2025; DIR2, comunicación personal, 26 de marzo de 2025 y DIR3, comunicación personal, 10 de abril de 2025), manifestaron una total ausencia de planificación para la implementación de la AED en todos los documentos de centro, disponiéndose solo del protocolo del Departamento de Educación donde se describe principalmente cómo notificar la situación de AED y solicitar el servicio de personal docente domiciliario.

En este sentido, DIR1 describió explícitamente que se trataba de una medida de respuesta sin planificación que se iniciaba en el momento de necesitarse. DIR3 coincidió en lo anterior y añadió que la orientadora era la que se encargaba de dar las pautas que creyera oportunas (Tabla 54).

Tabla 54

Citas del personal de dirección. Implementación. Planificación de la Atención Educativa Domiciliaria.

Categoría deductiva	Implementación	
Subcategoría deductiva	Planificación para la implementación de la AED	
Citas relevantes		Citas
DIR1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“Planificada en si dins del projecte educatiu crec que no, no està desenvolupat”.	2

	“En funció de la necessitat d'aquest alumne de personalitzar el seu aprenentatge es demana que hi hagi aquesta atenció domiciliària i llavors es demana en aquell moment”.	
DIR2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Amb detall com portar endavant no ho tenim recollit en cap document oficial del centre”. “Seguim els protocols que estan establerts pel Departament d'Educació”.	2
DIR3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Tenim en el cas que es doni l'atenció domiciliària quin protocol segueix el centre... Però, clar, planificació no en tenim”. “L'orientadora, és la que dona les pautes”.	2
Total citas		6

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

8.2. Necesidades académicas del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria

➤ Los resultados de la estadística descriptiva del cuestionario CIDned reflejaron que los ítems vinculados a la frecuencia del **logro de objetivos de aprendizaje, actitud y participación** del alumnado se situaron en una percepción de “a menudo” y se evidenciaron como los valores medios más bajos de los ítems diseñados para identificar las necesidades académicas (Tabla 55).

Tabla 55

Estadística descriptiva. Ítems del 1 al 3 del cuestionario CIDned.

Ítems	Mediana	Media	Desviación típica
1. El alumnado de Atención Educativa Domiciliaria (AED) alcanza los objetivos de aprendizaje esperados para su etapa educativa.	3	3,06	,762
2. El alumnado de AED dispone de una actitud positiva hacia el aprendizaje .	3	3,36	,694
3. El alumnado de AED participa activamente en las actividades educativas que se proponen.	3	3,32	,807

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

Los resultados de las correlaciones de Spearman entre los ítems 1, 2 y 3 mostraron asociaciones estadísticamente significativas entre todas las variables. El alumnado que

alcanza los objetivos de aprendizaje esperados para su etapa educativa (ítem 1) correlacionó con la disposición de una actitud positiva hacia el aprendizaje (ítem 2), y con la participación activa en las actividades educativas propuestas (ítem 3). Asimismo, la actitud positiva hacia el aprendizaje (ítem 2) correlacionó con la participación activa en las actividades (ítem 3), (Tabla 56).

Tabla 56

Correlaciones de Spearman entre los ítems 1, 2 y 3 del cuestionario CIdned.

Ítems	1. El alumnado de AED alcanza los objetivos de aprendizaje esperados para su etapa educativa.	2. El alumnado de AED dispone de una actitud positiva hacia el aprendizaje.	3. El alumnado de AED participa activamente en las actividades educativas que se proponen.
1	1	0,528	0,445
2		1	0,547
3			1

Nota. N = 66; $p < 0,05$. Elaboración propia (2025).

De los resultados cualitativos de las entrevistas sobre la **identificación del logro académico**, dos de las personas informantes (INFO1, comunicación personal, 20 de marzo de 2025 e INFO3, comunicación personal, 10 de abril de 2025) coincidieron y señalaron especialmente a la enfermedad como la principal barrera que presenta este alumnado, siendo especificado por INFO3 la relevancia que esta situación implica en su estado emocional por la desvinculación entre sus iguales. Asimismo, de forma similar señalaron a la familia y a las circunstancias familiares como la siguiente principal barrera.

Por otro lado, INFO2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025) aportó una perspectiva diferente en que describió la dificultad organizativa del centro educativo por la sobrecarga de trabajo y la falta de tiempo del profesorado como la principal barrera para dar una respuesta adecuada al alumnado de AED (Tabla 57).

Tabla 57.

Citas del personal de orientación. Ámbito académico. Identificación del logro académico.

Categoría deductiva		Ámbito académico
Subcategoría deductiva		Identificación del logro académico
Citas relevantes		Citas
INFO1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“Depèn de la patologia que tinguin. ...És la pròpia malaltia que pugui crear una barrera”. “A vegades hi ha una família aquí darrera que tampoc és gaire... A vegades mires al nano, però també hi ha una casuística familiar bastant complicada”.	2
INFO2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“El que veig complicat és organitzar amb tot el professorat, amb tot l'equip docent que intervé amb aquest alumne, el tema feines i tasques a fer. Per què? Perquè el professorat ja va molt a “tope”, preparant classes i atenent els altres alumnes, i això és una sobrecàrrega de preparar material extra per aquests alumnes”.	1
INFO3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“La pròpia malaltia, o sigui, jo penso que la pròpia malaltia i tot el que implica la malaltia, l'estat emocional, el desvincular-se del seu grup d'iguals”. “Circumstàncies diferents a nivell sociofamiliar...no és el mateix un nen que fa una atenció domiciliària en un pis en què ha de compartir l'habitació amb els seus quatre germans que un nen que té una casa, que té un pati i que té el seu propi espai”.	2
Total citas		5

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

Respecto a la **actitud hacia el aprendizaje**, las tres personas informantes (INFO1, INFO2 e INFO3) describieron una actitud positiva por lo general. De forma complementaria, INFO1 aportó que depende en gran medida de la enfermedad, INFO2 mencionó las necesarias competencias del personal docente domiciliario e INFO3 aludió a la importancia del soporte de la familia y del grupo-clase (Tabla 58).

Tabla 58

Citas del personal de orientación. Ámbito académico. Actitud hacia el aprendizaje.

Categoría deductiva		Ámbito académico
Subcategoría deductiva		Actitud hacia el aprendizaje
Citas relevantes		Citas
INFO1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“Tinc dues actituds, et podria dir. Jo tinc una molt predisposada a poder-s'ho acreditar. I l'altra, per exemple, sí que... O sigui, li costa moltíssim”. “És un tema de la patologia que tenen, eh. És un nano medicat i l'altre no està medicat. Amb això t'ho dic tot”. “I la motivació cap als estudis”.	3
INFO2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Els casos que conec...sempre la valoració que fa l'alumnat i la família és molt positiva. També és veritat que...els docents que han fet atenció domiciliària han sigut bastant competents”.	1
INFO3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Jo penso que l'actitud és positiva i que si ens passés d'adults, poder, ens ho prendríem de manera diferent”. “Doncs el tema de quant d'acollit està el nen dintre del grup-classe. Si el nen està acollit dintre i de la família, del treball que es faci a nivell familiar”.	2
Total citas		6

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

Sobre la **participación en actividades educativas**, INFO1 e INFO2 coincidieron de forma similar en la relación que tiene la causa de la AED con la participación en actividades de este alumnado, pudiendo tener en ocasiones una mejor predisposición con el personal docente presencial por considerar su domicilio como un espacio seguro y en otras un mayor deseo por tener otro tipo de participaciones e intentar normalizar la situación.

Referente a la educación a distancia, INFO3 señaló una mejor respuesta en todas las actividades gamificadas como, por ejemplo, Kahoot o YouTube, así como especificó la necesidad de no centrarse siempre en las actividades académicas, sino también en las emocionales (Tabla 59).

Tabla 59

Citas del personal de orientación. Ámbito académico. Participación en actividades educativas.

Categoría deductiva	Ámbito académico	
Subcategoría deductiva	Participación en actividades educativas	
Citas relevantes		Citas
INFO1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“A casa...és com fer classes particulars. ...És el seu espai segur, és un espai segur per ells”. “A casa d'un nano oncològic, ell és com un mirall de dir estic malalt, jo me'n vull anar al cole, vull normalitzar la situació. Salut mental, és com uf, que bé, no he d'anar al cole”.	2
INFO2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“He tingut casos de tot. Alumnes que han fet atenció domiciliària i no han tingut contacte amb la resta de companys d'aula i en algun cas sí”. “Depèn també de la malaltia o de la causa perquè té atenció domiciliària”.	2
INFO3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Tot el que sigui més gamificat, millor”. “Tot el que sigui, per exemple, en un Kahoot...o que sigui l'aprenentatge en un vídeo del YouTube però que el nen ha d'anar aturant i ha d'anar contestant unes preguntes”. “També valorant que hem de cuidar l'estat emocional. O sigui, l'objectiu ha de ser l'estat emocional”.	3
Total citas		7

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

➤ Con respecto a la respuesta de necesidades por parte de los **planes individualizados y las estrategias educativas** de los centros educativos, la frecuencia media mostrada en la estadística descriptiva del cuestionario CIdned se situó en “a menudo” con dispersiones parecidas en ambos ítems (Tabla 60).

Tabla 60

Estadística descriptiva. Ítems 4 y 5 del cuestionario CIdned.

Ítems	Mediana	Media	Desviación típica
4. Los planes individualizados que son utilizados en el centro educativo dan respuesta a las necesidades individuales socioeducativas de este alumnado.	4	3,62	,780
5. Las estrategias educativas que son utilizadas en el centro educativo dan respuesta a las necesidades individuales socioeducativas de este alumnado.	3,5	3,48	,808

Nota. Elaboración propia (2025).

Las correlaciones de Spearman entre los ítems 4 y 5 mostraron una relación estadísticamente significativa e indicaron que cuanto mayor era la percepción de que los planes individualizados respondían a las necesidades socioeducativas del alumnado, mayor era también la percepción de que las estrategias educativas utilizadas en el centro respondían a estas necesidades (Tabla 61).

Tabla 61

Correlaciones de Spearman entre los ítems 4 y 5 del cuestionario CIdned.

Ítems	4. Los planes individualizados que son utilizados en el centro educativo dan respuesta a las necesidades individuales socioeducativas de este alumnado.	5. Las estrategias educativas que son utilizadas en el centro educativo dan respuesta a las necesidades individuales socioeducativas de este alumnado.
4	1	0,606
5		1

Nota. N = 66; $p < 0,05$. Elaboración propia (2025).

De forma complementaria, desde el enfoque cualitativo de las entrevistas sobre los **planes individualizados y las estrategias educativas**, INFO1, INFO2 e INFO3 coincidieron en general sobre la necesidad por la elaboración de Planes Individualizados (PI), pero con distintos aportes y enfoques:

INFO1 describió los PI como una base que asocia un plan de trabajo que debe ser adaptado diariamente con estrategias educativas que den respuesta a las necesidades reales de este alumnado. En este sentido, INFO3 describió el PI como un documento donde el equipo educativo puede justificar cualquier medida que considere oportuna bajo una prioridad centrada en los contenidos básicos y teniendo en cuenta una casuística social que en algunos casos ya es conocida.

Por otro lado, cabe destacar la descripción de INFO2. Esta persona informó sobre la adaptación del PI y de las estrategias educativas según el alumnado, sin embargo, manifestó que el estudiantado que ya tenía un PI con anterioridad a la AED era más fácil porque ya

estaba hecho, siendo una carga adicional para el profesorado tener que plantearse su elaboración en el resto de los casos (Tabla 62).

Tabla 62

Citas del personal de orientación. Ámbito académico. Planes individualizados y estrategias educativas.

Categoría deductiva		Ámbito académico
Subcategorías deductivas (codificación doble / citas vinculadas)		Planes individualizados Estrategias educativas
Citas relevantes		Citas
INFO1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“Ho considero molt necessari. ...Hi ha el PI i associat al PI hi ha un pla de treball”. “No podem fer un PI de trimestre, de dir, ens marcarem aquests objectius durant aquest trimestre...és mol a dia a dia amb aquests nanos”.	2
INFO2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Algun d'aquests alumnes ja té un pla individualitzat des d'inici de curs, llavors és més fàcil perquè el pla ja està fet”. “Sí, l'adaptem a l'alumne, però això també és càrrega de feina pel professorat, què els hi dius? A part de preparar el material, ara també m'han demanat un pla individualitzat que aquest alumne no ho tenia, és a dir, alumnes que des de principi de curs ja ho tinguessin, doncs ja està fet, però en aquest cas no. Vinga, feu també el pla individualitzat”.	2
INFO3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“En atenció domiciliària...estem tocant contingut...prioritzem els continguts bàsics”. “Fem una reunió prèvia amb l'equip educatiu. ...Es parla d'aquest alumne...què prioritzem en aquest alumne”. “Parlem amb les famílies. ...Vulguis o no, si són alumnes que a nivell social tenen alguna casuística, ja són alumnes que han sortit en les comissions socials que es fan”. “Tenim els plans individualitzats que ho podem justificar tot. Per tant, mitjançant aquest document que ho justifica tot, ja està”.	4
Total citas		8

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

Del discurso de las entrevistas sobre los planes individualizados y las estrategias educativas, se mostraron apariciones y repeticiones inductivas respecto a la actuación que adoptaría el centro ante la posible **restricción del personal docente domiciliario** por orden médica. En este sentido, INFO1 describió que en algunas ocasiones les habían solicitado

condicionantes como, por ejemplo, vacunas del profesorado, situación que a veces podía complicar encontrar a este tipo de profesionales.

Al margen de lo anterior, tanto INFO1 como INFO2 e INFO3 comunicaron un total desconocimiento sobre la posibilidad de restringirse totalmente por orden médica la presencialidad de esta figura profesional como resultado de alguna circunstancia como, por ejemplo, enfermedades infecciosas.

Desde este desconocimiento, todas las personas entrevistadas transmitieron una ausencia de protocolos y conocimiento de cómo actuar ante estas situaciones explicando la necesidad de improvisar llegado el momento (Tabla 63).

Tabla 63

Citas del personal de orientación. Ámbito académico. Restricción del personal docente domiciliario.

Categoría deductiva	Ámbito académico	
Subcategoría deductiva	Planes individualizados	
Subcategoría inductiva	Restricción de personal docente domiciliario	
Citas relevantes		Citas
INFO1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“Alguna vegada ens han posat algun condicionant, que estiguin vacunats, no sé què, perquè en casos així amb immunodepressió, bueno, malalties...”. “No sé si hi ha algun protocol d'actuació davant d'això”. “Seria una mica bueno, ens posem, arremanguem-nos, què podem fer”. “Jo crec que si seria bastant en plan “a salto de mata” eh”.	4
INFO2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Entenc que es faria online”. “No se si es contempla la possibilitat que el docent pugui fer classes online al nen. ...No se si això es possible”.	2
INFO3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Improvisar, seria seure, parlar i fer un pla de treball. Aquest alumne no podem anar... Llavors incrementem les hores que l'alumne estigui connectat dintre de l'aula”. “No ho hem contemplat com a tal. ...Tenim el protocol molt marcat quan és un cas d'atenció domiciliària que el profe va al domicili”.	2
Total citas		8

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

➤ Respecto a la **orientación ofrecida a los agentes implicados** por el centro, la frecuencia media mostrada en la estadística descriptiva del cuestionario CIDned se situó entre “a menudo” y “casi siempre” en todos los ítems, aunque con altas dispersiones en las respuestas sobre todo en el ítem destinado a la frecuencia de orientación para los profesionales adicionales (Tabla 64).

Tabla 64

Estadística descriptiva. Ítems 6 y 7 de respuesta múltiple del cuestionario CIDned.

Ítems		Mediana	Media	Desviación típica
6. El centro educativo ofrece orientación a los siguientes agentes implicados para favorecer el <u>desempeño académico</u> del alumnado de AED: 6.1. Alumnado; 6.2. Familia; 6.3. Profesorado; 6.4. Profesionales adicionales.	6.1.	5	4,42	,878
	6.2.	5	4,35	,969
	6.3.	5	4,39	,762
	6.4.	4	3,88	1,031
7. El centro educativo ofrece orientación a los siguientes agentes implicados para favorecer los <u>aspectos socioemocionales</u> del alumnado de AED: 7.1. Alumnado; 7.2. Familia; 7.3. Profesorado; 7.4. Profesionales adicionales.	7.1.	5	4,20	,980
	7.2.	4	4,15	,949
	7.3.	4	4,05	,935
	7.4.	4	3,79	1,089

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

Los resultados de las pruebas de Friedman indicaron diferencias significativas para los ítems 6 ($\chi^2 (3) = 47,08$; $p < 0,05$) y para los ítems 7 ($\chi^2 (3) = 23,77$; $p < 0,05$). En todos los ítems los resultados reflejaron mayor orientación al alumnado de AED con valores cercanos para la familia y el profesorado, mientras que los profesionales adicionales quedaron siempre en último lugar (Tabla 65).

Tabla 65

Pruebas de Friedman. Ítems 6 y 7 de respuesta múltiple del cuestionario CIdned.

6. El centro educativo ofrece orientación a los siguientes agentes implicados para favorecer el <u>desempeño académico</u> del alumnado de AED:		7. El centro educativo ofrece orientación a los siguientes agentes implicados para favorecer los <u>aspectos socioemocionales</u> del alumnado de AED:	
Ítems	Rango promedio	Ítems	Rango promedio
6.1. Alumnado de AED	2,77	7.1. Alumnado de AED	2,70
6.2. Familia de AED	2,64	7.2. Familia de AED	2,67
6.3. Profesorado implicado	2,68	7.3. Profesorado implicado	2,49
6.4. Profesionales adicionales	1,90	7.4. Profesionales adicionales	2,13

Nota. N = 66; Ítem 6 (χ^2 (3) = 47,08; p < 0,001); Ítem 7 (χ^2 (3) = 23,77; p < 0,001). Elaboración propia (2025).

En los resultados cualitativos de las entrevistas sobre la **orientación de los agentes implicados**, INFO1, INFO2 e INFO3 describieron la orientación educativa como necesaria tanto para el alumnado de AED como para su familia.

Sin embargo, INFO1 e INFO2 explicaron una ausencia de forma general en la orientación educativa implementada desde el centro educativo salvo en reuniones de seguimiento o de evaluación donde quizás se le consultaba a la familia si necesitaban alguna cuestión. Asimismo, describieron al profesorado domiciliario como el principal encargado de la orientación y manifestaron este escenario como problemático por no disponer esta figura siempre del perfil ni el conocimiento para llevar a cabo esta labor.

INFO3 fue la única persona entrevistada en explicar la transmisión de algunas pautas de base para todos los agentes implicados al inicio de la AED, manifestando su implicación como encargada de la orientación llamando personalmente al alumnado para comprobar cómo se encontraba. Asimismo, describió de forma similar a las anteriores la idoneidad por personal docente domiciliario con formación académica en orientación educativa (Tabla 66).

Tabla 66

Citas del personal de orientación. Ámbito académico. Orientación de los agentes implicados.

Categoría deductiva		Ámbito académico
Subcategoría deductiva		Orientación de los agentes implicados
Citas relevantes		Citas
INFO1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“La teràpia no només ha de ser a l'alumnat, a vegades també a la família”. “Jo veig que la cosa psicopedagògica, la màxima vinculació que hi ha és amb el docent domiciliari que fa de pont”. “El problema és que els companys d'atenció domiciliària hi ha un historiador, hi ha un tecnòleg...” “Jo veig per experiència que un cop hi ha domiciliària els familiars no van al centre, no van al centre a buscar aquest acompanyament. ...L’haurien de demanar”. “Amb les reunions que fem de seguiment potser sí que hi ha aquell moment de dir escolta, si necessiteu alguna cosa. ...Normalment amb notes, un cop al trimestre.”	5
INFO2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Rep la mateixa orientació que la resta d'alumnes”. “Bàsicament, quan intervé un docent a l’atenció domiciliària...és el que ens va donant el feedback de la família i de l’alumne. Llavors, la família la veiem poc”. “A final de curs sí, que llavors es fa una reunió amb la família. ...perquè, clar, després hi ha el tema d’avaluació”. “Potser hi ha vegades que potser sí que necessitaria la família més orientació. Depèn de com sigui el docent”. “Hi ha dos casos que són orientadores...i el tema de la orientació està cobert. Clar, hi ha un altre cas que no és orientadora, llavors tot el tema orientació acadèmica potser queda més coix i aquí sí que es necessitaria més. Depèn molt del perfil del docent”.	5
INFO3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Informem a la família de com ha de demanar aquesta atenció domiciliària...li enviem els Links amb tota la informació i després informem a l'equip educatiu”. “Informem al professorat i des de l’equip d’orientació donem unes pautes”. “Unes pautes a tots. I després el que fem és...venir a la família el mateix dia del profe domicili i els presentem aquí. ...O sigui, nosaltres informem a la família que tindrà un professor”. “Seria ideal que la pròpia orientadora pogués anar al domicili les dues classes, perquè ja et dic jo que mínim aquests nens haurien de tenir dues o tres classes amb un descans al mig”.	4
Total citas		14

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

➤ Sobre la **relación entre el equipo docente del centro y los agentes implicados**, los ítems del cuestionario CIDned relacionados con la percepción sobre la importancia de la comunicación, colaboración y coordinación entre los diferentes agentes implicados alcanzaron las puntuaciones más elevadas (casi siempre) con una tendencia más baja cercana al “a menudo” para el personal profesional adicional externo. La dispersión de las respuestas fue entre moderada y alta en todos los ítems (Tabla 67).

Tabla 67

Estadística descriptiva. Ítems del 8 al 13 de respuesta múltiple del cuestionario CIDned.

Ítems		Mediana	Media	Desviación típica
8. De la relación entre el equipo docente del centro educativo y el personal docente domiciliario , los siguientes aspectos <u>favorecen el desempeño académico</u> del alumnado de AED: 8.1. Comunicación; 8.2. Colaboración; 8.3. Coordinación.	8.1.	5	4,45	,788
	8.2.	5	4,42	,824
	8.3.	5	4,52	,728
9. De la relación entre el equipo docente del centro educativo y la familia , los siguientes aspectos <u>favorecen el desempeño académico del alumnado</u> de AED: 9.1. Comunicación; 9.2. Colaboración; 9.3. Coordinación.	9.1.	5	4,29	,907
	9.2.	5	4,29	,941
	9.3.	5	4,27	,921
10. De la relación entre el equipo docente del centro educativo y profesionales adicionales (médico-asistenciales, servicios sociales, etc.), los siguientes aspectos <u>favorecen el desempeño académico</u> del alumnado de AED: 10.1. Comunicación; 10.2. Colaboración; 10.3. Coordinación.	10.1.	4	3,98	1,045
	10.2.	4	3,97	1,052
	10.3.	4	4,02	1,030
11. De la relación entre el equipo docente del centro educativo y el personal docente domiciliario , los siguientes aspectos <u>favorecen los aspectos socioemocionales</u> del alumnado de AED: 11.1. Comunicación; 11.2. Colaboración; 11.3. Coordinación.	11.1.	5	4,38	,837
	11.2.	5	4,32	,880
	11.3.	5	4,33	,917
12. De la relación entre el equipo docente del centro educativo y la familia , los siguientes aspectos <u>favorecen los aspectos socioemocionales</u> del alumnado de AED: 12.1. Comunicación; 12.2. Colaboración; 12.3. Coordinación.	12.1.	5	4,21	,969
	12.2.	5	4,21	,969
	12.3.	5	4,26	,933
	13.1.	4	4	1,137

13. De la relación entre el equipo docente del centro educativo y profesionales adicionales (médico-asistenciales, servicios sociales, etc.), los siguientes aspectos <u>favorecen los aspectos socioemocionales</u> del alumnado de AED: 13.1. Comunicación; 13.2. Colaboración; 13.3. Coordinación.	13.2.	4	3,98	1,157
	13.3.	4	4,02	1,143

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

Las pruebas de Friedman para los anteriores ítems indicaron que no hubo diferencias significativas para ninguno de ellos con valores $p > 0,05$ en todos los casos. Los resultados reflejaron que los tres aspectos fueron considerados de forma homogénea e igualmente relevantes en la relación entre el centro educativo y los distintos agentes implicados (Tabla 68).

Tabla 68

Pruebas de Friedman. Ítems del 8 al 13 de respuesta múltiple del cuestionario CIDned.

Ítems	Comunicación	Colaboración	Coordinación	Sig.
	Rango promedio			
8. De la relación entre el <u>equipo docente del centro educativo y el personal docente domiciliario</u> , los siguientes aspectos favorecen el desempeño académico del alumnado de AED:	1,98	1,95	2,07	,122
9. De la relación entre el <u>equipo docente del centro educativo y la familia</u> , los siguientes aspectos favorecen el desempeño académico del alumnado de AED:	2,01	2,01	1,98	,895
10. De la relación entre el <u>equipo docente del centro educativo y profesionales adicionales</u> (médico-asistenciales, servicios sociales, etc.), los siguientes aspectos favorecen el desempeño académico del alumnado de AED:	1,99	1,97	2,04	,311
11. De la relación entre el <u>equipo docente del centro educativo y el personal docente domiciliario</u> , los siguientes aspectos favorecen	2,05	1,96	1,99	,196

los aspectos socioemocionales del alumnado de AED:				
12. De la relación entre el <u>equipo docente del centro educativo y la familia</u> , los siguientes aspectos favorecen los aspectos socioemocionales del alumnado de AED:	1,97	1,97	2,06	,202
13. De la relación entre el <u>equipo docente del centro educativo y profesionales adicionales</u> (médico-asistenciales, servicios sociales, etc.), los siguientes aspectos favorecen los aspectos socioemocionales del alumnado de AED:	2,00	1,98	2,02	,651

Nota. N = 66; p > 0,05. Elaboración propia (2025).

En la información cualitativa obtenida en las entrevistas sobre la **interacción entre los agentes implicados**, INFO1, INFO2 e INFO3 describieron de forma general a la figura del personal de orientación del centro como un referente para todos los agentes implicados en la AED.

Sin embargo, INFO1 explicó que, aunque esto es así técnicamente y en ocasiones los agentes implicados envían correos electrónicos para consultas de orientación, a la hora de la realidad es el personal docente domiciliario quien se encarga generalmente de las interacciones con los diferentes implicados.

Esta postura la reforzó INFO2 que también apuntó a esta figura como la principal encargada de comunicarse con un personal de centro que, a posterior, debe coordinarse entre sus diferentes agentes educativos. Asimismo, añadió una problemática de falta de tiempo que impide al equipo docente generalmente llevar a cabo esta labor.

Por otro lado, INFO3 mostró un enfoque diferente y explicó por su parte una dedicación personal como encargada de orientación del centro y describió tener un interés e implicación en coordinar el alumnado y su familia con el equipo directivo al considerar que es lo más correcto (Tabla 69).

Tabla 69

Citas del personal de orientación. Ámbito académico. Interacción entre los agentes implicados.

Categoría deductiva		Ámbito académico
Subcategoría deductiva		Interacción entre los agentes implicados
Citas relevantes		Citas
INFO1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“Un cop a la setmana, 3 hores és per coordinar-se amb el docent domiciliari que fa de pont”. “A vegades entre tots s'escriuen...envien emails per consultes d'orientació acadèmica i tal però és bàsicament mitjançant el docent domiciliari. I els docents sí que compartim un drive amb les tasques, però això és molt bonic, però al final...”.	2
INFO2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“La docent domiciliària es coordina amb una persona del centre o amb l'orientadora o amb la tutora del grup classe, llavors aquesta persona del centre, orientadora o tutora del grup, com que es fan equips docents es coordina amb la resta de professorat que intervé amb aquest alumne”. “Jo crec que es necessita més temps per part de tothom per poder fer una bona coordinació”. “Hi hauria d'haver un espai que és almenys una hora a la setmana de treball personal per poder preparar tot això. Jo crec que això és necessari”. “Deixo d'atendre alumnes per poder-me coordinar. ... Això és un hàndicap. I si fos el cas d'un tutor, el tutor només té una hora per atendre alumnes i una hora amb famílies, i com que la coordinació amb el docent ha de ser setmanal, d'on treu aquesta hora setmanal? Amb detriment de què? De treure l'hora que té amb les famílies? És a dir, jo crec que es necessitaria que hi hagués un plus”.	4
INFO3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Aquí sempre és l'orientadora. ...És el punt que està en el mig per coordinar les famílies amb el nen, amb l'equip educatiu”. “Sempre nosaltres. ...Jo és com ho faig. ...Intento no perdre el vincle amb el nen. ...Intentem trucar. I què? Com estàs? I tot bé? Bé, doncs va, que aviat ja... O sigui, perquè vulguis o no, escoltin...jelines, doncs una veu coneguda”.	2
Total citas		8

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

➤ Para la **coordinación entre el personal docente del Aula Hospitalaria y el centro educativo**, los resultados del cuestionario CIdned mostraron que esta medida mejoraba “casi siempre” tanto el desempeño académico del alumnado de AED como sus aspectos socioemocionales. La dispersión de las respuestas fue alta (Tabla 70).

Tabla 70

Estadística descriptiva. Ítems 14.1 y 14.2 del cuestionario CIDned.

Ítems		Mediana	Media	Desviación típica
14. Cuando la AED proviene del Hospital, la coordinación entre el personal docente del Aula Hospitalaria y del centro educativo favorecen los siguientes aspectos: 14.1. Desempeño académico; 14.2. Aspectos socioemocionales.	14.1.	4	4,03	1,081
	14.2.	5	4,24	1,009

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

Los resultados de la prueba de Wilcoxon fueron acordes con la estadística descriptiva. Indicaron que la coordinación entre el Aula hospitalaria y el centro educativo favorecía en más casos a los aspectos socioemocionales del alumnado que no al desempeño académico. Los estadísticos de contraste indicaron que la diferencia observada no fue debida al azar con una diferencia significativa entre los dos ítems ($p = 0,036$), (Tabla 71).

Tabla 71

Prueba de Wilcoxon de los ítems 14.1 y 14.2 del cuestionario CIDned.

Ítems		N	Rango promedio	Suma de rangos
14. Cuando la AED proviene del Hospital, la coordinación entre el personal docente del Aula Hospitalaria y del centro educativo favorecen los siguientes aspectos: 14.1. Desempeño académico (variable 2). 14.2. Aspectos socioemocionales (variable 1).	Rangos negativos	3 ^a	5,33	16,00
	Rangos positivos	10 ^b	7,50	75,00
	Empates	53 ^c		
	Total	66		

Nota. a. Variable 1 < Variable 2; b. Variable 1 > Variable 2; c. Variable 1 = Variable 2; Z = -2,098; $p < 0,05$. Elaboración propia (2025).

No obstante, de los resultados cualitativos de las entrevistas sobre la **coordinación entre Aula Hospitalaria y AED**, cabe destacar que ninguna de las personas entrevistadas (INFO1, INFO2 e INFO3) describió explícitamente una coordinación entre el personal

docente del hospital y del centro educativo para aquellos casos que el alumnado de AED provenía del Aula Hospitalaria. En todos los casos se transmitieron solo respuestas generales de coordinación entre los agentes implicados más habituales (anterior subcategoría deductiva), (Tabla 70).

➤ Respecto al **análisis de identificación de necesidades socioeducativas específicas de cada alumnado**, este indicador se diseñó originalmente en el cuestionario CIdned como parte de la dimensión de detección de recursos (objetivo específico 3). Sin embargo, debido a su involucración también con la identificación de necesidades académicas (presente apartado/objetivo específico 2), en el análisis se consideró utilizarse para ambos objetivos. Los resultados descriptivos y cualitativos derivados de este ítem se presentan únicamente en este apartado para evitar repeticiones. Los resultados correlacionales e inferenciales donde interviene este indicador se muestran en los apartados correspondientes.

La frecuencia de este ítem indicó que la percepción de llevar a cabo esta medida en los centros se situó en una valoración de “casi siempre” (Tabla 72).

Tabla 72

Estadística descriptiva. Ítem 15 del cuestionario CIdned.

Ítem	Mediana	Media	Desviación típica
15. Se realiza un análisis de identificación de necesidades socioeducativas específicas de cada alumnado en particular.	5	4,30	,859

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

Los resultados de la prueba U de Mann-Whitney tomando el ítem 15 como dos grupos independientes (definidos según la frecuencia de identificación de necesidades) y relacionándolos con la percepción de su respuesta en los planes individualizados (ítem 4) y las estrategias educativas (ítem 5), mostraron que la mayoría de las personas participantes se ubicó en la categoría de alta frecuencia (N=55) con rangos promedio superiores en ambos

ítems. No obstante, los estadísticos de contraste no mostraron diferencias significativas con una $p > 0,05$ (Tabla 73).

Tabla 73

Prueba U de Mann-Whitney de los ítem 4, 5 y 15 del cuestionario CIdned.

	15. Se realiza un análisis de identificación de necesidades socioeducativas específicas de cada alumnado en particular.	N	Rango promedio	Suma de rangos
4. Los planes individualizados que son utilizados en el centro educativo dan respuesta a las necesidades individuales socioeducativas de este alumnado.	Grupo independiente 1 (frecuencias de 1 a 3)	11	30,86	339,50
	Grupo independiente 2 (frecuencias de 4 a 5)	55	34,03	1871,50
5. Las estrategias educativas que son utilizadas en el centro educativo dan respuesta a las necesidades individuales socioeducativas de este alumnado.	Grupo independiente 1 (frecuencias de 1 a 3)	11	25,64	282,00
	Grupo independiente 2 (frecuencias de 4 a 5)	55	35,07	1929,00

Nota. Ítem 4 ($Z=-0,543$; Sig.=0,587); Ítem 5 ($Z=-1,597$; Sig.=0,110). Elaboración propia (2025).

De los datos cualitativos de las entrevistas sobre la **identificación de necesidades socioeducativas**, INFO1 e INFO2 señalaron que la identificación de las necesidades socioeducativas del alumnado de AED se conseguía mediante la observación del personal docente domiciliario, describiéndolo como la vía fácil por ser la persona que va al domicilio.

Adicionalmente, INFO1 e INFO3 coincidieron en mencionar que se tiene más conocimiento de la realidad del alumnado cuando se tratan de casos que ya disponen de los servicios sociales activados.

Por otro lado, se observó a INFO3 como la única persona entrevistada en describir una actuación de intentar hablar con las familias desde el centro para identificar posibles necesidades socioeducativas (Tabla 74).

Tabla 74

Citas del personal de orientación. Recursos. Identificación de necesidades socioeducativas.

Categoría deductiva	Recursos	
Subcategoría deductiva	Identificación de necesidades socioeducativas	
Citas relevantes		Citas
INFO1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“Si són casos socials, hi ha casos que són socials. Llavors ja tenim serveis socials activats, tenim una xarxa activada”. “Quan es va al domicili és molt fàcil. Llavors si es detecta alguna cosa, l'altre dia en necessiten la calculadora per no sé què. Perfecte, té”.	2
INFO2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Ha de ser el docent que va a casa, que és el que té més contacte directe amb la família i amb el docent, amb l'alumne”.	1
INFO3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Parlem amb les famílies. ...Vulguis o no, si són alumnes que a nivell social tenen alguna casuística, ja són alumnes que han sortit en les comissions socials que es fan”.	1
Total citas		4

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

8.3. Recursos disponibles para satisfacer las necesidades socioeducativas de este alumnado.

➤ En la estadística descriptiva del cuestionario CIDned se reflejó que tanto los **recursos humanos y materiales previstos** en el centro educativo (ítem 16, 17) como los **recursos adicionales** implementados de forma personalizada (ítem 18) alcanzaron una valoración media semejante con una frecuencia de “a menudo”. Las desviaciones típicas mostraron dispersiones altas en los tres ítems (Tabla 75).

Tabla 75

Estadística descriptiva. Ítems del 16 al 18 del cuestionario CIDned.

Ítems	Mediana	Media	Desviación típica
16. Los recursos humanos previstos en el centro educativo dan respuesta a las necesidades individuales socioeducativas de este alumnado.	3,50	3,52	,949

17. Los recursos materiales previstos en el centro educativo dan respuesta a las necesidades individuales socioeducativas de este alumnado.	3	3,36	,871
18. Cuando se detectan necesidades particulares del alumnado se implementan recursos personalizados adicionales a los previstos por el centro educativo.	4	3,77	1,005

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

En las correlaciones de Spearman se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre todas las variables. Estas correlaciones indicaron que la realización de un **análisis de necesidades socioeducativas** (ítem 15) se asociaba con la percepción de que los **recursos humanos** (ítem 16), **materiales** (ítem 17) y **personalizados adicionales** (ítem 18) respondían adecuadamente a las necesidades de este alumnado. Además, los ítems relacionados con los diferentes tipos de recursos mostraron fuertes asociaciones entre ellos (Tabla 76).

Tabla 76

Correlaciones de Spearman entre los ítems del 15 al 18 del cuestionario CIdned.

Ítems	15	16	17	18
15. Se realiza un análisis de identificación de necesidades socioeducativas específicas de cada alumnado en particular.	1	,442	,324	,293
16. Los recursos humanos previstos en el centro educativo dan respuesta a las necesidades individuales socioeducativas de este alumnado.		1	,644	,414
17. Los recursos materiales previstos en el centro educativo dan respuesta a las necesidades individuales socioeducativas de este alumnado.			1	,642
18. Cuando se detectan necesidades particulares del alumnado se implementan recursos personalizados adicionales a los previstos por el centro educativo.				1

Nota. N = 66; $p < 0,05$. Elaboración propia (2025).

En cuanto a las pruebas de Friedman, los resultados indicaron diferencias significativas entre los ítems del 16 al 18 ($p < 0,001$). Se reflejó una mayor percepción sobre

la importancia de implementar **recursos personalizados adicionales**, seguido de los **recursos humanos y materiales** ya previstos por el centro educativo (Tabla 77).

Tabla 77

Pruebas de Friedman. Ítems del 16 al 18 del cuestionario CIDned.

Ítems	Rango promedio	Sig.	χ^2 (2)
16. Los recursos humanos previstos en el centro educativo dan respuesta a las necesidades individuales socioeducativas de este alumnado.	1,96	,001	13,30
17. Los recursos materiales previstos en el centro educativo dan respuesta a las necesidades individuales socioeducativas de este alumnado.	1,78		
18. Cuando se detectan necesidades particulares del alumnado se implementan recursos personalizados adicionales a los previstos por el centro educativo.	2,26		

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

De manera complementaria, en los resultados cualitativos de las entrevistas sobre la **identificación de recursos**, todas las personas entrevistadas (INFO1, INFO2 e INFO3) describieron el ordenador como el recurso material mínimo e imprescindible para el alumnado de Atención Educativa Domiciliaria. Sin embargo, coincidieron en que actualmente no es una problemática porque todos los centros educativos suministran este recurso. Asimismo, INFO1 especificó la posibilidad de recurrir a servicios sociales en caso de necesitar algún recurso adicional como, por ejemplo, tarjetas de conexión a internet.

Respecto a los recursos humanos, todos los discursos señalaron como imprescindibles al personal docente domiciliario y al referente del centro educativo. En este sentido, INFO2 e INFO3 reiteraron la necesidad de una formación y perfil del docente domiciliario muy concreta, así como la falta de horas que presenta actualmente el personal del centro educativo para poder llevar a cabo este tipo de atención (Tabla 78).

Tabla 78

Citas del personal de orientación. Recursos. Identificación de recursos.

Categoría deductiva		Recursos
Subcategoría deductiva		Identificación de recursos
Citas relevantes		Citas
INFO1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“És important tenir un referent a cada centre per coordinar”. “En aquest cas, la direcció també és un 10, però crec que l'orientadora és molt clau”. “La màxima vinculació que hi ha és amb el docent domiciliari que fa de pont”. “Haurien d'estar dotats tots d'ordinador, perquè són alumnes de centre i ara tots tenen ordinador”. “Crec que seria un tema social. ...Jo crec que ja mobilitzaria jo, també, saps? De dir, aquesta nena no té internet, hem de...”.	5
INFO2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Els més essencials, clar, el docent que fa atenció domiciliària a nivell humà, que també tingui un perfil molt concret. ...Ha de tenir unes habilitats humanes, acadèmiques i una formació molt concreta”. “També l'orientador de centre o l'orientadora, perquè a vegades el tutor o tutora no té temps o no pot arribar-hi, llavors ho assumeix l'orientador”. “De recursos, clar, evidentment l'ordinador, que ja hi ha un mínim, que conegui totes les eines digitals, perquè això la majoria d'alumnes ja ho tenen”.	3
INFO3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Penso que les persones que fan les atencions educatives domiciliàries han de tenir un tarannà que el tema emocional siguin persones molt sensibles”. “A nivell de centres poder disposar de més hores per poder-nos coordinar amb aquestes persones...disposar de més hores”. “Més recursos...o sigui, no tant recursos de l'ordinador, perquè l'ordinador tots ja tenen i, si no, els hi facilitem des del centre, però més recursos humans, més recursos humans amb una formació de caire emocional.”	3
Total citas		11

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

8.4. Involucración del entorno familiar en la Atención Educativa Domiciliaria

➤ Los resultados de la estadística descriptiva del cuestionario CIdned reflejaron que las medias de los **factores familiares vinculados al desempeño académico** (ítems 19.1-19.5) oscilaron entre 3,67 y 4,39, siendo percibido el apoyo familiar como el valor más alto con una frecuencia situada en “casi siempre”. En cuanto a los **factores asociados a los aspectos**

socioemocionales, las medias se situaron entre 3,64 y 4,38, siendo el proceso de resiliencia el más alto (casi siempre). En ambos bloques, las desviaciones típicas se mantuvieron de forma similar (Tabla 79).

Tabla 79

Estadística descriptiva. Ítems 19 y 20 del cuestionario CIdned.

Ítems		Mediana	Media	Desviación típica
19. Las siguientes cuestiones relativas a la familia favorecen sobre el <u>desempeño académico del alumnado de AED</u> : 19.1. La calidad de los espacios del domicilio; 19.2. Los recursos materiales; 19.3. El nivel educativo de las familias; 19.4. El apoyo familiar; 19.5. El proceso de resiliencia de la familia.	19.1.	4	3,97	,877
	19.2.	5	4,29	,873
	19.3.	4	3,67	,829
	19.4.	5	4,39	,802
	19.5.	5	4,33	,771
20. Las siguientes cuestiones relativas a la familia favorecen sobre los <u>aspectos socioemocionales del alumnado de AED</u> : 20.1. La calidad de los espacios del domicilio; 20.2. Los recursos materiales; 20.3. El nivel educativo de las familias; 20.4. El apoyo familiar; 20.5. El proceso de resiliencia de la familia.	20.1.	4	3,89	,879
	20.2.	4	3,88	,953
	20.3.	4	3,64	,777
	20.4.	5	4,32	,826
	20.5.	5	4,38	,799

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

Las pruebas de Friedman indicaron que hubo diferencias significativas en las variables de ambos ítems ($p < 0,001$). Respecto a las cuestiones relativas a la **familia** que favorecían el **desempeño académico** de este alumnado (ítem 19), se reflejó una mayor percepción sobre la importancia del apoyo y el proceso de resiliencia familiar. Respecto a su involucración sobre los **aspectos socioemocionales** (ítem 20), se mostró con poca diferencia en primer lugar el proceso de resiliencia familiar y en segundo el apoyo familiar (Tabla 80).

Tabla 80

Pruebas de Friedman. Ítems 19 y 20 de respuesta múltiple del cuestionario CIdned.

Ítems	19. Las siguientes cuestiones relativas a la familia favorecen sobre el <u>desempeño académico</u> del alumnado de AED:			20. Las siguientes cuestiones relativas a la familia favorecen sobre los <u>aspectos socioemocionales</u> del alumnado de AED:		
	Rango promedio	χ^2 (4)	Sig.	Rango promedio	χ^2 (4)	Sig.
19/20.1. La calidad de los espacios del domicilio.	2,70	71,25	,000	2,84	68,22	,000
19/20.2. Los recursos materiales (ordenador, conexión a internet, material escolar, etc.).	3,27			2,77		
19/20.3. El nivel educativo de las familias.	2,11			2,30		
19/20.4. El apoyo familiar.	3,54			3,50		
19/20.5. El proceso de resiliencia de la familia.	3,38			3,59		

Nota. N = 66; p > 0,001. Elaboración propia (2025).

Los resultados de la prueba de Wilcoxon mostraron un empate en casi toda la muestra con una N de 58 (variable 1 = variable 2). Se reflejó que no había una diferencia significativa con una p > 0,05. El **apoyo familiar** se identificó con la misma relevancia para el **desempeño académico** y los **aspectos socioemocionales** del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria (AED), (Tabla 81).

Tabla 81

Prueba de Wilcoxon de los ítem 19.4 y 20.4 del cuestionario CIdned.

Ítems		N	Rango promedio	Suma de rangos
19. Las siguientes cuestiones relativas a la familia favorecen sobre el <u>desempeño académico</u> del alumnado de AED: 19.4. El apoyo familiar (variable 2).	Rangos negativos	6 ^a	4,67	28,00
	Rangos positivos	2 ^b	4,00	8,00
20. Las siguientes cuestiones relativas a la familia favorecen	Empates	58 ^c		

sobre los <u>aspectos socioemocionales</u> del alumnado de AED: 20.4. El apoyo familiar (variable 1).	Total	66		
---	--------------	----	--	--

Nota. a. Variable 1 < Variable 2; b. Variable 1 > Variable 2; c. Variable 1 = Variable 2; Z = -1,508; p = 0,132. Elaboración propia (2025).

Desde el enfoque cualitativo de las entrevistas sobre la relación entre las **circunstancias familiares, el desempeño académico y los aspectos socioemocionales**, todos los discursos (INFO1, INFO2 e INFO3) describieron las circunstancias familiares como muy influyentes y condicionantes tanto a nivel académico como socioemocional del alumnado. En este sentido, todas las personas entrevistadas coincidieron en la realidad de algunas situaciones sociales complicadas y precarias que podían ser muy negativas para este alumnado por necesitar de un espacio y ambiente adecuado que no siempre era posible (Tabla 82).

Tabla 82

Citas del personal de orientación. Familia. Circunstancias familiares, desempeño académico y aspectos socioemocionales.

Categoría deductiva	Familia		
Subcategorías deductivas (codificación doble / citas vinculadas)	Circunstancias familiares y desempeño académico Circunstancias familiares y aspectos socioemocionales		
Citas relevantes			Citas
INFO1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“Molt, condiciona molt, eh”. “Bé, a vegades hi ha la iaia, l'avi, el gos... A vegades és bastant caòtic”. “A vegades és molt negatiu per l'alumne. Bueno, que hi ha un nivell bastant social complicat”.		3
INFO2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Nens amb atenció domiciliària que són d'entorns molt desfavorits hi ha poca estimulació”. “Quan va el docent allà, es pot trobar amb situacions molt precàries. Que no tingui una aula o una habitació d'estudi per a l'alumne. I hagués d'estar al menjador, amb altres persones a la llar que està vivint allà”. “És el cas d'una noia, un docent, que va a casa d'una nena paquistanesa, que, clar, hi ha la mare, té dos fills, hi ha adults, però també amb necessitats, i estan tots allà a casa. I fa classe allà al menjador. ... Sí que la mare a vegades li porta el cafè, li porta pastes,		3

	però, clar, no tens un espai íntim de treball i d'estudi. Hi ha situacions molt precàries”.	
INFO3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Influeix molt”. “L'alumne ha de tenir un espai que ell se senti segur allà dins i un espai de la seva habitació amb les seves i tot, i això moltes vegades no és possible”.	2
Total citas		8

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

Del discurso de las entrevistas sobre las circunstancias familiares y el desempeño académico del alumnado de AED, se mostraron apariciones y repeticiones inductivas respecto a las **dificultades que presentaron los centros educativos con la familia** del alumnado de AED.

INFO1 e INFO3 manifestaron algunas familias que no deseaban la presencia de personal docente en su domicilio motivado por diferentes motivos como, por ejemplo, la existencia de algún tipo de violencia que generaba desconfianza tanto por lo que se le pudiera preguntar al alumnado como por lo que este pudiera explicar. Ambas personas entrevistadas remarcaron la necesidad de una familia involucrada positivamente.

Por otro lado, INFO2 describió una problemática habitual que tenían con las familias a la hora de coordinarse con ellos para que estuvieran en el domicilio en las horas del docente presencial, dado que al tratarse de menores debía existir la figura de un adulto durante estas visitas (Tabla 83).

Tabla 83

Citas del personal de orientación. Familia. Dificultades centro-familia.

Categoría deductiva	Familia	
Subcategoría deductiva	Circunstancias familiares y desempeño académico	
Subcategoría inductiva	Dificultades centro-familia	
Citas relevantes		Citas
INFO1 (comunicación	“El que estic detectant són casos de sobreprotecció”.	2

personal, 20 de marzo de 2025)	“Famílies que també hi han hagut abusos, hi ha hagut molt xungo, llavors, clar, que algú vagi allà, crec que una mica de desconfiança de dir, a veure, què està dient aquesta persona”.	
INFO2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Hi ha vegades que la família no pot demanar festa. Però són menors. Entenc que hi hagi una persona referent i adult a casa”. “La mitja és de 9 hores setmanals. És a dir, que durant 9 hores setmanals, a nivell familiar, els adults s'hagin d'organitzar per estar algú a casa”.	2
INFO3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Hi ha també famílies que són molt reticents a l'hora que hi hagi alguna persona a casa”. “Hi ha famílies que el tema emocional són, no els agrada que entrin a casa seva, saps?”.	2
Total citas		6

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

8.5. Influencia de los factores sociales y personales en la inclusión educativa de este alumnado

➤ A partir de la estadística descriptiva del cuestionario CIDned se mostró que de las **relaciones** que favorecían al alumnado de Atención Educativa Domiciliaria (AED), la valoración media de frecuencia más alta fue con **sus amistades** tanto para favorecer el **desempeño académico** (ítem 21.2) como los **aspectos socioemocionales** (ítem 22.2). Las desviaciones típicas fueron altas en todos los ítems (Tabla 84).

Tabla 84

Estadística descriptiva. Ítems 21 y 22 de respuesta múltiple del cuestionario CIDned.

Ítems		Mediana	Media	Desviación típica
21. Las siguientes relaciones mantenidas favorecen sobre el <u>desempeño académico</u> del alumnado de AED: 21.1. Entre alumnado de AED con su grupo-clase; 21.2. Entre alumnado de AED con sus amistades.	21.1.	4	3,52	1,011
	21.2.	4	3,59	1,022
22. Las siguientes relaciones mantenidas favorecen sobre los <u>aspectos socioemocionales</u> del alumnado de AED: 22.1. Entre alumnado de AED con su grupo-clase; 22.2. Entre alumnado de AED con sus amistades.	22.1.	4	3,79	,969
	22.2.	4	3,89	1,025

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

Los resultados de las correlaciones de Spearman mostraron una relación estadísticamente significativa e indicaron que, tanto para el desempeño académico como los aspectos socioemocionales, cuanto mayor era la percepción de que las relaciones mantenidas entre alumnado afectado y el grupo-clase favorecían estos aspectos, mayor era también por relaciones con sus amistades (Tabla 85).

Tabla 85

Correlaciones de Spearman entre los ítems 21 y 22 del cuestionario CIDned.

21. Las siguientes relaciones mantenidas favorecen sobre el <u>desempeño académico</u> del alumnado de AED:	21.1	21.2
21.1. Entre el alumnado de AED con su grupo-clase del centro educativo.	1	,873
21.2. Entre el alumnado de AED con sus amistades tanto dentro como fuera del centro educativo.		1
22. Las siguientes relaciones mantenidas favorecen sobre los <u>aspectos socioemocionales</u> del alumnado de AED:	22.1	22.2
22.1. Entre el alumnado de AED con su grupo-clase del centro educativo.	1	,864
22.2. Entre el alumnado de AED con sus amistades tanto dentro como fuera del centro educativo.		1

Nota. N = 66; $p < 0,001$. Elaboración propia (2025).

La prueba de Wilcoxon para las **relaciones y el desempeño académico** (ítems 21.1, 21.2) mostró un empate en gran parte de la muestra con una N de 49 (variable 1 = variable 2). Se reflejó que no había una diferencia significativa con una $p > 0,05$. Las relaciones sociales del alumnado de AED con su grupo-clase y con sus amistades de dentro o fuera del centro se identificaron igual de relevantes para favorecer el desempeño académico (Tabla 86).

Tabla 86

Prueba de Wilcoxon de los ítems 21.1 y 21.2 del cuestionario CIDned.

Ítems		N	Rango promedio	Suma de rangos
21. Las siguientes relaciones mantenidas favorecen sobre el <u>desempeño académico</u> del alumnado de AED: 21.1. Entre el alumnado de AED con su grupo-clase del centro educativo (variable 2). 21.2. Entre el alumnado de AED con sus amistades tanto dentro como fuera del centro educativo (variable 1)	Rangos negativos	6 ^a	9,00	54,00
	Rangos positivos	11 ^b	9,00	99,00
	Empates	49 ^c		
	Total	66		

Nota. a. Variable 1 < Variable 2; b. Variable 1 > Variable 2; c. Variable 1 = Variable 2; Z = -1,213; p = 0,225. Elaboración propia (2025).

En la prueba de Wilcoxon para las **relaciones y los aspectos socioemocionales** (ítems 22.1, 22.2), los resultados mostraron un empate en gran parte de la muestra con una N de 51 (variable 1 = variable 2). En este caso se mostró que no había una diferencia significativa por poco con un valor de $p = 0,071$ ($p > 0,05$), por lo que se reflejó una pequeña tendencia en la percepción de una mayor importancia sobre las relaciones mantenidas entre el alumnado afectado y sus amistades para favorecer los aspectos socioemocionales (Tabla 87).

Tabla 87

Prueba de Wilcoxon de los ítems 22.1 y 22.2 del cuestionario CIDned.

Ítems		N	Rango promedio	Suma de rangos
22. Las siguientes relaciones mantenidas favorecen sobre los <u>aspectos socioemocionales</u> del alumnado de AED: 22.1. Entre el alumnado de AED con su grupo-clase del centro educativo (variable 2).	Rangos negativos	4 ^a	8,00	32,00
	Rangos positivos	11 ^b	8,00	88,00
	Empates	51 ^c		

22.2. Entre el alumnado de AED con sus amistades tanto dentro como fuera del centro educativo (variable 1)	Total	66		
--	--------------	----	--	--

Nota. a. Variable 1 < Variable 2; b. Variable 1 > Variable 2; c. Variable 1 = Variable 2; Z = -1,807; p = 0,071. Elaboración propia (2025).

Sin embargo, según los resultados cualitativos de las entrevistas sobre las **relaciones del alumnado de AED con el grupo-clase y sus amistades**, todos los discursos (INFO1, INFO2 e INFO3) mostraron en general una falta de previsión y promoción para las relaciones del alumnado de AED tanto con su grupo-clase como con las amistades.

Del contacto con el grupo-aula, INFO1 describió haberse intentado alguna actividad educativa sin mucho éxito ni continuidad, así como que, de modo a similar a INFO3, en ocasiones se realizaban tutorías conjuntas. En cuanto a INFO2, lo señaló como una responsabilidad que dependía principalmente del personal docente domiciliario.

Respecto a las relaciones con amistades, INFO1 e INFO2 lo mostraron como una promoción que no se realizaba por tratarse de adolescentes y asumirse que ellos, si así lo deseaban, ya se comunicarían entre sí por vías como, por ejemplo, WhatsApp o correos electrónicos (Tabla 88).

Tabla 88

Citas del personal de orientación. Factores personales y sociales. Relaciones con el grupo-clase y sus amistades.

Categoría deductiva	Factores sociales y personales		
Subcategoría deductiva	Relaciones con el grupo-clase y sus amistades		
Citas relevantes			Citas
INFO1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“S'ha intentat fer alguna cosa d'aquestes. ..Però si tu veus que l'alumne es tanca en banda, vull dir, això ho descartem. Sí que és veritat que potser es fa més a primària”. “És veritat que fem un pla de reincorporació...hi ha casos que, per exemple, es donen l'alta i s'han de reincorporar. Llavors aquí sí que fem una feina d'això, d'equació de grup, de reincorporació, de sensibilització, de tornar a fer una benvinguda”. “Sí que es comuniquen, n'hi ha dos o tres. Passa que no gaires més”.		5

	“Es fan videoconferències a vegades a nivell de tutoria”. “Jo crec que en primària molt. En secundària costa una mica més”.	
INFO2 (comunicació personal, 26 de marzo de 2025)	“S’ha de pactar entre el docent d’atenció domiciliària i la persona referent del centre”. “Sempre que es pugui s’ha de potenciar això”. “Jo crec que sí. Però això és més temps, la coordinació”. “Com que són adolescents, via WhatsApp i això ja hi ha interacció”.	4
INFO3 (comunicació personal, 10 de abril de 2025)	“La tutora té un.. n’agafa un pes important perquè la tutora, les tutories pregunta als alumnes heu anat a casa? L’heu anat a veure? O sigui, no us les vinculeu?”. “A les hores de tutoria, doncs a vegades sí que es connecten, es connecten i es fa la tutoria conjunta”.	2
Total citas		11

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

➤ En lo que se refiere a la relación del **apoyo emocional del profesorado implicado y profesionales adicionales con la motivación del alumnado de AED**, la frecuencia media mostrada en la estadística descriptiva del cuestionario CIdned se situó en ambos casos en “casi siempre” (Tabla 89).

Tabla 89

Estadística descriptiva. Ítem 23 de respuesta múltiple del cuestionario CIdned.

Ítems		Mediana	Media	Desviación típica
23. El apoyo emocional de los siguientes agentes favorece la <u>motivación</u> del alumnado de AED: 23.1. El profesorado implicado; 23.2. Profesionales adicionales.	23.1.	4	4,24	,824
	23.2.	4	4,03	,877

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

Los resultados de la prueba de Wilcoxon para la relación entre el apoyo emocional de los agentes implicados y la motivación del alumnado de AED indicaron que el apoyo emocional del profesorado hacia el alumnado favorecía más su motivación que el del personal profesional adicional. Los estadísticos de contraste indicaron que la diferencia observada no fue debida al azar con una diferencia significativa entre los dos ítems ($p = 0,015$), (Tabla 90).

Tabla 90

Prueba de Wilcoxon de los ítems 23.1 y 23.2 del cuestionario CIDned.

Ítems		N	Rango promedio	Suma de rangos
23. El apoyo emocional de los siguientes agentes favorece la <u>motivación</u> del alumnado de AED:	Rangos negativos	13 ^a	9,62	125,00
23.1. El profesorado implicado. (variable 2).	Rangos positivos	4 ^b	7,00	28,00
23.2. Profesionales adicionales (variable 1)	Empates	49 ^c		
	Total	66		

Nota. a. Variable 1 < Variable 2; b. Variable 1 > Variable 2; c. Variable 1 = Variable 2; Z = -2,424; p = 0,015. Elaboración propia (2025).

Reafirmando los anteriores resultados, de los datos cualitativos de las entrevistas sobre la **relación entre el apoyo emocional y la motivación**, tanto INFO1 como INFO2 e INFO3 manifestaron una gran influencia e importancia entre el apoyo emocional proporcionado por los agentes implicados y la motivación del alumnado de AED.

Todos los discursos coincidieron en manifestar la necesidad de formaciones académicas y perfiles muy concretos para el personal profesional que atiende este alumnado, señalando el soporte psicológico como un aspecto clave de la relación (Tabla 91).

Tabla 91

Citas del personal de orientación. Factores personales y sociales. Relación entre el apoyo emocional y la motivación.

Categoría deductiva	Factores sociales y personales			
Subcategoría deductiva	Relación entre el apoyo emocional y la motivación			
Citas relevantes				Citas
INFO1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“Clar, jo soc psicopedagoga i hi ha companys que em demanen ajuda per dir com puc...”. “La nena, normalment...té seguiment de psiquiatria, psicòleg i tal, i a vegades des del mateix CSMIJ reben suport psicològic ells. Però clar, qui va a casa cada dia?”.			2

INFO2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Evidentment, són persones que han de tenir un perfil molt concret”.	1
INFO3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Molt, molt. Per això ja t’he dit abans que han de ser professionals que tinguin aquest tarannà emocional, o sigui, que tinguin aquest bagatge”. “Sobretot per treballar les emocions perquè trobem alumnes que hi ha dies que no podem treballar i que hem d’escoltar i hem de fer les atencions individualitzades que les orientadores a vegades fem aquí”.	2
Total citas		5

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

➤ Para los **factores personales del alumnado de AED**, la frecuencia media mostrada en la estadística descriptiva del cuestionario CIdned fue similar para su involucración con el **desempeño académico** y las **relaciones sociales**, así como también para la involucración del proceso de resiliencia con el desempeño académico y los aspectos socioemocionales. En todos los ítems los valores se situaron en una frecuencia de “casi siempre” y con dispersiones de respuesta similares (Tabla 92).

Tabla 92

Estadística descriptiva. Ítems del 24 al 26.2 del cuestionario CIdned.

Ítems		Mediana	Media	Desviación típica
24. Los factores personales del alumnado (como personalidad, actitud, motivación, etc.) favorecen su <u>desempeño académico</u> .		5	4,41	,723
25. Los factores personales del alumnado (como personalidad, actitud, motivación, etc.) favorecen sus <u>relaciones sociales</u> .		4	4,32	,768
26. El proceso de resiliencia del alumnado de AED favorece sobre los siguientes aspectos: 26.1. Desempeño académico. 26.2. Aspectos socioemocionales.	26.1.	4	4,24	,805
	26.2.	4	4,32	,747

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

Los resultados de la prueba de Wilcoxon para la relación entre los **factores personales del alumnado de AED con el desempeño académico** (ítem 24) y **las relaciones sociales** (ítem 25), mostraron un empate en gran parte de la muestra con una N de 55 (variable 1 = variable 2). Se reflejó que no había una diferencia significativa con una $p > 0,05$. Los factores personales del alumnado de AED se consideraron igual de relevantes para el desempeño académico y para las relaciones sociales (Tabla 93).

Tabla 93

Prueba de Wilcoxon de los ítems 24 y 25 del cuestionario CIDned.

Ítems		N	Rango promedio	Suma de rangos
24. Los factores personales del alumnado (como personalidad, actitud, motivación, etc.) favorecen su <u>desempeño académico</u> . (variable 2).	Rangos negativos	8 ^a	5,88	47,00
	Rangos positivos	3 ^b	6,33	19,00
25. Los factores personales del alumnado (como personalidad, actitud, motivación, etc.) favorecen sus <u>relaciones sociales</u> . (variable 1)	Empates	55 ^c		
	Total	66		

Nota. a. Variable 1 < Variable 2; b. Variable 1 > Variable 2; c. Variable 1 = Variable 2; Z = -1,303; $p = 0,193$. Elaboración propia (2025).

En la prueba de Wilcoxon para la relación del proceso de resiliencia **del alumnado de AED, el desempeño académico** (ítem 26.1) y **los aspectos socioemocionales** (ítem 26.2), los resultados mostraron un empate en gran parte de la muestra con una N de 57 (variable 1 = variable 2). Se reflejó que no había una diferencia significativa con una $p > 0,05$. El proceso de resiliencia del alumnado de AED se consideró igual de relevante para el desempeño académico y los aspectos socioemocionales (Tabla 94).

Tabla 94

Prueba de Wilcoxon de los ítems 26.1 y 26.2 del cuestionario CIDned.

Ítems		N	Rango promedio	Suma de rangos
26. El proceso de resiliencia del alumnado de AED favorece sobre los siguientes aspectos:	Rangos negativos	2 ^a	5,00	10,00
26.1. El <u>desempeño académico</u> (variable 2).	Rangos positivos	7 ^b	5,00	35,00
26.2. Los <u>aspectos socioemocionales</u> (variable 1)	Empates	57 ^c		
	Total	66		

Nota. a. Variable 1 < Variable 2; b. Variable 1 > Variable 2; c. Variable 1 = Variable 2; Z = -1,667; p = 0,096. Elaboración propia (2025).

En línea con los resultados cuantitativos, en el enfoque cualitativo de las entrevistas sobre la involucración de los **factores personales del alumnado en la AED** (personalidad, actitud, motivación, proceso de resiliencia, etc.), estos fueron señalados por todas las personas entrevistadas como muy influyentes y condicionantes sobre los aspectos académicos y sociales (INFO1, INFO2 e INFO3).

Todos los discursos coincidieron de forma similar sobre la interacción de estos factores con la propia enfermedad, así como que su atención debía ser más prioritaria que la parte académica (Tabla 95).

Tabla 95

Citas del personal de orientación. Factores personales y sociales. Factores personales y AED.

Categoría deductiva	Factores sociales y personales		
Subcategoría deductiva	Factores personales y AED		
Citas relevantes			Citas
INFO1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“Molt. Es que és complicat”. “A vegades no és la part acadèmica. ...Si de la part acadèmica només poden assolir un 20%, ja estem contents, però un 80% és la part aquesta		2

	de relació...de poder parlar, que li toqui el sol. Bueno, llavors, clar, condiona molt, eh, l'estat".	
INFO2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	"Quan parlem d'atenció domiciliària parlem d'un aspecte d'alumnat amb casuístiques molt diferents. Perquè és molt diferent un alumne que té un trastorn de personalitat a un que li han fet una operació i no pot assistir a l'escola. No té res a veure un cas amb un altre. El que té un trastorn de personalitat és molt més complex. Està vivint un vincle que no amb l'altre. I fins i tot el tema acadèmic és més complicat". "Depèn del diagnòstic de l'alumne. Aquí tenim un cas d'un nen que rebutjava venir a l'escola. ...La noia va estar setmanes que anava a casa i el noi estava amagat a l'habitació i no sortia. ... fins que no hi va haver aquesta aproximació a nivell personal i de vincle, va passar com un mes i pico". "La família tampoc el podia obligar i no sabia què fer. També estem parlant d'una família amb pocs recursos".	3
INFO3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	"Moltíssim. O sigui, un alumne amb aquesta actitud, amb motivació, un alumne que tenim molt guanyat. Tenim molt guanyat. I en canvi, un alumne que està en un altre moment dintre del seu procés per això és important l'acompanyament i per això és important la formació que ha de tenir el professor d'atenció domiciliària. Jo penso que moltíssim. Moltíssim".	1
Total citas		6

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

Finalmente, de los resultados de la categoría inductiva de carácter trasversal que surgieron de las entrevistas del personal de orientación sobre la **inclusión educativa del alumnado de AED**, se reflejó que tanto INFO1 como INFO2 e INFO3 manifestaron que las actuales medidas de respuesta no garantizaban la inclusión educativa de este estudiantado.

INFO1 lo describió como una situación marcada de segregación y en ocasiones de exclusión donde la clave debía ser un buen acompañamiento externo sin perder el foco de que este alumnado es del centro educativo.

INFO2 señaló que este alumnado no disponía de inclusión, pero que debía buscarse mecanismos para que lo fuera y este estudiantado no se desvincule de su grupo-aula. Asimismo, señaló como principal problema el déficit de tiempo y, en consecuencia, la inadecuada coordinación del centro educativo.

INFO3 lo manifestó como un proceso de integración y en ocasiones de segregación, afirmando que todavía se estaba muy lejos de la inclusión educativa. Esta persona informante describió una AED que no se preveía en los Planes de Atención a la Diversidad y se atendían una vez se encontraban con el caso. Asimismo, señaló como la mayor problemática la falta de más recursos humanos y su formación para este tipo de medidas (Tabla 96).

Tabla 96

Citas del personal de orientación. Inclusión educativa en AED.

Categoría inductiva transversal		Inclusión educativa en AED
Citas relevantes		Citas
INFO1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“És un tema d'exclusió, evidentment. Una TEA que té un problema social i estàs dient, vale maca, doncs queda't a casa, que t'hi vindrà el professor a casa”. “Jo milloraria un servei...una atenció, un acompanyament psicològic dispers, però setmanal”. “Jo crec que és la clau de poder fer un bon acompanyament extern”. “És bastant segregat, eh?, amb tot l'amor, vull dir, tot i que hi ha centres que...”. “És una alumna del centre. No hem de perdre el focus que aquesta alumna és del centre”.	5
INFO2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“El problema és el temps, ja t'ho dic, i de coordinació” “S'ha de buscar maneres perquè l'alumne no es desvinculi del grup-aula, evidentment”. “No, però s'ha de buscar les maneres perquè es faci inclusió, perquè hagi bastant contacte entre l'alumne que està rebent atenció domiciliària i el grup-classe. S'han de buscar mecanismes perquè no perdi el contacte i no sigui un cas aïllat”.	3
INFO3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Dintre d'inclusió encara no. S'intenta, eh? Però dintre d'inclusió encara no. Jo penso que estem en un procés encara d'integració i en ocasions sí que existeix aquesta diferència de poder de segregació, però inclusió encara no. Ens queda molt”. “Més recursos, més recursos, o sigui, no tant recursos de l'ordinador, perquè l'ordinador tots ja tenen i, si no, els hi facilitem des del centre, però més recursos humans, més recursos humans amb una formació de caire emocional” “Sí que tenim com gestionem el tema de l'atenció domiciliària. Però sí, poder dintre del PAD també s'hauria de... Ho treballem, però una vegada ens trobem amb el cas”.	3
Total citas		11

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

8.6. Implementación de los centros educativos en Atención Educativa Domiciliaria

Los resultados de la estadística descriptiva (ítems 1 y 2 del cuestionario CIdact) y de las entrevistas referentes a la planificación de la implementación de los centros fueron presentados en el primer apartado del capítulo, por lo que no se vuelven a presentar en este apartado para evitar repeticiones.

➤ De los ítems para las **medidas de actuación iniciales implementadas** por los centros educativos para este apoyo, los resultados obtenidos en la estadística descriptiva del cuestionario CIdact reflejaron en todos los casos medias que se situaron en frecuencias de “casi siempre”. Las desviaciones típicas más altas se observaron en los ítems 3 (1,088) y 5 (0,914) (Tabla 97).

Tabla 97

Estadística descriptiva. Ítems del 1 al 7 del cuestionario CIdact.

Ítems	Mediana	Media	Desviación típica
3. Tras la solicitud de la AED se convoca una reunión con el equipo docente para evaluar la situación y determinar las medidas oportunas.	5	4,35	1,088
4. La AED se implementa en colaboración con el Equipo de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica (EAP).	5	4,65	,868
5. El equipo de atención a la diversidad realiza a este alumnado un análisis previo de identificación de necesidades socioeducativas.	5	4,44	,914
6. El equipo de atención a la diversidad elabora un plan individualizado en función de las necesidades socioeducativas de este alumnado.	5	4,83	,514
7. Se solicita a Servicios Territoriales el llamamiento de una persona para la docencia domiciliaria.	5	4,80	,661

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

Las correlaciones de Spearman de los ítems del 1 al 7 del cuestionario CIdact mostraron asociaciones significativas entre varios de estos. La inclusión de Atención Educativa Domiciliaria (AED) en los planes generales del centro (ítem 1) se correlacionó de

manera significativa con la existencia de programas específicos de AED (ítem 2), con la realización de un análisis de necesidades socioeducativas (ítem 5) y la elaboración de planes individualizados (ítem 6).

De forma similar, disponer de programas específicos de AED (ítem 2) se relacionó con la convocatoria de reuniones docentes (ítem 3), la identificación de necesidades socioeducativas (ítem 5) y la elaboración de planes individualizados (ítem 6).

También se observó una correlación significativa entre la convocatoria de reuniones docentes (ítem 3) y la elaboración de planes individualizados (ítem 6), entre la implementación de AED en colaboración del EAP (ítem 4) y la identificación de necesidades socioeducativas (ítem 5), así como entre este último y la elaboración de planes individualizados (ítem 6). El resto de las correlaciones no alcanzó la significancia estadística (Tabla 98).

Tabla 98

Correlaciones de Spearman entre los ítems del 1 al 7 del cuestionario CIdact.

Ítems		1	2	3	4	5	6	7
1. Los planes generales del centro educativo incluyen consideraciones para la implementación de la AED.	Rho	1	,451	,194	,044	,283	,278	,036
	Sig.		,000	,118	,725	,021	,024	,775
2. El centro educativo dispone de programas específicos de AED.	Rho		1	,242	,011	,273	,277	,170
	Sig.			,050	,932	,027	,025	,172
3. Tras la solicitud de la AED se convoca una reunión con el equipo docente para evaluar la situación y determinar las medidas oportunas.	Rho			1	,216	,171	,402	-,173
	Sig.				,082	,169	,001	,166
4. La AED se implementa en colaboración con el Equipo de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica (EAP).	Rho				1	,306	,103	-,041
	Sig.					,013	,413	,743
5. El equipo de atención a la diversidad realiza a este alumnado un análisis previo de identificación de necesidades socioeducativas.	Rho					1	,368	-,070
	Sig.						,002	,574

6. El equipo de atención a la diversidad elabora un plan individualizado en función de las necesidades socioeducativas de este alumnado.	Rho						1	-
	Sig.							,128
7. Se solicita a Servicios Territoriales el llamamiento de una persona para la docencia domiciliaria .	Rho							1
	Sig.							

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

Adicionalmente, desde el enfoque cualitativo de las entrevistas sobre las **medidas de respuesta ante la necesidad de AED**, todas las personas informantes (DIR1, DIR2 y DIR3), describieron la ausencia superior a 30 días y la certificación médica como requisitos imprescindibles para poder solicitar telemáticamente la AED al Departamento de Educación.

Como posibles obstáculos para la solicitud del servicio, DIR1 describió la opinión médica como un impedimento en algunas ocasiones por considerar contraproducente el aislamiento del alumnado. DIR3 definió un servicio que a veces tardaba y con personal docente domiciliario que no siempre estaba capacitado para este tipo de atención. Por lo contrario, DIR2 no manifestó haberse encontrado con obstáculos significativos.

Respecto a la colaboración del Equipo de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica (EAP), tanto DIR1 como DIR2 y DIR3 describieron a la persona profesional del EAP como el agente que, junto al personal de orientación de los centros educativos, da soporte en la decisión de si solicitar la AED. Asimismo, DIR3 complementó la descripción de este profesional externo como un agente que no pone nunca problemas y sirve de ayuda en los casos donde se deben gestionar soportes de necesidades educativas específicas y/u otros profesionales externos adicionales (Tabla 99).

Tabla 99

Citas del personal de dirección. Implementación. Medidas de respuesta ante la necesidad de AED.

Categoría deductiva		Implementación
Subcategoría deductiva		Medidas de respuesta ante la necesidad de AED
Citas relevantes		Citas
DIR1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“L'alumne ha d'haver passat almenys 30 dies a casa i no assistir al centre i tenir un problema mèdic que llavors el metge és el que signa com el document mèdic”. “Hi ha un departament als serveis territorials... demanes per e-Valisa a través d'una documentació que ells et demanen”. “L'obstacle a vegades és l'opinió mèdica. ...aquest alumne fa molt absentisme, nosaltres des del centre veiem això, però des del punt de vista mèdic consideren que una atenció domiciliària és contraproductiu perquè fa que encara estigui més tancat”. “L'EAP és la gent que ens dona suport a l'hora de si hem de demanar atenció domiciliària o no. ... és el psicopedagog del centre més el professional de l'EAP, que recomanen l'atenció domiciliària”.	4
DIR2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“La sol·licitud normalment ens ve o bé per la Coordinadora... i llavors en la CAI ho plantegem. ...Són trenta dies. ... en la CAI estem les orientadores i el EAP”. “Llavors hi ha un document que ha d'emplenar la família juntament amb el metge de capçalera, perquè el metge capçalera ha de donar el vistiplau” “Em sona que...l'inspector o servei territorial que dona el vistiplau al document, no ens ha posat en cap moment cap pega”. “El cas clar d'un accident... no n'hi ha més a fer perquè sí o sí ha de ser una atenció domiciliària. Però en els altres casos que ha sigut demanda del centre perquè pensem que és millor que l'alumne estigui a casa... sí que tenim la col·laboració de l'EAP”.	4
DIR3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Per fer això hem de tenir que un metge certifiqui que serà una baixa més llarga de 30 dies”. “Ara es gestiona a través del tramitador d'expedients interdisciplinaris del Departament, on el director omple les dades del nen i la documentació que porta la família i després es comunica al Departament d'Orientació i el Departament d'Orientació amb l'equip docent del grup que és el noi o noia determina les mesures, quan es connectarà, concreta horaris, etc”. “A vegades és lent. Fins ara ha estat lent. Falta gent que estigui capacitada per fer això, perquè tenen una borsa a part de gent que pot atendre. I a vegades el problema és que tarda una mica”. “L'EAP se l'informa perquè...si hi ha alguna qüestió específica pot tenir contacte més directe...amb les persones que ho gestionen, però no posa mai cap problema. ...Per exemple, els suports que podem necessitar de nens amb necessitats educatives...és ell qui ho gestiona”.	4
Total citas		12

Nota. Las personas se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

Del discurso de las entrevistas, de las apariciones y repeticiones inductivas respecto a la actuación que adoptaría el centro ante la posible **restricción del personal docente domiciliario** por orden médica. Cabe destacar que tanto DIR1, DIR2 como DIR3 comunicaron un total desconocimiento sobre la posibilidad de restringirse totalmente por orden médica la presencialidad de esta figura profesional como resultado de alguna circunstancia como, por ejemplo, enfermedades infecciosas.

Es relevante resaltar que en todas las entrevistas del personal de dirección se afirmó explícitamente una improvisación en el caso de darse este tipo de situación.

En este sentido, DIR1 describió el Classroom como una herramienta que les funcionó bien durante la epidemia de la Covid-19, por lo que utilizarían este mismo sistema. DIR2 manifestó que según su entendimiento se trataría de una responsabilidad de seguimiento que recaería principalmente sobre la persona orientadora y tutora del alumnado afectado. Por otro lado, DIR3 describió creer que quizás el personal docente domiciliario asistiría al centro educativo e impartiría clases online desde allí (Tabla 100).

Tabla 100

Citas del personal de dirección. Implementación. Restricción del personal docente domiciliario.

Categoría deductiva		Implementación
Subcategoría deductiva		Medidas de respuesta ante la necesidad de AED
Subcategoría inductiva		Restricción de personal docente domiciliario
DIR1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	E: “Seria com va passar amb la Còvid, improvisar?”. DIR1: “Exacte, sí, sí. Nosaltres ens va funcionar molt el tema del Classroom i llavors això en casos d'aquests més específics doncs també li creem el Classroom específic d'ell i llavors està com més seleccionat el que li enviem”.	1
DIR2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	E: “Seria com una improvisació arribat el moment?” DIR2: “Sí, com a mi no em sona haver llegit absolutament res al respecte”. “Sobretot entenc que en aquest cas l'orientadora o tutora mateixa aniria fent el seguiment de les tasques i dels professors anirien corregint i posant feedback”.	2

DIR3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	E: “S’improvisaria com va passar amb la Còvid?”. DIR3: “Sí, perquè són això, les mesures i suports que tu fas en funció de les circumstàncies, llavors vas afegint”. “No ens hem trobat mai, però llavors seria una atenció online. Vindria el profe aquí i els facilitaria els suports necessaris i llavors el profe hauria de fer les seves hores aquí i hauria de fer una atenció online amb aquest alumne”.	2
Total citas		5

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

Por otro lado, también de las apariciones y repeticiones inductivas sobre las **ausencias del alumnado inferiores a 30 días**, DIR2 y DIR3 describieron el Classroom como la estrategia educativa principal para enviar actividades que puede realizar el alumnado de forma autónoma y en función de sus capacidades y circunstancias familiares. En este sentido, DIR3 destacó la familia como un elemento clave afirmando una mejor respuesta en aquellos casos donde hay una mayor involucración o soporte con, por ejemplo, personal docente particular.

Por otro lado, DIR1 no manifestó ninguna estrategia educativa concreta para estas situaciones, sin embargo, describió la realización de reuniones con la figura profesional del EAP para valorar cómo proceder según cada situación en particular (Tabla 101).

Tabla 101

Citas del personal de dirección. Implementación. Ausencias del alumnado interiores a 30 días.

Categoría deductiva	Implementación	
Subcategoría deductiva	Medidas de respuesta ante la necesidad de AED	
Subcategoría inductiva	Ausencias del alumnado inferiores a 30 días	
DIR1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“En una reunió amb direcció i amb el professional de l'EAP es valora”.	1
DIR2 (comunicación	“Se'ls hi envia feina des de les assignatures perquè intenten com a mínim fer alguna cosa, i ja depèn de l'estat emocional o capacitat de l'alumne per poder portar endavant de manera autònoma les activitats. Però, sí que es fa normalment o bé a un Classroom o que vagi a seguir	1

personal, 26 de marzo de 2025)	les activitats de Classroom de cada assignatura i se'ls hi posa alguna cosa, algun dossier o alguna activitat”.	
DIR3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Fins als 30 dies l'alumne va seguint enviant deures que envien els profes, seguint els Classroom. Nosaltres, al treballar online, el que es demana és el suport de la família, que a vegades es posen un profe particular o la família l'ajuda, i llavors van fent les tasques dels Classroom. I tasques molt específiques que a l'alumne se l'exclou”.	1
Total citas		3

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

Por lo que respecta a la **identificación de necesidades socioeducativas**, DIR1 y DIR3 no describieron esta medida como una actuación sistemática para la AED ni tampoco imprescindible. Este alumnado fue definido por este personal de dirección como un estudiantado del centro y que por lo tanto ya lo conocían.

DIR1 señaló al personal docente domiciliario como el agente que, en su caso, comunicaba cualquier aspecto relevante al centro. DIR3 describió que las patologías eran consideradas en el Plan Individualizado, así como se facilitaban recursos materiales para las familias que lo solicitaran.

Por otro lado, DIR2 fue la única persona en explicar que se realizaba una identificación de necesidades a través del personal de orientación del propio centro y de la figura profesional del EAP, hablando con el alumnado afectado y señalando sus posibles necesidades (Tabla 102).

Tabla 102

Citas del personal de dirección. Implementación. Identificación de necesidades socioeducativas.

Categoría deductiva	Implementación	
Subcategoría deductiva	Identificación de necesidades socioeducativas	
Citas relevantes		Citas
DIR1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“Amb la professional que va allà ja ens diu, doncs mira això li costa més o no i llavors l'hi anem adaptant”.	2

	“Aquest alumne normalment ja el coneixem al centre, llavors en funció del coneixement que nosaltres tenim també ja sabem què li podem exigir i què no”.	
DIR2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Tenim l'orientadora i la persona responsable de l'EAP que atén, que parla amb el noi o noia, l'alumne i marca uns petits ítems en quant a necessitats de l'alumne”.	1
DIR3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Això ja, en teoria, ja ho tenen. O sigui, tots els alumnes ja tenen... El que passa és que, clar, si, per exemple, ha tingut un accident, no sé què dir-te, que li ha produït ara una discapacitat visual, llavors aquestes afegides, lògicament, amb aquell PI es tenen en compte”. “Si no tenen Wifi, se'ls facilita un Wifi. ...Normalment, aquestes famílies que tenen problemes econòmics, és molt difícil acordar les hores d'atenció domiciliària... .Complicat perquè treballen tots i és una mica..”.	2
Total citas		5

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

Sobre la elaboración del **Plan Individualizado (PI)**, el personal de dirección no lo describió en ningún caso como un documento que pudiera disponer de contenido específico derivado de la AED como, por ejemplo, aspectos emocionales o circunstancias familiares (DIR1, DIR2 y DIR3).

DIR1 lo definió como un plan que no se diferencia de cualquier otro alumnado, salvo por un contexto particular resultado de la limitación de horas de docencia. DIR2 y DIR3 señalaron que no se realizaba un PI en aquellos casos donde el alumnado ya disponía de uno en el centro educativo. En estos casos, DIR3 describió la realización de solo modificaciones relacionadas con las actividades educativas y de carácter evaluativo (Tabla 103).

Tabla 103

Citas del personal de dirección. Implementación. Elaboración del Plan Individualizado.

Categoría deductiva	Implementación	
Subcategoría deductiva	Elaboración del Plan Individualizado	
Citas relevantes		Citas
DIR1 (comunicación)	“És un pla individualitzat com pot tenir qualsevol alumne”. “No ho ha de fer tot, perquè tampoc la persona que va allà no la pot ajudar totes les hores i no és el mateix que tingui un profe cada hora	2

personal, 20 de marzo de 2025)	quan ve aquí. Llavors, a través de l'eina aquesta del Classroom, de la plataforma online, ens serveix una mica de pont i de comunicació i de coordinació”.	
DIR2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“A no ser que sigui això d'un accident és una cosa d'avui per demà i per tant ja sabem a partir del metge que estarà de baixa a l'alumne "x" mesos o el que sigui. La resta de l'alumnat que tenim, com a mínim aquest any en l'atenció domiciliària ja venien amb un PI previ”.	1
DIR3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Per a l'elaboració del pla individualitzat que fa la orientadora, si ella en tenia un, totes aquelles característiques que tenia abans”. “S'acorda només sobre les tasques que pot lliurar, per exemple, el profe que li fa el suport. S'acorden unes mesures d'avaluació diferents”.	2
Total citas		5

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

➤ En cuanto a la **organización de los agentes implicados**, la frecuencia media obtenida del cuestionario CIDact se situó en todos los casos en “casi siempre” con algunos valores cercanos a “siempre”, salvo para los ítems que hacen referencia a la consideración del resto del alumnado que continúa acudiendo al centro educativo (casi nunca), (Tabla 104).

Tabla 104

Estadística descriptiva. Ítems del 8 al 12 de respuesta múltiple del cuestionario CIDact.

Ítems		Mediana	Media	Desviación típica
8. El equipo de atención a la diversidad del centro comunica a los siguientes agentes implicados las funciones esperadas relativas a su papel durante la AED (orientadoras, académicas, sociales, etc.): 8.1. Personal de orientación; 8.2. Personal docente del centro; 8.3. Resto alumnado; 8.4. Familia alumnado AED.	8.1.	5	4,85	,504
	8.2.	5	4,83	,450
	8.3.	2	2,64	1,32
	8.4.	5	4,88	,541
9. El equipo de atención a la diversidad del centro establece vías o sistemas específicos para la comunicación de los siguientes agentes implicados en la AED: 9.1. Alumnado AED; 9.2. Familia Alumnado AED; 9.3. Personal de orientación; 9.4. Equipo docente del centro; 9.5. Resto alumnado; 9.6. Personal docente Aula Hospitalaria; 9.7. Profesionales adicionales.	9.1.	5	4,79	,569
	9.2.	5	4,86	,388
	9.3.	5	4,82	,552
	9.4.	5	4,77	,490
	9.5.	2	2,58	1,203
	9.6.	5	4,67	,616
	9.7.	4	4,15	1,026

10. El equipo de atención a la diversidad del centro establece pautas de comunicación a los siguientes agentes implicados en la AED (tanto entre ellos como con el centro educativo): 10.1. Alumnado AED; 10.2. Familia Alumnado AED; 10.3. Personal de orientación; 10.4. Equipo docente del centro; 10.5. Resto alumnado; 10.6. Personal docente Aula Hospitalaria; 10.7. Profesionales adicionales.	10.1.	5	4,56	,963
	10.2.	5	4,56	,947
	10.3.	5	4,67	,810
	10.4.	5	4,59	,822
	10.5.	2	2,44	1,139
	10.6.	5	4,36	,955
	10.7.	4	4,03	1,095
11. El equipo de atención a la diversidad del centro establece pautas de colaboración a los siguientes agentes implicados en la AED (tanto entre ellos como con el centro educativo): 11.1. Familia alumnado AED; 11.2. Personal de orientación; 11.3. Equipo docente del centro; 11.4. Personal docente Aula Hospitalaria; 11.5. Profesionales adicionales.	11.1.	5	4,70	,656
	11.2.	5	4,73	,621
	11.3.	5	4,68	,636
	11.4.	5	4,58	,786
	11.5.	4	4,08	1,042
12. El equipo de atención a la diversidad del centro establece pautas de coordinación a los siguientes agentes implicados en la AED (tanto entre ellos como con el centro educativo): 12.1. Familia alumnado AED; 12.2. Personal de orientación; 12.3. Equipo docente del centro; 12.4. Personal docente Aula Hospitalaria; 12.5. Profesionales adicionales.	12.1.	5	4,65	,734
	12.2.	5	4,65	,813
	12.3.	5	4,58	,805
	12.4.	5	4,39	,943
	12.5.	4	4,00	1,081

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

Los resultados de las pruebas de Friedman para los anteriores ítems indicaron diferencias significativas en todos ($p < 0,001$). De las actuaciones del centro referentes a la **comunicación de las funciones esperadas de AED** (ítem 8), así como al establecimiento de **vías y pautas de comunicación** (ítems 9 y 10), los resultados reflejaron una menor frecuencia de acciones dirigidas al alumnado que sigue acudiendo al centro educativo. En cuando a las **pautas de colaboración y coordinación** de los agentes implicados (ítem 11 y 12), en ambos ítems se mostró una menor frecuencia de acciones dirigida al personal profesional externo (Tablas 105-107).

Tabla 105

Prueba de Friedman. Ítem 8 de respuesta múltiple del cuestionario CIDact.

Ítems	8. El equipo de atención a la diversidad del centro comunica a los siguientes agentes implicados las funciones esperadas relativas a su papel durante la AED (orientadoras, académicas, sociales, etc.):		
	Rango promedio	χ^2 (3)	Sig.
8.1. Personal de orientación educativa.	2,89	139,651	,000
8.2. Personal docente del centro.	2,88		
8.3. Resto del alumnado.	1,29		
8.4. Familia del alumnado de AED.	2,94		

Nota. N = 66; p < 0,001. Elaboración propia (2025).

Tabla 106

Pruebas de Friedman. Ítems 9 y 10 de respuesta múltiple del cuestionario CIDact.

Ítems de respuesta múltiple	9. El equipo de atención a la diversidad del centro establece vías o sistemas específicos para la comunicación de los siguientes agentes implicados en la AED:			10. El equipo de atención a la diversidad del centro establece pautas de comunicación a los siguientes agentes implicados en la AED (tanto entre ellos como con el centro educativo):		
	Rango promedio	χ^2 (6)	Sig.	Rango promedio	χ^2 (6)	Sig.
Alumnado de AED.	4,66	226,007	,000	4,66	209,994	,000
Familia de AED.	4,80			4,62		
Personal de orientación.	4,77			4,84		
Equipo docente del centro.	4,63			4,64		
Resto del alumnado.	1,50			1,60		
Personal docente Aula Hospitalaria.	4,34			4,14		
Profesionales adicionales.	3,31			3,50		

Nota. N = 66; p < 0,001. Elaboración propia (2025).

Tabla 107

Pruebas de Friedman. Ítems 11 y 12 de respuesta múltiple del cuestionario CIDact.

Ítems de respuesta múltiple compartida	11. El equipo de atención a la diversidad del centro establece pautas de colaboración a los siguientes agentes implicados en la AED (tanto entre ellos como con el centro educativo):			12. El equipo de atención a la diversidad del centro establece pautas de coordinación a los siguientes agentes implicados en la AED (tanto entre ellos como con el centro educativo):		
	Rango promedio	χ^2 (4)	Sig.	Rango promedio	χ^2 (4)	Sig.
Familia de AED.	3,19	54,410	,000	3,32	66,111	,000
Personal de orientación.	3,30			3,39		
Equipo docente del centro.	3,18			3,23		
Personal docente Aula Hospitalaria.	3,08			2,88		
Profesionales adicionales.	2,26			2,18		

Nota. N = 66; p < 0,001. Elaboración propia (2025).

En los resultados de corte cualitativo obtenidos de las entrevistas sobre la **organización de los agentes implicados**, DIR1 y DIR3 manifestaron que todo el personal docente mantenía las mismas funciones habituales. En cuanto a las comunicaciones entre los implicados, estas personas describieron a la persona responsable de la tutoría como la figura de referencia. No obstante, DIR1 señaló al personal docente domiciliario como el encargado final de coordinarse con todo el profesorado.

Respecto a las coordinaciones, tanto DIR1 como DIR3 explicaron que la persona responsable de la tutoría y el personal docente disponían de un tiempo semanal determinado para esta finalidad. También, DIR1 especificó que se organizaban reuniones trimestrales entre los implicados para valorar cómo iba el alumnado.

De DIR2 cabe resaltar su cita textual de “estás viendo que no tenemos mucha cosa, y eso lo dejo en manos de la orientadora, que es la que se encarga del caso”. En este sentido, describió solo una comunicación inicial entre la familia y la persona responsable de la tutoría con la finalidad de acordar los días y horarios de atención domiciliaria.

Asimismo, DIR2 apuntó dos problemáticas. Por un lado, describió una sobrecarga de trabajo del personal docente del centro que no permitía centrarse ni en la organización del personal implicado ni en la AED en general. Por otra parte, manifestó de forma explícita una sensación de falta de criterios y decisiones comunes sobre las actuaciones que el personal docente llevaba a cabo y, por lo tanto, generaba disparidades y mal entendidos.

Sobre las vías de comunicación utilizadas entre los implicados con el centro educativo, en todos los casos se describieron las habituales del centro, siendo principalmente el teléfono y el correo electrónico. Fueron descritas como eficaces (DIR1, DIR2 y DIR3), (Tabla 108).

Tabla 108

Citas del personal de dirección. Implementación. Organización de los agentes implicados.

Categoría deductiva		Implementación
Subcategoría deductiva		Organización de los agentes implicados
Citas relevantes		Citas
DIR1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“Organitzar una reunió per assignar funcions no, perquè en principi ja tothom les té assignades”. “El tutor de referència d'aquest alumne és teòricament el pont de comunicació amb el d'atenció domiciliària. Llavors, aquest professor d'atenció domiciliària es coordina amb cada professor”. “El professor d'atenció domiciliària té unes hores específiques per fer coordinació. Ell ha d'assistir al centre de referència d'aquest alumne i coordinar-se amb els profes del nivell que ell està donant”. “Mantenim reunions trimestrals per veure com ha anat el trimestre, l'entrega de notes i si prosseguim amb l'atenció o no”. • Vías de comunicación: “El correu electrònic”.	5
DIR2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Planificar protocol hi estàs veient que no tenim molta cosa, i això ho deixo en mans de l'orientadora, que és la que s'encarrega del cas”. “Parlem amb la família i parlem amb la tutora...més que res en el sentit que ha d'estar present quan estigui el docent que vagi a la casa hi ha d'haver algun adult amb ells...intentar quadrar amb elles algun horari o saber els dies. ...Si pot ser presencial al centre”. “Si no tinguéssim tanta càrrega en altres punts en el centre, l'orientadora jo crec que podria, o la tutora mateixa, podria centrar-se en l'atenció domiciliària de cada nano, que ho precisés. Però bé, sempre ens falten recursos, llavors... i hores”.	6

	“La sensació és que si ho deixo en mans de les tutores, no perquè no siguin capaces, sinó que cada tutora ho gestiona la seva manera, que ho veig molt bé, però no hi ha un criteri en comú”. “Per uns aspectes comuns i unes decisions comunes que més o menys no... No sé, és com evitar disparitats o evitar malentesos o el que fos”. • Vías de comunicació: “Tradicionals del centre”.	
DIR3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Cadascú agafa el rol de la funció que té i diguem-ne que com a coordinació sí que hi ha una reunió del tutor referent al centre amb el professor d'atenció domiciliària. Diguem-ne que aquests sí que s'han de... es coordinen i tenen una hora de traspàs setmanal”. “El personal d'orientació sempre està al cas”. “Les coordinadores...són les que informen...i...donen les pautes que hem de seguir. El primer contacte d'un noi que ha de portar una atenció domiciliària sempre són les orientadores, • Vías de comunicació: “Les normals. ...Telèfon, correu electrònic”.	4
Total citas		15

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

➤ Respecto a la **orientación de los agentes implicados**, la frecuencia media obtenida del cuestionario CIdact se situó en todos los casos en “casi siempre”, salvo para los ítems que hacen referencia a la consideración del resto del alumnado que continúa acudiendo al centro educativo, con una frecuencia de “casi nunca” (Tabla 109).

Tabla 109

Estadística descriptiva. Ítems del 13 al 14 de respuesta múltiple del cuestionario CIdact.

Ítems		Mediana	Media	Desviación típica
13. El equipo de atención a la diversidad del centro facilita asesoramiento y orientación a los siguientes agentes implicados en AED: 13.1. Alumnado AED; 13.2. Familia alumnado AED; 13.3. Equipo docente del centro; 13.4. Resto alumnado; 13.5. Profesionales adicionales.	13.1.	5	4,74	,535
	13.2.	5	4,73	,570
	13.3.	5	4,59	,679
	13.4.	2,50	2,82	1,456
	13.5.	4	3,92	1,256
14. El equipo de atención a la diversidad del centro facilita orientación para el proceso de resiliencia de los siguientes agentes implicados en AED: 14.1. Alumnado AED; 14.2. Familia alumnado AED.	14.1.	5	4,26	1,012
	14.2.	5	4,23	1,020

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

Los resultados de las pruebas de Friedman del ítem 13 de respuesta múltiple indicaron diferencias significativas para todos los ítems ($p < 0,001$). La percepción de asesoramiento y orientación más alta fue para el alumnado de AED (ítem 13.1) y la más baja para el resto del alumnado presente en el centro educativo (13.4), (Tabla 110).

Tabla 110

Prueba de Friedman. Ítem 13 de respuesta múltiple del cuestionario CIDact.

Ítems	13. El equipo de atención a la diversidad del centro facilita asesoramiento y orientación a los siguientes agentes implicados en AED:		
	Rango promedio	χ^2 (4)	Sig.
13.1. Alumnado de AED.	3,62	131,015	,000
13.2. Familia de AED.	3,61		
13.3. Equipo docente del centro.	3,43		
13.4. Resto del alumnado.	1,67		
13.5. Profesionales adicionales.	2,67		

Nota. N = 66; $p < 0,001$. Elaboración propia (2025).

Los resultados de la prueba de Wilcoxon para los ítems 14.1 y 14.2, mostraron un empate en gran parte de la muestra con una N de 55 (variable 1 = variable 2). Se mostró que no había una diferencia significativa entre la orientación del proceso de resiliencia para el alumnado y la familia de AED, con un valor de $p = 0,783$ ($p > 0,05$), (Tabla 111).

Tabla 111

Prueba de Wilcoxon de los ítems 14.1 y 14.2 del cuestionario CIDact.

Ítems		N	Rango promedio	Suma de rangos
14. El equipo de atención a la diversidad del centro facilita orientación para el proceso de resiliencia de los siguientes agentes implicados en AED:	Rangos negativos	6 ^a	6,00	36,00
	Rangos positivos	5 ^b	6,00	30,00
14.1. Alumnado de AED (variable 2). 14.2. Familia de AED (variable 1).	Empates	55 ^c		

	Total	66		
--	--------------	----	--	--

Nota. a. Variable 1 < Variable 2; b. Variable 1 > Variable 2; c. Variable 1 = Variable 2; Z = -0,275; p = 0,783. Elaboración propia (2025).

En las correlaciones de Spearman (ítems 13.1; 13.2; 14.1; 14.2), se mostraron asociaciones estadísticamente significativas entre todas las variables. Se reflejó una correlación entre la frecuencia en que el centro ofrece orientación de forma general al alumnado y la familia de AED, y la oferta de orientación específica para el proceso de resiliencia de estas dos figuras (Tabla 112).

Tabla 112

Correlaciones de Spearman entre los ítems 13.1, 13.2, 14.1 y 14.2 del cuestionario CIdact.

Ítems	13.1	13.2	14.1	14.2
13.1. El equipo de atención a la diversidad del centro facilita asesoramiento y orientación a los siguientes agentes implicados en AED: Alumnado de AED.	1	,876	,351	,363
13.2. El equipo de atención a la diversidad del centro facilita asesoramiento y orientación a los siguientes agentes implicados en AED: Familia de AED.		1	,390	,426
14.1. El equipo de atención a la diversidad del centro facilita orientación para el proceso de resiliencia de los siguientes agentes implicados en AED: Alumnado de AED.			1	,792
14.2. El equipo de atención a la diversidad del centro facilita orientación para el proceso de resiliencia de los siguientes agentes implicados en AED: Familia de AED.				1

Nota. N = 66; p < 0,001. Elaboración propia (2025).

De los aportes cualitativos de las entrevistas sobre la **orientación de los agentes implicados**, tanto DIR1, DIR2 como DIR3 manifestaron que el centro educativo siempre ofrecía orientación a los diferentes implicados con algunas particularidades y limitaciones.

DIR1 y DIR3 describieron que la orientación hacia los diferentes agentes implicados se hacía principalmente desde el personal de orientación. No obstante, DIR1 manifestó que se trataba de un asesoramiento sobre todo académico sin entrar en cuestiones psicosociales por falta de tiempo.

Por otro lado, DIR2 explicó una orientación inicial a las familias sobre el funcionamiento de la AED con una posterior responsabilidad para esta labor sobre el personal docente domiciliario con ayuda del personal de orientación. En caso de no existir el puente domiciliario manifestó creer que la persona asignada para esta función sería el personal de orientación o responsable de la tutoría (Tabla 113).

Tabla 113

Citas del personal de dirección. Implementación. Organización de los agentes implicados.

Categoría deductiva	Implementación	
Subcategoría deductiva	Orientación de los agentes implicados	
Citas relevantes		Citas
DIR1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“O la psicopedagoga, o a vegades ho he fet jo també. ...Ho oferim”. • Resiliencia: “Tan profund de tractar aquest tema des del punt de vista psicològic, aquí es dona suport fins a un punt...Més psicològic, no tant, perquè és que no tenim ni hores, ni temps, ni possibilitats d'accedir-hi”.	2
DIR2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Ho comentem a l'equip docent. Si no fem un correu amb les especificacions de tots i expliquem obertament que és una atenció domiciliària i perquè la hem ofert i perquè s'està fent”. “Si aconseguixen vincular amb la docent que està a casa aquest tipus d'orientació de respostes que puguin necessitar més o menys està cobert. I aquesta docent parla amb l'orientadora un cop a la setmana perquè es coordinen”. “Si no hagués un pont, suposo que la persona assignada de fer el seguiment de l'alumne, sigui l'orientador o la tutora faria”.	3
DIR3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“S'ofereix, és innat...El nostre departament d'orientació, no només amb l'atenció domiciliària, sinó amb totes les qüestions que poden haver. ...És el que sempre amb la família parla, què necessita el nen, quines mesures i suports hem de tenir, qui és una de les seves funcions, qui assessoria el professorat, i dona les pautes, i qui parla amb les famílies. “En primera instància és orientació, però després, quan ja es pot, es passa al tutor, perquè la idea és normalitzar la situació del nen. ... I sí que l'orientador fa molta feina, però de forma molt invisible”.	2
Total citas		7

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

➤ En relación con los **horarios, métodos, participación sincrónica y recursos**, la frecuencia media obtenida del cuestionario CIdact se situó en todos los ítems del cuestionario

en “casi siempre”, salvo para el indicador de participación entre el alumnado domiciliado y el aula, que se situó en una frecuencia de “casi nunca” con dispersiones altas en las respuestas (Tabla 114).

Tabla 114

Estadística descriptiva. Ítems del 15 al 18 del cuestionario CIdact.

Ítems	Mediana	Media	Desviación típica
15. Se establecen los horarios del alumnado en función de sus necesidades socioeducativas.	5	4,59	,764
16. El equipo de atención a la diversidad del centro establece los métodos de enseñanza y aprendizaje en función de las necesidades específicas de este alumnado.	5	4,50	,789
17. El equipo de atención a la diversidad del centro establece métodos de comunicación que incluyan la participación sincrónica del alumnado domiciliado con el resto del grupo presente en el centro educativo.	2	2,86	1,323
18. Desde el centro educativo se facilitan los recursos materiales que sean necesarios durante toda la AED, estén previsto o no (ordenadores, tarjetas de conexión a internet, etc.).	5	4,62	,674

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

Los resultados de la prueba U de Mann-Whitney tomando el ítem 5 del cuestionario CIdact como dos grupos independientes (definidos según la frecuencia de análisis de identificación de necesidades socioeducativas) y relacionándolos con la frecuencia de algunas actuaciones de implementación del centro educativo para la AED (ítems 15-18), reflejaron que la mayoría de las personas participantes se ubicó en la categoría de alta frecuencia (N=57) con rangos promedio superiores en todos los ítems. No obstante, los estadísticos de contraste solo reflejaron diferencias significativas en la facilitación por parte del centro de los recursos materiales, previstos o no previstos, para la AED (ítem 18; $p > 0,001$), (Tabla 115).

Tabla 115

Prueba U de Mann-Whitney de los ítem 5 y del 15 al 18 del cuestionario CIact.

	5. El equipo de atención a la diversidad realiza a este alumnado un análisis previo de identificación de necesidades socioeducativas .	N	Rango promedio	Suma de rangos
15. Se establecen los horarios del alumnado en función de sus necesidades socioeducativas.	Grupo independiente 1 (frecuencias de 1 a 3)	9	29,67	267,00
	Grupo independiente 2 (frecuencias de 4 a 5)	57	34,11	1944,00
16. El equipo de atención a la diversidad del centro establece los métodos de enseñanza y aprendizaje en función de las necesidades específicas de este alumnado.	Grupo independiente 1 (frecuencias de 1 a 3)	9	27,39	246,50
	Grupo independiente 2 (frecuencias de 4 a 5)	57	34,46	1964,50
17. El equipo de atención a la diversidad del centro establece métodos de comunicación que incluyan la participación sincrónica del alumnado domiciliado con el resto del grupo presente en el centro educativo.	Grupo independiente 1 (frecuencias de 1 a 3)	9	28,06	252,50
	Grupo independiente 2 (frecuencias de 4 a 5)	57	34,36	1958,50
18. Desde el centro educativo se facilitan los recursos materiales que sean necesarios durante toda la AED, estén previsto o no (ordenadores, tarjetas de conexión a internet, etc.).	Grupo independiente 1 (frecuencias de 1 a 3)	9	20,83	187,50
	Grupo independiente 2 (frecuencias de 4 a 5)	57	35,50	2023,50

Nota. Ítem 15 ($Z=-0,812$; $\text{Sig.}=0,417$); Ítem 16 ($Z=-1,232$; $\text{Sig.}=0,218$); Ítem 17 ($Z=-0,952$; $\text{Sig.}=0,341$); Ítem 18 ($Z=-2,728$; $\text{Sig.}=0,006$). Elaboración propia (2025).

De manera complementaria, en los resultados cualitativos de las entrevistas sobre la **determinación de los horarios de AED**, todas las personas entrevistadas (DIR1, DIR2 y DIR3) describieron que los horarios del personal docente para asistir al domicilio se concretaban según la disponibilidad de la familia del alumnado afectado.

DIR2 manifestó que las familias no solían poner impedimentos al explicarles que sin atención educativa se abriría un protocolo de ausentismo. DIR3 especificó que la atención

en el domicilio no puede sobrepasar las seis horas semanales y DIR1 describió que la eficacia de las horas de AED dependía principalmente del perfil de este alumnado, explicando que contra más autónomos fueran más probabilidades tenían de salir adelante (Tabla 116).

Tabla 116

Citas del personal de dirección. Implementación. Determinación de los horarios de AED.

Categoría deductiva		Implementación
Subcategoría deductiva		Determinación de los horarios de AED
Citas relevantes		Citas
DIR1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“L'alumne està a casa. Aleshores, ell s'organitza. Clar, depèn del perfil d'alumne, també, no? Ara la que està tenint la Marina és una alumna que té moltes capacitats i quasi bé sola se'n podria sortir”. “És en funció de les necessitats i de la disponibilitat de la família, doncs s'adapta una mica. Ara em deia, vindré la setmana que ve un altre dia perquè l'altre noi que tinc no hi és i llavors vindré aquí a fer més hores. Ens adaptem una mica”.	2
DIR2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Comencem parlant de les famílies perquè una de les coses que els remarcuem...si no fem domiciliària hem d'obrir un protocol d'absentisme. ...Llavors les famílies diuen d'acord, però hem de buscar perquè moltes d'elles treballen” “Prioritzem això, parlem en família, ens diuen més o menys horari... normalment s'adapten bastant bé”.	2
DIR3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Es gestiona la família i sempre s'han de posar d'acord... . Fa sis hores setmanals i ho gestiona amb la família. Però no pot anar sis hores un dia, ha d'anar diversos dies”.	1
Total citas		5

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

Sobre los **métodos de enseñanza y aprendizaje**, tanto DIR1 como DIR3 señalaron que los métodos de enseñanza y aprendizaje dependían del alumnado y de sus necesidades. Se describió una reducción y adaptación de las actividades educativas. DIR3 hizo referencia al uso del Classroom como la principal estrategia educativa donde el diferente personal docente facilitaba actividades según su criterio, así como ambas personas informantes (DIR1 y DIR3) describieron al personal docente domiciliario como el responsable final de su seguimiento. DIR2 no hizo ninguna aportación explícita sobre esta subcategoría (Tabla 117).

Tabla 117

Citas del personal de dirección. Implementación. Métodos de enseñanza y aprendizaje.

Categoría deductiva		Implementación
Subcategoría deductiva		Métodos de enseñanza y aprendizaje
Citas relevantes		Citas
DIR1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“És en funció de cada alumne i de les necessitats que té en aquell moment i de la malaltia que té i de les visites que té”. “Aquesta persona que hi va aquest any li dona suport a orientar-la a organitzar el material i la feina que ha de fer. L'any passat era més suport de dir quines activitats seleccionem i quines fem i quines no”.	2
DIR2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	--	
DIR3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Es fa un Classroom més específic per a aquest noi, o noia, mentre tingui l'atenció domiciliària. I el professorat, de cada matèria, penja unes tasques específiques, que són les que s'encarregarà que faci el professor d'atenció domiciliària... .Se li redueix, bàsicament”. “Depèn...potser se li posa una tasca més visual...en funció de les pautes que ens donen, es dissenya un Classroom més específic pel noi. ...si és...un problema de mobilitat, però no hi ha cap qüestió, llavors segueix el Classroom de classe i pot consultar, fer dubtes al profe seu normal, i el profe domicili fa el seguiment”. “A més que potser és una persona que és un psicòleg, un profe de català, no ho sé. Llavors nosaltres hem de relaxar una mica. ...La nostra mesura en aquest cas és l'adaptació de les tasques”.	3
Total citas		5

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

En cuanto a la **participación entre el alumnado domiciliado y el aula**, ninguna de las personas entrevistadas (DIR1, DIR2 y DIR3) describieron tener estrategias educativas previstas para incluir la participación del alumnado de AED con el resto del grupo-aula. En todos los casos se definió como una cuestión complicada que dependía del día a día y de las necesidades de este estudiantado, por lo que no se realizaba como norma y en su caso de forma muy puntual.

De DIR3 cabe destacar que restó importancia al centro como promotor de este vínculo, describiendo que lo básicamente importante por parte de este era conocer las

capacidades individuales del estudiantado y adaptarse a ellas, añadiendo que si se trababan de personas sociales no tenían problemas de desvinculación (Tabla 118).

Tabla 118

Citas del personal de dirección. Implementación. Participación entre el alumnado domiciliario y el aula.

Categoría deductiva		Implementación
Subcategoría deductiva		Participación entre el alumnado domiciliado y el aula
Citas relevantes		Citas
DIR1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“Sí, s'ha fet algun. ...Alguns contactes a través de videotrucada o a través d'algun missatge o així. Però clar, depèn també de l'alumne i de les necessitats que té i de com es troba”.	1
DIR2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Nosaltres no tenim cap estratègia al respecte”. “Del dia a dia i pensant en l'alumnat, és que cadascú és un món paral·lel. ... depenent de les necessitats i del que pot fer l'alumne, intentem que vingui algun aspecte com important o festiu del centre”.	2
DIR3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“És molt complicat. El tipus de les classes online, a no ser que sigui una activitat, per exemple, un treball en grup que ell pugui seguir, perquè continuï mantenint el vincle i tal, a vegades s'ha fet puntualment. Però no és la norma”. “Potser estan cada tres per quatre al metge. O un dia s'aixequen bé i l'altre no. Tampoc pots imposar un horari. Has de fer una cosa com molt flexible i molt adaptable”. “Bàsicament, què és important? Saber què és el que són capaços de fer ells de forma individual i adaptar-te amb això, el màxim que puguis”. “Avui en dia, els nens que són socials, aquest problema, amb els grups, això no ho tenen”.	4
Total citas		7

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

En lo que se refiere a la **disponibilidad y acceso a materiales necesarios** para el adecuado desarrollo de la AED, este aspecto no fue visto como un problema por ninguna de las personas informantes (DIR1, DIR2 y DIR3).

En todos los casos se definió el ordenador portátil como un recurso facilitado por el centro educativo, describiéndose la posibilidad de comprar otros materiales de ser necesario,

así como la posibilidad de recurrir al Departamento de Educación o servicios sociales para otras carencias como podrían ser, por ejemplo, las tarjetas de conexión a internet.

De DIR1 cabe subrayar su descripción donde manifiesta que los recursos materiales son fáciles de subsanar, pero que los recursos humanos son siempre igual de escasos y no suficientes para llegar a todo el alumnado, sobre todo para el que no asiste regularmente al centro educativo (Tabla 119).

Tabla 119

Citas del personal de dirección. Implementación. Disponibilidad y acceso a materiales necesarios.

Categoría deductiva		Implementación
Subcategoría deductiva		Disponibilidad y acceso a materiales necesarios.
Citas relevantes		Citas
DIR1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“Aquesta noia de quart que tenim ara té l'ordinador propi del centre, que està en préstec, llavors el té a casa. En pandèmia, qui no tingues ordinador, se li deixava un ordinador. També hi havia connexions Wifi que també en vam rebre per donar... Si aquí no tingues connexió a internet, ara això ja bàsicament no passa. Però sí, oferim des del centre els recursos materials com pot tenir qualsevol alumne”. “Rekurs material podem arribar a comprar. Però clar, també... Rekurs humans no, som els que tenim i amb això normalment sempre anem escassos. Sempre ens falta personal i més per atendre alumnes que no assisteixen regularment al centre. Ens costa arribar a tots aquests alumnes”.	2
DIR2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Ells tenen ja de per sí un portàtil que se'ls dona en primer de l'ESO, aquest portàtil el poden tenir a casa”. “Això normalment ho treballem amb els serveis socials, si és el cas”.	2
DIR3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Es faciliten pel centre”. “Bàsicament el departament et facilita, eh? Un Wifi per un nen que no té... Fins i tot, si no es fa per atenció domiciliària, per necessitats educatives, nens socioeconòmics, que les famílies no tenen internet a casa...i els ordinadors són del propi centre”.	2
Total citas		6

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

8.7. Adaptabilidad de las estrategias educativas en Atención Educativa Domiciliaria

➤ Los resultados de la estadística descriptiva del cuestionario CIDact para la **revisión, actualización y cambios** relativos a la Atención Educativa Domiciliaria (AED) por los centros educativos, indicaron una frecuencia media de “casi siempre” para todos los ítems con dispersiones semejantes (Tabla 120).

Tabla 120

Estadística descriptiva. Ítems del 19 al 21 del cuestionario CIDact.

Ítems	Mediana	Media	Desviación típica
19. Durante el transcurso de la AED se revisan las estrategias educativas para analizar las nuevas necesidades socioeducativas de este alumnado.	5	4,38	,739
20. Durante el transcurso de la AED se actualizan las estrategias educativas en función de las nuevas necesidades socioeducativas de este alumnado.	5	4,44	,726
21. El tiempo de respuesta del centro educativo para actualizar las estrategias educativas es adecuado a las necesidades de este alumnado.	4	3,98	,734

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

Las correlaciones de Spearman para los anteriores ítems mostraron asociaciones estadísticamente significativas entre todas las variables. Se reflejó una fuerte correlación entre la frecuencia en que se revisaban las estrategias educativas (ítem 19) y se actualizaban (ítem 20), así como una correlación moderada de ambos ítems con el tiempo adecuado de respuesta para realizar las actualizaciones (ítem 21), (Tabla 121).

Tabla 121

Correlaciones de Spearman entre los ítems del 19 al 21 del cuestionario CIDact.

Ítems	19	20	21
19. Durante el transcurso de la AED se revisan las estrategias educativas para analizar las nuevas necesidades socioeducativas de este alumnado.	1	,863	,474

20. Durante el transcurso de la AED se actualizan las estrategias educativas en función de las nuevas necesidades socioeducativas de este alumnado.		1	,459
21. El tiempo de respuesta del centro educativo para actualizar las estrategias educativas es adecuado a las necesidades de este alumnado.			1

Nota. N = 66; p < 0,001. Elaboración propia (2025).

En los datos cualitativos de las entrevistas sobre la **revisión y actualización de las estrategias educativas**, tanto DIR1 como DIR2 y DIR3 describieron una revisión obligatoria trimestral de todos los planes individuales (PI) del centro, siendo definido como el momento en que se realizaba la revisión y decisión de mantener o modificar las estrategias educativas inicialmente establecidas para la AED.

Con independencia a la revisión de los PI, DIR2 señaló que se realizaba una supervisión semanal de la AED por parte del personal docente domiciliario y de orientación, siendo modificadas las cuestiones que se considerasen oportunas (Tabla 122).

Tabla 122

Citas del personal de dirección. Adaptabilidad. Revisión y actualización de las estrategias educativas.

Categoría deductiva		Adaptabilidad
Subcategoría deductiva		Revisión y actualización de las estrategias educativas
Citas relevantes		Citas
DIR1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“Aquest any era una revisió de dos mesos i amb revisió al final del primer trimestre. Si continuaria o no. Es va revisar i es va decidir que es continuava tot l'any”. “Ens hem hagut d'adaptar i modificar una mica les estratègies o mantenir-les tot l'any”.	2
DIR2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Abans de l'avaluació final de cada trimestre solem reunir-nos amb la professora a domicili que va a la seva casa i mirem a veure què ha funcionat, què ha funcionat i actualitzem el PI o les necessitats de l'alumne”. “Com les docents de la domiciliària ja venen un cop a la setmana al centre, a coordinar-se amb l'orientadora, quan veuen alguna cosa que no està funcionant, parlen, prenen una decisió, i a la setmana següent ja l'apliquem”.	2
DIR3 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“Tots els plans individualitzats trimestralment estan obligats a la revisió. ...Tenen data d'inici, data de fi. No només amb les atencions	1

personal, 10 de abril de 2025)	domiciliàries. Llavors sí que es revisen a les reunions a les equips educatius”.	
Total citas		5

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

Respecto al **tiempo necesario para implementar cambios**, tanto DIR2 como DIR3 especificaron que, una vez efectuada la revisión, los cambios relativos a las estrategias educativas u otras cuestiones de AED se aplicaban una semana posterior a la toma de decisión. DIR1 no hizo ninguna aportación explícita sobre esta subcategoría (Tabla 123).

Tabla 123

Citas del personal de dirección. Adaptabilidad. Tiempo necesario para implementar cambios.

Categoría deductiva		Adaptabilidad
Subcategoría deductiva		Tiempo necesario para implementar cambios
Citas relevantes		Citas
DIR1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	--	
DIR2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Com les docents de la domiciliària ja venen un cop a la setmana al centre, a coordinar-se amb l'orientadora, quan veuen alguna cosa que no està funcionant, parlen, prenen una decisió, i a la setmana següent ja l'apliquem”.	1
DIR3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“A la propera reunió se li fa el traspàs al profe d'atenció domiciliària que potser una setmana, i llavors es fan els canvis oportuns”.	1
Total citas		2

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

8.8. Evaluación de la Atención Educativa Domiciliaria en los centros educativos

➤ Los resultados de la estadística descriptiva del cuestionario CIdact relativos a la evaluación de esta atención por los centros, mostraron la puntuación más alta en el ítem de facilitación de **canales de retroalimentación** con una frecuencia de “casi siempre”. Los ítems sobre **evaluaciones y cambios** en base a estas se situaron en una frecuencia más bajas con dispersiones de respuesta altas (Tabla 124).

Tabla 124

Estadística descriptiva. Ítems del 22 al 24 de respuesta múltiple del cuestionario CIdact.

Ítems		Mediana	Media	Desviación típica
22. Desde el centro educativo se facilitan canales de retroalimentación que permiten proporcionar información adecuada sobre: 22.1. La planificación de AED; 22.2. La implementación de AED.	22.1.	5	4,32	,826
	22.2.	5	4,29	,855
23. En el centro educativo se llevan a cabo evaluaciones sobre: 23.1. La planificación de AED; 23.2. La implementación de AED.	23.1.	4	3,77	1,005
	23.2.	4	3,79	1,031
24. En base a las evaluaciones llevadas a cabo por el centro educativo se realizan cambios sobre: 24.1. La planificación de AED; 24.2. La implementación de AED.	24.1.	4	3,91	1,019
	24.2.	4	3,89	1,025

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

Los resultados de las correlaciones de Spearman para los anteriores ítems mostraron asociaciones estadísticamente significativas entre todas las variables. Se reflejaron fuertes correlaciones en las acciones tomadas para la planificación e implementación entre los sub-ítems de cada ítem planteado (22.1 y 22.2; 23.1 y 23.2, 24.1 y 24.2). Asimismo se presentó una correlación moderada-alta entre la frecuencia de facilitar canales de retroalimentación (ítems 22), de llevar a cabo evaluaciones (ítems 23) y de hacer cambios en base a estas (ítems 24), (Tabla 125).

Tabla 125

Correlaciones de Spearman entre los ítems del 22 al 24 del cuestionario CIDact.

Ítems	22.1.	22.2.	23.1.	23.2.	24.1.	24.2.
22.1. Desde el centro educativo se facilitan canales de retroalimentación que permiten proporcionar información adecuada sobre: <u>La planificación de AED.</u>	1	,953	,663	,728	,643	,647
22.2. Desde el centro educativo se facilitan canales de retroalimentación que permiten proporcionar información adecuada sobre: <u>La implementación de AED.</u>		1	,600	,639	,563	,565
23.1. En el centro educativo se llevan a cabo evaluaciones sobre: <u>La planificación de AED.</u>			1	,964	,684	,693
23.2. En el centro educativo se llevan a cabo evaluaciones sobre: <u>La implementación de AED.</u>				1	,730	,739
24.1. En base a las evaluaciones llevadas a cabo por el centro educativo se realizan cambios sobre: <u>La planificación de AED.</u>					1	,993
24.2. En base a las evaluaciones llevadas a cabo por el centro educativo se realizan cambios sobre: <u>La implementación de AED.</u>						1

Nota. N = 66. Elaboración propia (2025).

En la prueba U de Mann-Whitney, tomando el ítem 23.1 del cuestionario CIDact como dos grupos independientes (definidos según la frecuencia de las evaluaciones de planificación de esta atención en los centros educativos) y relacionándolos con los cambios en la planificación realizados en base a estas evaluaciones (ítem 24.1), mostraron una diferencia estadística significativa entre la baja y alta frecuencia. Las personas participantes y los rangos promedios fueron muy superiores en el grupo de alta frecuencia (N=40; Rango promedio = 42,05) indicando que a mayor frecuencia de evaluación, mayor frecuencia de cambios en la planificación (Tabla 126).

Tabla 126

Prueba U de Mann-Whitney de los ítem 23.1 y 24.1 del cuestionario CIDned.

	23.1. En el centro educativo se llevan a cabo evaluaciones sobre: La planificación de AED.	N	Rango promedio	Suma de rangos
24.1. En base a las evaluaciones llevadas a cabo por el centro educativo se realizan cambios sobre: La planificación de AED.	Grupo independiente 1 (frecuencias de 1 a 3)	26	20,35	529,00
	Grupo independiente 2 (frecuencias de 4 a 5)	40	42,05	1682,00

Nota. N = 66; Ítem 24.1 (Z=-4,724; Sig.=0,000). Elaboración propia (2025).

Los resultados de las entrevistas no coincidieron con los cuestionarios sobre la **disponibilidad de canales de retroalimentación**, dado que ninguna de las personas entrevistadas (DIR1, DIR2 y DIR3) indicó la existencia de mecanismos específicos ni estrategias destinadas a promover la retroalimentación, ya sea positiva o negativa, de los distintos agentes involucrados en la Atención Educativa Domiciliaria (AED). En todos los casos, se mencionaron únicamente medios generales de comunicación como el teléfono, el correo electrónico o las eventuales reuniones para que quien así lo considerase por iniciativa propia expresara su opinión (Tabla 127).

Tabla 127

Citas del personal de dirección. Evaluación. Disponibilidad de canales de retroalimentación.

Categoría deductiva	Evaluación	
Subcategoría deductiva	Disponibilidad de canales de retroalimentación	
Citas relevantes		Citas
DIR1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“Un canal específic per això no el tenim. Nosaltres ens coordinem com a equip docent amb la persona d'atenció domiciliària que ve cada setmana al mínim dues vegades a la setmana. Llavors, és el canal de comunicació habitual”. “Funcionem bàsicament molt amb el correu electrònic i amb el telèfon, però bàsicament amb el correu”.	2
DIR2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“Si ho necessiteu feu un correu i ens tornem a reunir”.	1

DIR3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Està la comunicació. ...Quan hi ha nanos d'aquests tenen un seguiment més acurat, perquè fins ara un nen de classe té només la tutora, i ara té la tutora i l'orientadora, i tothom va preguntant com està aquest nen”. “La base que això funcioni és la feina conjunta i la confiança”.	2
Total citas		5

Nota. Las personas informantes se presentan mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

En cuanto a la **frecuencia de revisiones y evaluaciones**, todas las personas entrevistadas indicaron una total ausencia de planificación para la AED en los documentos de centro, por lo que no se generó ninguna aportación explícita para los indicadores relativos a la frecuencia de revisión, evaluación o decisiones en función de los resultados obtenidos.

Finalmente, de los resultados de la categoría inductiva de carácter trasversal que surgieron de las entrevistas del personal de dirección sobre la **inclusión educativa del alumnado de AED**, se reflejó que tanto DIR1 como DIR2 y DIR3 manifestaron que las actuales medidas de respuesta no garantizaban la inclusión educativa del alumnado de AED.

DIR1 lo describió como una medida de respuesta no inclusiva por tratarse de un alumnado con muchas dificultades junto a un sistema educativo que actualmente no está preparado por la falta de recursos.

DIR2 definió la AED como una segregación que precisaría de un seguimiento intensivo, una mejor coordinación y actividades adecuadas para no excluir al alumnado afectado del grupo-clase. Indicó la necesidad de un mayor tiempo para el personal que actualmente no disponen.

DIR3 señaló que la intención es ofrecer una inclusión educativa, pero que las circunstancias personales de cada alumnado junto a la falta de tiempo hacen que esto no sea posible. Esta persona informante describió las pocas horas de AED ofrecidas por el sistema educativo como una vergüenza y, del mismo modo que las anteriores, subrayó la falta de recursos como la principal problemática (Tabla 128).

Tabla 128

Citas del personal de dirección. Inclusión educativa en AED.

Categoría inductiva		Inclusión educativa en AED
Citas relevantes		Citas
DIR1 (comunicación personal, 20 de marzo de 2025)	“El tema inclusió jo aquí no el veig tant, perquè són alumnes amb moltes dificultats”. “És que justament aquesta noia té un problema de relació social. Llavors per incloure-la aquí s'hauria d'evocar molts recursos que ara mateix no tenim i crec que el sistema tampoc està preparat per fer tot això”. “Potser més recursos en salut mental per poder gestionar tots aquests problemes perquè llavors es poguessin reincorporar al sistema”.	3
DIR2 (comunicación personal, 26 de marzo de 2025)	“És una segregació com ella sola. I tant si és una segregació”. “Tot el que sigui tenir més recursos humans ajuda, inclús materials. ...És complex poder-ho fer si no tens recursos humans, per això és com tot”. “Implica fer un seguiment més intensiu, estar més atenta. I això implica temps, impliquen hores. ...I per què? Per poder veure bé necessitats, per poder coordinar bé amb les altres docents, per poder fer activitats dinàmiques o el que fos perquè no estigui exclosa del grup, integrar, etcètera, etcètera. I tot això és pensar, planificar i portar a terme i fer una revisió i al final no deixa de ser temps”.	3
DIR3 (comunicación personal, 10 de abril de 2025)	“Depèn molt de la circumstància, perquè inclusió, podríem dir, s'intenta incloure el màxim possible, però té unes circumstàncies molt especials que...condicionen. ...Ser inclusiu, quan ell té unes circumstàncies, és l'objectiu i és el que s'intenta, però s'entén que no sempre és possible”. “L'atenció domiciliària jo considero que 6 hores a la setmana és molt poc, és molt poc. És que és una vergonya. I si són nens que tenen unes dificultats acadèmiques, és una vergonya”. “Un mínim de 3 hores al dia d'una persona que estigués allà, tenint en compte que aquesta persona també pogués dinamitzar el que fos una estona amb els companys, que no fos només escola. ...Que coincidís un pati i dius vinga, anem a fer una connexió amb el perico, el manganito, i que llavors l'escola digués sí, aquests nens a l'hora del pati poden utilitzar el mòbil i es poden connectar amb l'altre. Poder promoure una estratègia d'aquest tipus perquè realment per ser inclusiu no és només la part acadèmica, és el contacte amb els companys. Faria falta més temps”. “Falten, falten recursos. ...L'orientació no té hores. La orientació, tal com està l'alumnat avui en dia, el que ens falten són orientadores...van desbordades”. “El gran problema de la inclusió, fins i tot els centres, són els recursos. ...La llei d'inclusió reconeix els drets, però ens falten els recursos, que són els deures dels polítics. Aquesta part no s'ha complert”.	5
Total citas		11

Nota. El personal directivo se presenta mediante pseudónimos. Elaboración propia (2025).

8.9. Síntesis del capítulo

Dado que se trata de una investigación de carácter mixto con diversas herramientas de recogida de información, la extensión y complejidad de los resultados es considerable. Para facilitar su comprensión, se ha considerado oportuno incluir un apartado específico en el que se sintetizan los resultados más relevantes correspondientes a cada uno de los objetivos específicos de la investigación (Tabla 129).

Tabla 129

Síntesis de los resultados más relevantes según los objetivos de la investigación.

Objetivos específicos	Herramientas	Resultados
1. Identificar cómo los planes generales y programas específicos de los centros educativos consideran la Atención Educativa Domiciliaria.	Documentos. Cuestionarios CIDned. Entrevistas Eidned	- La presencia de programas educativos específicos o de menciones explícitas de Atención Educativa Domiciliaria (AED) fue del 0% en todos los documentos analizados, resultado que coincidió con las descripciones cualitativas de las personas entrevistadas. - De los documentos de centro vinculados indirectamente a la educación a distancia: 1. Los planes COVID-19 se mostraron como documentos residuales de la excepcionalidad originada por la pandemia y no actualizados con una temporalidad de aplicación limitada hasta la finalización del curso 2021-2022. 2. Los planes de estrategia digital presentaron intenciones de mejorar la competencia digital del profesorado y alumnado, los canales de comunicación y los planes de inclusión y acogida digital. Todo lo anterior con una implementación progresiva desde el año 2022 con finalización, dependiendo del caso, en el año 2025, 2026 o 2027.
2. Analizar las necesidades académicas del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria.	Cuestionarios CIDned. Entrevistas Eidned.	- El logro de objetivos de aprendizaje, la actitud y la participación del alumnado se situaron en un nivel intermedio de la escala de frecuencia según la percepción profesional, presentando los valores medios más bajos de los ítems asociados a la identificación de necesidades académicas. Los resultados cualitativos apuntaron a la enfermedad, las competencias del profesorado, así como el soporte de la familia y resto de grupo-clase como los aspectos más relevantes. También se señaló una mejor respuesta a distancia en las actividades gamificadas junto con la necesidad de atender tanto la parte académica como la emocional. - La respuesta de los planes individualizados (PI) y las estrategias educativas a las necesidades socioeducativas del alumnado se situaron en un punto medio de la escala de Likert con una correlación estadísticamente

significativa entre ambas. Las entrevistas coincidieron sobre la necesidad por la elaboración de los PI. Se describieron como documentos donde el equipo educativo puede justificar cualquier medida, pero con una elaboración que representa una carga adicional para el profesorado. Una persona informante indicó que cuando el alumnado tiene previamente este documento es más fácil porque ya está elaborado.

- En caso de **restricción del profesorado domiciliario** por orden médica, todo el personal de orientación entrevistado transmitió una ausencia de protocolos y conocimiento de cómo actuar, manifestando la necesidad de improvisar llegada la situación.

- La **orientación** ofrecida a los agentes implicados por el centro educativo se situó en una frecuencia entre “a menudo” y “casi siempre”. Las pruebas de Friedman mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los agentes con una mayor orientación dirigida al alumnado con valores cercanos para la familia y el profesorado. Las entrevistas coincidieron en la importancia de la orientación para el alumnado y su familia, pero se reflejó una ausencia de forma general en su implementación desde el centro salvo en reuniones de seguimiento. Se describió al profesorado domiciliario como el principal encargado de la orientación, manifestándose como un problema por ser una figura que no siempre dispone del perfil ni el conocimiento.

- La **interacción entre los agentes implicados** indicó una frecuencia sobre la importancia de la comunicación, colaboración y coordinación de “casi siempre” con una tendencia más baja cercana al “a menudo” para el personal profesional externo. Las pruebas de Friedman reflejaron que no hubo diferencias significativas entre los diferentes agentes, considerándose igual de relevantes. Las entrevistas por lo general señalaron al personal de orientación del centro como un referente para todos los agentes, sin embargo, se relató la tendencia de recaer esta función sobre el profesorado domiciliario.

- La **coordinación entre el personal docente del Aula Hospitalaria y el centro educativo** indicó que mejoraba “casi siempre” tanto el desempeño académico como los aspectos socioemocionales del alumnado de AED. La prueba de Wilcoxon mostró una diferencia significativa e indicó que se favorecía en mayor medida el aspecto socioemocional. No obstante, la dimensión cualitativa manifestó que a la práctica no se llevaban a cabo este tipo de coordinaciones.

- La **identificación de necesidades socioeducativas**, según la percepción del personal de orientación se situó en una valoración de “casi siempre”. La prueba U de Mann-Whitney no evidenció diferencias significativas entre la frecuencia en que se realizaba esta identificación con relación a la respuesta de los PI y las estrategias

		educativas. Las entrevistas, salvo una persona informante, señalaron al profesorado domiciliario como la principal herramienta de identificación de necesidades.
3. Detectar los recursos disponibles para satisfacer las necesidades de este tipo de alumnado.	Cuestionarios CIDned. Entrevistas Eidned.	- La respuesta de los recursos humanos, materiales y adicionales a las necesidades del alumnado se situó en una valoración de “a menudo” con una correlación significativa entre la identificación de necesidades socioeducativas y la respuesta de estos recursos. Las pruebas de Friedman mostraron diferencias entre todos los recursos con una mayor percepción sobre la importancia de implementar recursos adicionales y humanos. Las entrevistas describieron tener facilidad de recursos materiales, pero subrayaron un insuficiente profesorado de centro y un personal docente domiciliario que no siempre cumple con el perfil ni formación.
4. Explorar la involucración del entorno familiar en la Atención Educativa Domiciliaria.	Cuestionarios CIDned. Entrevistas Eidned.	- De la involucración de los factores familiares vinculados al desempeño académico se obtuvo una percepción profesional de “casi siempre” con el valor más alto para el apoyo familiar. Respecto a los aspectos socioemocionales los resultados fueron semejantes, pero en este caso el valor más alto fue para el proceso de resiliencia familiar. Las pruebas de Friedman indicaron diferencias significativas entre todas las variables familiares y los valores más altos coincidieron con la valoración de percepción anteriormente apuntada. La prueba de Wilcoxon indicó que no había diferencias entre la relevancia del apoyo familiar para el desempeño académico y los aspectos socioemocionales, siendo igual de importantes. Lo anterior coincidió con el discurso de las entrevistas donde se reafirmó la importancia de las circunstancias familiares tanto a nivel académico como socioemocional. No obstante, manifestaron en ocasiones dificultades entre centro y familia derivados de la desconfianza y falta de coordinación para asistir al domicilio.
5. Conocer la influencia de los factores sociales y personales en la inclusión educativa de este estudiantado.	Cuestionarios CIDned. Entrevistas Eidned.	- Las relaciones sociales que más favorecen al alumnado de AED, tanto académico como socioemocional, son sus amistades seguido de cerca por el estudiantado del grupo-clase. Se mostraron correlaciones significativas entre ambos tipos de relaciones. Las pruebas de Wilcoxon reflejaron que no había diferencias significativas y que los dos tipos de relaciones sociales se consideraban igual de relevantes para favorecer los aspectos académicos y socioemocionales. Todos los discursos cualitativos mostraron una falta de previsión y promoción para las relaciones del alumnado de AED con el grupo-clase y/o amistades. - El apoyo emocional del profesorado y profesionales con la motivación del alumnado de AED se situó en una percepción de “casi siempre”. La prueba de Wilcoxon indicó que el apoyo del profesorado favorecía más su motivación que el del personal adicional. Los

		datos cualitativos reafirmaron los cuantitativos y manifestaron la necesidad de formaciones académicas y perfiles concretos para el personal que atiende este alumnado. - La involucración de los factores personales del alumnado de AED obtuvo valores semejantes para los aspectos académicos y socioemocionales con una frecuencia percibida de “casi siempre”. Las pruebas de Wilcoxon indicaron que no había diferencias significativas, considerándose los factores personales y los procesos de resiliencia del alumnado igual de relevantes a nivel académico y socioemocional. Las entrevistas fueron en línea con estos resultados y estos aspectos fueron descritos por todos los discursos como muy influyentes y condicionantes.
6. Analizar la implementación de los centros educativos para la Atención Educativa Domiciliaria.	Cuestionarios CIdact. Entrevistas EIdact.	- De las medidas de actuación iniciales implementadas de AED por los centros, los resultados se situaron en una frecuencia de “casi siempre”. Se evidenciaron diversas correlaciones significativas, entre las que se destaca la asociación entre la incorporación de AED en los planes generales del centro con la existencia de programas específicos para esta medida, la realización de un análisis previo de necesidades socioeducativas y la elaboración de los PI. En las entrevistas todos los discursos señalaron la necesidad de una ausencia del alumnado superior a 30 días y la certificación médica para considerarse AED, existiendo en todos los casos el soporte del equipo externo de asesoramiento y orientación psicopedagógica para la toma de esta decisión. - En caso de restricción del profesorado domiciliario por orden médica, todo el personal de dirección entrevistado transmitió un total desconocimiento sobre esta posibilidad. Se afirmó explícitamente en todos los discursos una improvisación en el caso de darse esta situación. - En ausencias del alumnado inferiores a 30 días (no considerado AED), se describió el Classroom como la principal estrategia educativa para enviar actividades. Se manifestó que el éxito de esta media dependía de la autonomía, capacidades y circunstancias familiares del alumnado afectado. - En cuanto a la identificación de necesidades socioeducativas, las entrevistas del personal de dirección manifestaron que por lo general no se realizaba esta medida como una actuación sistemática en la AED ni tampoco se consideraba como imprescindible por tratarse de un alumnado del centro que ya conocían. Se señaló al profesorado domiciliario como encargado de transmitir cualquier información importante. Solo una persona informante transmitió la involucración del personal de orientación del centro en la identificación de necesidades.

- Los **planes individualizados (PI)** no fueron descritos por la dirección como documentos que requirieran de contenido específico de AED, siendo definidos como un plan que no se diferencia de cualquier otro alumnado y que se centra principalmente en modificaciones relacionadas con las actividades educativas y la evaluación. Dos informantes apuntaron que no se realizaba un PI si el alumnado afectado ya disponía de uno previo.
- Respecto a los ítems asociados a la **organización de los agentes implicados**, la frecuencia media se situó en “casi siempre” con algunos valores cercanos a “siempre”, salvo para la consideración del alumnado del grupo-clase con “casi nunca”. Las pruebas de Friedman indicaron diferencias entre los agentes con la comunicación de funciones de AED y establecimiento de pautas de comunicación, evidenciando una menor frecuencia de acciones dirigidas al alumnado que continúa asistiendo al centro. Asimismo, para las pautas de colaboración y coordinación de los agentes implicados se reflejó menos acciones dirigidas al personal externo. Las entrevistas no reflejaron una organización claramente planificada, manifestando que todo el personal mantenía las mismas funciones, siendo los responsables de las comunicaciones la tutoría, orientación y docente domiciliario.
- La **orientación de los agentes implicados**, los valores se situaron en todos los casos en “casi siempre”, salvo para los ítems del resto del alumnado del grupo-clase con “casi nunca”. Las pruebas de Friedman mostraron diferencias significativas con una percepción de asesoramiento y orientación más alta para el alumnado de AED y la más baja para el resto del alumnado. Respecto a la orientación del proceso de resiliencia para el alumnado y su familia, la prueba de Wilcoxon no evidenció diferencias, considerándose igual de importante para ambos. Las correlaciones mostraron asociaciones significativas entre la orientación al alumnado y familia con la oferta de orientación para el proceso de resiliencia de estos. Los resultados cualitativos describieron ofrecer siempre orientación principalmente desde el personal de orientación sin entrar en cuestiones psicológicas. Se manifestó falta de tiempo, orientaciones sobre todo iniciales y la mención del profesorado domiciliario como un elemento clave.
- El establecimiento de **horarios, métodos, participación sincrónica y recursos** se situaron en todos los ítems del cuestionario en “casi siempre” salvo en la participación entre el alumnado domiciliado y el aula con “casi nunca”. De la relación entre estas variables con la frecuencia de identificación de necesidades, la prueba de U Mann-Whitney solo mostró diferencias significativas en la facilitación de recursos por parte del centro. Las entrevistas describieron que los

		horarios domiciliarios se establecían según disponibilidad de la familia y con un máximo de seis horas semanales, manifestando que su aprovechamiento dependía del perfil del alumnado. Los <u>métodos de enseñanza y aprendizaje</u> se definieron dependientes de las necesidades detectadas y bajo la responsabilidad principalmente del profesorado domiciliario. De la <u>participación entre alumnado y grupo-clase</u> ninguno de los discursos manifestó tener estrategias previstas, siendo descrito en un discurso como una medida no prioritaria por tener más importancia centrarse en las capacidades individuales. Respecto a la <u>disponibilidad y acceso a materiales necesarios</u> se definieron sin problemas, subrayándose que la dificultad no era material, sino de conseguir más personal.
7. Explorar la adaptabilidad de las estrategias educativas para dar respuesta a este alumnado.	Cuestionarios CIdact. Entrevistas EIdact.	- La revisión, actualización y cambios relativos a la AED fueron situados en la estadística descriptiva en una frecuencia media de “casi siempre”. Las correlaciones de estos ítems reflejaron una fuerte asociación entre la revisión de estrategias educativas y su actualización. Las entrevistas describieron que la <u>revisión</u> de los PI era por normativa trimestral con independencia del motivo. Solo una persona informante manifestó que se efectuaba una supervisión semanal con apoyo del profesorado domiciliario. En cuanto al <u>tiempo necesario para implementar cambios</u> se describió de una semana tras la toma de decisión.
8. Conocer la evaluación de los centros educativos para la Atención Educativa Domiciliaria.	Cuestionario CIdact. Entrevistas EIdact.	- La facilitación de canales de retroalimentación por los centros se situaron en una valoración de “casi siempre”. La realización de evaluaciones y cambios en base a estas se situaron en frecuencias de “a menudo”. Las correlaciones mostraron asociaciones significativas entre la frecuencia de facilitar canales, llevar a cabo evaluaciones y cambios. La prueba U de Mann-Whitney mostró que contra mayor frecuencia de evaluaciones sobre la planificación de AED, mayor era la frecuencia de cambios en esta. Las entrevistas no coincidieron con los resultados cuantitativos. Ninguna de las personas informantes indicó la existencia de mecanismos ni estrategias para promover la <u>retroalimentación</u>. En cuanto a la frecuencia de <u>revisiones y evaluaciones</u>, todas las entrevistas indicaron una total ausencia de planificación para la AED, por lo que no se generó ninguna aportación explícita a su respecto.
- Resultados inductivos de carácter transversal (Inclusión educativa del alumnado de AED).	Entrevistas EIdned. Entrevistas EIdact.	- Los discursos del <u>personal de orientación</u> manifestaron que las actuales medidas de respuesta no garantizaban la inclusión educativa de este alumnado, siendo descrito de forma general como una situación de segregación y en ocasiones de exclusión. Como principales problemáticas se subrayaron la falta de tiempo del profesorado, inadecuada coordinación del centro y ausencia de esta previsión en los planes de atención a la diversidad.

		- Los discursos del <u>personal de dirección</u> coincidieron y describieron la AED de forma general como una respuesta no inclusiva y segregadora. Como dificultades se destacó la complejidad del alumnado en un sistema educativo todavía no preparado, la necesidad de mejor coordinación y actividades adecuadas para no excluir al alumnado afectado del grupo-clase, así como la falta de tiempo del personal docente.
--	--	--

Nota. Elaboración propia (2025).

Bloque V. Propuestas de mejora

Capítulo 9. Propuestas de mejora para la respuesta de los centros educativos en la Atención Educativa Domiciliaria

Introducción al capítulo

Tomando como referentes el marco teórico y los resultados de la presente investigación, en los siguientes tres apartados de este capítulo se presentan algunas recomendaciones de mejora como orientaciones prácticas relativas a la identificación de necesidades socioeducativas, el asesoramiento y orientación, y la organización e implementación de la Atención Educativa Domiciliaria (AED).

Es relevante resaltar que durante la recogida y el análisis de la información se ha manifestado una limitación de recursos humanos en muchos centros educativos para dar respuesta a ese tipo de necesidades. En este sentido, se reconoce el esfuerzo que realiza el personal docente, dado que a menudo debe asumir funciones que exceden el tiempo y las responsabilidades habituales de su labor. Sin embargo, esta realidad no debería invisibilizar la necesidad de avanzar hacia una respuesta más inclusiva para el alumnado de AED, sino por el contrario, subrayar la importancia de diseñar y aplicar protocolos específicos de centro que pauten tanto las actuaciones deseadas como las medidas oportunas para garantizar la calidad e inclusión educativa de este alumnado.

Por lo tanto, las orientaciones que se plantean a partir de esta investigación buscan, desde una perspectiva de inclusión educativa, ofrecer un marco de referencia que facilite a los centros educativos a elaborar herramientas más sistemáticas y capaces de responder a las necesidades socioeducativas del alumnado de AED.

9.1. Identificación de necesidades socioeducativas en Atención Educativa Domiciliaria

Se considera indispensable la realización de un análisis inicial que permita identificar las necesidades socioeducativas de este alumnado. Esta valoración debe incluir como mínimo los aspectos asociados al estado de salud y a los condicionantes médicos (revisión del informe médico), la dimensión académica y los factores familiares, sociales y psicológicos.

En la Tabla 130 se desarrollan estas dimensiones con mayor profundidad, incorporando sus aspectos clave junto con observaciones y ejemplos que facilitan su comprensión y sirven como orientaciones.

Tabla 130

Principales aspectos del análisis inicial para la identificación de necesidades socioeducativas en AED.

Dimensión	Aspectos clave a valorar	Observaciones / ejemplos
Estado de salud y condicionantes médicos (Análisis del informe médico).	Condicionantes derivados de la enfermedad o convalecencia.	Posible fatiga, restricciones físicas, limitaciones cognitivas, etc.
	Requisitos médicos específicos aplicables al contexto educativo.	Posible necesidad de que el profesorado esté vacunado, utilización de mascarilla, etc.
	Implicaciones organizativas.	Temporalidad, la posibilidad de acceso presencial del profesorado al domicilio o la necesidad de limitar la intervención solo virtual (ej. algunas enfermedades infecciosas).
	Viabilidad de asistencia parcial al centro educativo.	En función de la evolución del alumnado de AED, ya sea en horas sueltas, días parciales o jornadas completas.
Dimensión académica.	Etapas educativas y nivel de competencia del alumnado.	Necesidades variables según edad y características personales.
	Seguimiento de la trayectoria del alumnado.	Valoración de interrupciones anteriores vinculadas a ingresos hospitalarios (Aula Hospitalaria) o ausencias prolongadas.
	Presencia o ausencia de un plan individualizado (PI).	En caso de PI previo, puede servir como orientación de necesidades específicas ya detectadas y sobre medidas de atención a la diversidad hasta el momento de la AED (siempre se debe modificar y adaptar). En caso de ausencia debe elaborarse un PI.
	Materias y aprendizajes prioritarios.	Garantizar durante el período de enfermedad o convalecencia, evitando la sobrecarga y priorizando los contenidos esenciales.
	Capacidad de adaptación de actividades educativas.	Valorar la necesidad de flexibilizar metodologías, tiempos de dedicación y modalidades de evaluación.
	Uso de recursos tecnológicos y materiales didácticos accesibles.	Valorar la continuidad del proceso de aprendizaje desde el domicilio y de manera virtual.
Factores familiares.	Condiciones del espacio físico en el domicilio.	Verificar la existencia de un lugar adecuado para el estudio del alumnado y la intervención educativa.
	Disponibilidad de recursos materiales y tecnológicos,	Ordenador, conexión a internet, material educativo básico, etc.

	Nivel educativo y capacidad de apoyo de la familia.	Puede facilitar o dificultar tanto la continuidad del aprendizaje como los aspectos socioemocionales del alumnado afectado.
	Grado de implicación y apoyo emocional de la familia.	Valorar la fortaleza o posibles limitaciones en el acompañamiento diario del alumnado.
	Proceso de resiliencia familiar.	Identificar tanto fortalezas como debilidades asociadas a la vivencia de la enfermedad prolongada del alumnado.
	Situación socioeconómica y posibles indicadores de vulnerabilidad.	Algunas situaciones pueden requerir la coordinación con los servicios sociales para garantizar apoyos complementarios.
Factores sociales.	Relaciones con el grupo-clase y amistades dentro del centro educativo.	Identificar el grado de vinculación actual con el resto del alumnado y la necesidad de mantener su contacto para prevenir la exclusión social.
	Amistades fuera del centro educativo.	Pueden contribuir un apoyo emocional relevante durante el periodo de enfermedad o convalecencia.
	Otras personas significativas de su entorno cercano.	Familiares de fuera del domicilio, personas vecinas u otras que forman parte de su entorno social habitual.
Factores psicológicos.	Rasgos de personalidad, comportamientos habituales y hábitos de vida.	Pueden influir en la forma de afrontar y adaptarse tanto a la enfermedad o convalecencia como a la atención educativa.
	Aspectos emocionales.	Pueden requerir de atención específica, por ejemplo, la ansiedad, tristeza, frustración o desmotivación.
	Procesos de resiliencia.	Valorar la capacidad del alumnado de AED para adaptarse y superar las dificultades derivadas de su situación.
	Interacción bidireccional entre dimensiones.	Valorar posible interacción entre factores psicológicos, enfermedad o convalecencia, y dimensiones académica y social.

Nota. Elaboración propia (2025).

9.2. Asesoramiento y orientación educativa en Atención Educativa Domiciliaria

La dirección del centro educativo, la persona responsable de la tutoría y el personal de orientación desempeñan un papel esencial en el acompañamiento tanto del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria (AED) como de sus familias. De los anteriores agentes, en esta investigación se subraya la relevancia del personal de orientación, por su perfil y formación especializada, como la figura que debería asumir la función central en el seguimiento y la orientación de los procesos de AED.

En la Tabla 131 se presentan las principales personas implicadas (el alumnado de AED, la familia, el personal docente del centro educativo, el profesorado domiciliario y otros agentes vinculados), así como algunos aspectos generales de corte transversal. Se desarrollan las indicaciones asociadas a cada uno de ellos como parte del asesoramiento y orientación proporcionados por el centro educativo en AED.

Tabla 131

Principales agentes implicados e indicaciones asociadas al asesoramiento y orientación del centro educativo en AED.

Agentes implicados	Indicaciones	Observaciones
Alumnado de AED.	Objetivos académicos.	Explicar cuáles serán las prioridades y cómo se organizará su trabajo académico durante el tiempo que dure la AED.
	Características personales.	La intervención debe dirigirse en función de las particularidades individuales del alumnado como, entre otras, la personalidad, actitud o motivación.
	Apoyo emocional y resiliencia.	Ayudar al alumnado a gestionar sus emociones derivadas de la enfermedad o convalecencia, reforzando los procesos de resiliencia y la confianza en sus capacidades.
	Relaciones sociales, motivación e implicación.	Promover las relaciones con su grupo-aula y con sus amistades. Orientar su participación en las actividades educativas (adaptadas a sus posibilidades reales).
Familia del alumnado de AED.	Asesoramiento y orientación de forma continuada.	No debe depender de que la familia lo solicite, el centro educativo debe ofrecerlo de forma sistemática y accesible a lo largo de toda la AED (no limitarse solo al inicio del proceso).
	Necesidades socioeducativas.	La orientación debe adaptarse a las circunstancias concretas del hogar y de cada familia.
	Apoyo académico, emocional y resiliencia	Resolver dudas, inquietudes y preocupaciones derivadas del proceso de AED (no solo académicas). Valorar sus esfuerzos y favorecer un clima de confianza y apoyo mutuo con el centro educativo.
	Acompañamiento familiar hacia el alumnado de AED.	Asesorar y promover el apoyo en las rutinas de estudio, motivación y comunicación tanto con el centro educativo como en sus relaciones con el grupo-aula y amistades.
Personal docente del centro educativo.	Información del alumnado de AED.	Transmitir información y asesorar al profesorado sobre la afectación de salud, situación socioeducativa y sus implicaciones.

	Intervención y coordinación entre profesorado.	Ofrecer al profesorado pautas y orientaciones coherentes sobre las intervenciones previstas para dar respuesta a esta atención (se debe evitar la ausencia de pautas dejando que el personal continúe con su rol habitual de centro). Algunos ejemplos son la adaptación de contenidos, estrategias educativas, evaluación, apoyo emocional, comunicación, etc. Se subraya el apoyo socioemocional como aspecto prioritario, el profesorado habitual debe participar activamente como una voz conocida (el personal docente domiciliario suele ser externo y desconocido por el estudiantado).
	Comunicación al grupo-clase.	Orientación sobre cómo transmitir la situación al resto del alumnado de manera respetuosa, sensible y promoviendo la inclusión del alumnado de AED.
	Vínculo socioeducativo.	Orientación sobre las estrategias para fomentar y mantener relaciones significativas entre el grupo-clase y el alumnado de AED.
Personal docente domiciliario	Información del alumnado de AED.	Transmitir información y asesoramiento sobre la afectación de salud y situación socioeducativa, así como orientación sobre las estrategias educativas y medidas en general previstas por el centro educativo.
	Coordinación con el centro educativo.	Cómo colaborar y coordinarse con el personal docente del centro, destacando principalmente la tutoría del alumnado afectado y el equipo de orientación.
	Aspectos académicos y apoyo emocional.	Indicaciones que ayuden tanto a establecer un vínculo de confianza con el alumnado como a orientar a la familia sobre estos aspectos.
	Acompañamiento durante todo el proceso.	Asesoramiento y orientación continua por parte del centro educativo para garantizar que el personal docente domiciliario recibe el apoyo necesario y no asume la función y responsabilidad total de la AED.
Otros agentes implicados.	Resto del alumnado del grupo-clase.	Informar sobre la situación del alumnado afectado. Asesorar y orientar sobre la inclusión con aspectos como la empatía, comunicación y mantenimiento de las relaciones sociales.
	Profesionales adicionales.	Algunos equipos pueden actuar directamente con el alumnado de AED

		(psicología, fisioterapia, trabajo social). Es conveniente considerar como mínimo las orientaciones básicas del centro sobre coordinación.
Aspectos generales.	Comunicación, colaboración y coordinación.	La relación entre el equipo docente y los distintos agentes implicados es fundamental para favorecer tanto el desempeño académico como los aspectos socioemocionales de este alumnado. Debe asesorarse y orientarse a todas las personas involucradas de manera sistemática para garantizar un trabajo conjunto y eficaz entre ellas.
	Reincorporación al centro educativo.	Asesorar y orientar a todas las personas involucradas de todos los aspectos relacionados con los procesos de reincorporación al centro, con especial atención sobre la comunicación y coordinación.
	Posible fallecimiento del alumnado de AED.	En caso de fallecimiento del alumnado afectado, es fundamental la comunicación entre la familia y el centro educativo, así como con el resto del alumnado desde una información adecuada y de respeto.

Nota. Elabotación propia (2025).

9.3. Aspectos organizativos y de implementación en Atención Educativa Domiciliaria

Se considera necesaria la elaboración e incorporación de programas educativos específicos de Atención Educativa Domiciliaria (AED) en los centros. Estos documentos deben diseñarse en base a la autonomía de cada institución y tomando como referencia las etapas habituales de un programa educativo: diagnóstico (análisis del contexto, características del centro y del alumnado, recursos disponibles), diseño (objetivos, metodología, cronología, recursos necesarios), implementación (métodos, estrategias, actividades educativas) y evaluación (criterios e instrumentos de valoración).

La finalidad de estos programas es establecer una base común para orientar la intervención de este alumnado. Sin embargo, la singularidad de cada caso exige complementarse con un plan individualizado (PI) que contemple de manera específica las necesidades socioeducativas derivadas de su situación médica, académica, social y psicológica. En los casos en que el alumnado ya dispusiera de un PI, este debe ser revisado y adaptado, dado que la atención domiciliaria puede requerir consideraciones distintas a las previstas en el entorno del centro educativo.

En la Tabla 132 se presentan con mayor detalle algunas de las principales indicaciones y orientaciones sobre los aspectos organizativos y de implementación del centro educativo, los recursos humanos y materiales, así como la revisión y evaluación del proceso de AED.

Tabla 132

Principales orientaciones relativas a los aspectos organizativos y de implementación del centro educativo en AED.

	Indicaciones	Observaciones
Aspectos organizativos y de implementación.	Valoración inicial de AED.	Reunión del equipo de atención a la diversidad junto al personal de asesoramiento y orientación psicopedagógica para analizar la situación y determinar medidas. Identificación de necesidades socioeducativas del alumnado. Valoración conjunta sobre la viabilidad y posible petición de personal docente domiciliario.
	Estrategia de centro.	Elaboración o revisión de un plan individualizado que presente la nueva situación del alumnado de AED, garantizando continuidad y coherencia con las medias previas (si existían) y adaptando los objetivos, recursos y temporalización. Incorporar metodologías y actividades educativas, con especial relevancia en aquellas que favorezcan la participación sincrónica del alumnado con su grupo-aula. Tanto los horarios establecidos al alumnado como todas las medidas implementadas deben ser acordes con el análisis de necesidades socioeducativas realizado en la fase inicial.
	Definición de funciones.	Comunicación y pautas a todos los agentes implicados de las funciones esperadas en el proceso de AED. Reforzar el papel del equipo de atención a la diversidad, en especial el personal de orientación, como agentes esenciales en el asesoramiento y orientación de todas las personas involucradas, considerando también el apoyo emocional y resiliencia tanto del alumnado como de su familia. Se subraya la importancia por mantener una relación durante todo el proceso entre el personal docente del centro y el alumnado de AED.
	Vías de comunicación y coordinación.	Establecimiento de vías de comunicación por donde se llevará a cabo el proceso de AED (plataformas, teléfonos, correos electrónicos, reuniones periódicas, etc.).

		Definición de pautas para garantizar la colaboración y coordinación de la información transmitida entre el personal profesional involucrado, la familia y el alumnado.
Recursos humanos y materiales.	Asignación de horas específicas del profesorado.	Evitar que la atención del alumnado de AED dependa únicamente de la sobrecarga del profesorado del centro. Establecer a todo el personal implicado unas horas específicas para los aspectos vinculados a la AED.
	Perfil y formación del personal docente domiciliario.	El personal docente domiciliario no siempre dispone del perfil ni formación en AED. Se debe establecer un asesoramiento y orientación sistemática a lo largo de todo el proceso. Cabe destacar la posibilidad de que no exista este tipo de personal docente por restricción médica de visitas externas (ej. algunas enfermedades infecciosas). Las medidas socioeducativas previstas por el centro educativo para la AED no pueden depender solo en torno a la presencialidad de esta figura profesional en el domicilio.
	Formación específica del personal docente del centro.	Promover acciones formativas para el personal docente del centro educativo para saber abordar los procesos de AED. La formación debería incluir aspectos pedagógicos, sociales y emocionales vinculados a la AED, así como dominio de recursos digitales de conexión tanto sincrónica como asincrónica.
	Recursos materiales mínimos.	Garantizar que el alumnado disponga de dispositivos tecnológicos adecuados y de conexión a internet. Se debe prever material adaptado cuando existan necesidades específicas derivadas de su situación personal.
Revisión y evaluación del proceso.	Seguimiento de AED.	Establecer revisiones con la participación del equipo docente implicado y la familia. Comprobar si las estrategias educativas dan respuesta a los objetivos establecidos y a las necesidades socioeducativas del alumnado de AED. En caso de nuevas necesidades, reajustar las medidas oportunas en el mínimo tiempo posible.
	Retroalimentación de todos los agentes implicados.	Recoger de forma sistemática la percepción del personal docente implicado y de la familia (satisfacción, dificultades, propuestas de mejora). La comunicación de

		esta retroalimentación no puede depender de la espontaneidad de estas personas, sino que debe promoverse por el centro de forma cercana, accesible y constante.
	Evaluación final.	Al finalizar, realizar una valoración de todo el proceso de AED con la implicación de todos los agentes relevantes (personal docente de centro y domiciliario, familia y alumnado). Esta valoración junto a un breve informe de conclusiones debe servir para identificar aprendizajes que fortalezcan y orienten futuras planificaciones y actuaciones.

Nota. Elabotación propia (2025).

Bloque VI. Conclusiones y líneas futuras

Capítulo 10. Conclusiones, limitaciones y líneas futuras de investigación

Introducción al capítulo

En este último capítulo se exponen las conclusiones de la investigación en relación con los objetivos específicos, acompañadas de una breve discusión de los hallazgos más relevantes, así como de una síntesis que conduce a las conclusiones finales.

Posteriormente, se presentan en un segundo apartado las limitaciones del estudio y las posibles líneas futuras de investigación.

10.1. Conclusiones de la investigación

El objetivo de esta investigación es evaluar la realidad socioeducativa del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria (AED) en los centros educativos públicos de secundaria obligatoria de la provincia de Barcelona desde una perspectiva inclusiva. Con base en este propósito, a continuación se describen las conclusiones obtenidas en relación con los objetivos específicos del estudio.

1. Se constata la ausencia de programas educativos específicos o de menciones explícitas de la AED en los documentos internos de los centros. Los únicos protocolos bien definidos y disponibles son los proporcionados por el Departamento de Educación para la solicitud y gestión del servicio. La identificación en algunos casos de documentos dirigidos a promover la dotación y formación digital a medio o largo plazo son la única aproximación encontrada que se puede relacionar como una medida indirectamente vinculada a la educación a distancia.

En consecuencia, se concluye que los centros educativos de la provincia de Barcelona no disponen de una planificación específica para la AED. Esta afirmación coincide con estudios previos que ya señalaban esta carencia (Fernández Pascual, 2023, 2024) y contrasta con el posicionamiento de la presente investigación que comparte las recomendaciones presentes en la literatura respecto a la necesidad de elaborar documentos específicos que orienten el cumplimiento de criterios comunes y garanticen una intervención o acción psico-socioeducativa adaptada para este alumnado (Molina Garuz et al., 2019; Violant, 2015).

2. Los planes individualizados (PI) y las estrategias educativas implementadas por los centros no siempre responden a las necesidades socioeducativas de este alumnado, siendo la actitud, la participación y el logro académico los aspectos que presentan mayores carencias.

Por otra parte, aunque se evidencia cierta intención de interacción y asesoramiento por parte del personal de orientación hacia los agentes implicados, los datos permiten reconocer la existencia de dificultades organizativas en los centros educativos para llevar a cabo la AED. Esta situación se manifiesta en la fuerte dependencia hacia la figura del profesorado domiciliario sobre quien recae un exceso de responsabilidad en la identificación de necesidades, el seguimiento académico, el asesoramiento y la orientación, a menudo sin disponer del perfil ni la formación necesaria. Asimismo, la información recabada revela el desconocimiento del profesorado del centro ante la posibilidad de que no exista esta figura por restricción médica, siendo una situación que ante la ausencia de protocolos específicos produce una improvisación.

Del mismo modo, cuando la AED se origina tras un ingreso hospitalario, se evidencia la percepción de una relación positiva entre la coordinación del centro con el Aula Hospitalaria y la evolución tanto académica como socioemocional del alumnado. Sin embargo, se constata la inexistencia de previsiones y actuaciones que favorezcan este tipo de transiciones e interacciones.

A partir de todo lo apuntado, puede afirmarse que los centros educativos no satisfacen plenamente las necesidades socioeducativas del alumnado de AED tanto por la falta de protocolos de actuación y organización claramente definidos como de planes individualizados y estrategias educativas adecuadamente adaptadas a las características del estudiantado afectado y a su contexto.

Este escenario se considera preocupante en este estudio, coincidiendo con trabajos previos que ya señalaban un uso inadecuado de los planes individualizados tanto para el alumnado de AED (Fernández Pascual, 2023) como para otras necesidades específicas de apoyo educativo (Ruiz Andrés, 2020). En este sentido, de acuerdo con la literatura, se resalta la importancia de considerar tanto los aspectos comunes como las particularidades

individuales y requerimientos específicos (Lizasoáin, 2021; Molina Garuz et al., 2019; Violant, 2015; Violant et al., 2009, 2011).

3. En cuanto a los recursos disponibles en los centros, aunque los humanos, materiales y los apoyos adicionales no previstos son elementos imprescindibles, ninguno de ellos por sí solo garantiza siempre la respuesta educativa del alumnado de AED. Entre los anteriores, destaca la falta de personal docente como la principal problemática que repercute directamente en la capacidad de los centros educativos para analizar y atender las necesidades socioeducativas de este alumnado, siendo una carencia que incrementa la dependencia del centro educativo respecto al profesorado domiciliario tanto para la identificación de necesidades como para su comunicación al centro.

En este sentido, los resultados permiten concluir que, aunque los recursos materiales no representan actualmente un obstáculo, su mera disponibilidad tampoco garantiza la respuesta educativa sin la imprescindible dotación de personal docente. La limitación de recursos humanos no solo limita la capacidad de los centros para responder a las necesidades organizativas y socioeducativas del alumnado afectado, sino que también evidencia un desajuste respecto a los aspectos señalados en la literatura, donde se destaca el importante papel del personal docente y, en particular, del personal de orientación (Bobadilla Pinto et al., 2013; Bocanegra, 2020; Latorre Medina & Blanco Encomienda, 2010; Ortiz, 1999).

A este respecto, aunque en este estudio se reconoce la existencia de esta problemática, también se considera relevante subrayar que esta barrera no puede servir como un motivo para eludir la obligación de los centros como principales responsables de la inclusión educativa de todo su alumnado, sino que debe resaltar la importancia de diseñar y planificar con antelación las estrategias organizativas que garanticen la implementación de la AED.

4. La gran mayoría de los factores vinculados a la familia interaccionan casi siempre con el alumnado de AED, destacando especialmente la influencia del apoyo familiar para favorecer su desempeño académico y la del proceso de resiliencia de la familia para los aspectos más socioemocionales. Todo lo anterior manifestado desde realidades diferentes y, en ocasiones, con situaciones sociales complicadas e incluso precarias que pueden generar dificultades al centro educativo para llevar a cabo su respuesta educativa.

En este sentido, los resultados permiten concluir que el papel de la familia es un componente esencial en la inclusión educativa del alumnado de AED y, por lo tanto, se considera imprescindible analizar sus principales características como parte del proceso de identificación de necesidades socioeducativas con la finalidad de tomar las acciones y medidas correspondientes, entre las que se incluye el asesoramiento y la orientación. Estas afirmaciones van en línea con lo señalado por la literatura, dado que las competencias parentales, el proceso de resiliencia y la participación activa son aspectos habitualmente defendidos para poder alcanzar el desarrollo completo de este alumnado (Bobadilla Pinto et al., 2013; Grau Rubio & Fernández Hawrylak, 2010; Máiquez et al., 2004; Violant et al., 2011).

5. Existe una influencia entre las relaciones mantenidas del alumnado de AED con su grupo-clase y amistades, y la mejora de su desempeño académico y aspectos socioemocionales. Sin embargo, los datos evidencian que los centros educativos no prevén ni promocionan de forma sistémica este tipo de interacciones sociales.

En coherencia con esta necesidad identificada, se constata que los centros no contemplan medidas específicas orientadas a garantizar la continuidad de las relaciones sociales del estudiantado domiciliado con sus iguales. Esta circunstancia también se considera especialmente preocupante, dado que contradice el principio de socialización que la literatura reconoce como un elemento esencial para la inclusión educativa de este

alumnado (Bobadilla Pinto et al., 2013; De la Herrán Gascón, 2022; Grau Rubio & Fernández Hawrylak, 2010; Lizasoáin, 2021).

6. De la implementación de AED en los centros educativos se revela que, aunque con un alcance limitado, se suelen aplicar algunas medidas comunes destinadas a garantizar la continuidad de este alumnado. No obstante, las actuaciones del personal docente para llevarlas a cabo reflejan dificultades organizativas que coinciden con las necesidades socioeducativas identificadas en los anteriores puntos.

Cabe destacar que las medidas de respuesta de los centros solo se activan en las AED reconocidas oficialmente, dejando sin atención específica al alumnado con ausencias intermitentes inferiores a 30 días que dependen de la iniciativa del profesorado y del apoyo familiar. Asimismo, la identificación de necesidades carece de una sistematización y recae principalmente en el profesorado domiciliario, así como los PI tienden a centrarse en los contenidos y no en las barreras de presencia y participación como así lo defiende la literatura (Ainscow, 2020; Díaz López & Pinto Loría, 2017; Echeita Sarrionandia, 2017; Ruiz Andrés, 2020).

Por otro lado, la organización de los centros en relación con los distintos agentes implicados presenta una estructura poco definida con mecanismos de comunicación limitados al personal profesional y una coordinación débil que depende nuevamente del profesorado domiciliario. Aunque los horarios, los recursos materiales y métodos de enseñanza-aprendizaje parecen responder a las necesidades académicas, las estrategias educativas para fomentar la participación sincrónica y el sentido de pertenencia del alumnado afectado son inexistentes, siendo una situación que refuerza la tendencia observada en conclusiones previas acerca de la escasa atención que los centros prestan a las interacciones sociales del alumnado ausente.

En lo que respecta al asesoramiento y orientación, las actuaciones suelen recaer principalmente sobre el profesorado domiciliario, centrándose sobre todo en un enfoque académico y dejando en segundo plano la atención de las dimensiones psicosociales y de resiliencia que diversas autorías destacan como esenciales (Bobadilla Pinto et al., 2013; Grau Rubio & Fernández Hawrylak, 2010; Lizasoáin, 2021).

7. En relación con la adaptabilidad de los centros educativos para las revisiones, las actualizaciones y los cambios relativos a la AED, se observa que los PI se revisan trimestralmente por normativa, de igual modo que ocurre con cualquier otro alumnado que disponga de este tipo de planes. En la práctica cotidiana, los centros parecen mostrar una cierta disposición a valorar y realizar modificaciones semanales basadas en las observaciones del profesorado domiciliario.

A partir de lo anterior, puede afirmarse que la intención de adaptación de los centros educativos ante nuevas circunstancias se puede considerar funcional en términos generales. Sin embargo, se constatan dos aspectos preocupantes, por una parte, la dependencia predominante del profesorado domiciliario como principal responsable de esta detección y, por otro lado, la ausencia de protocolos que permitan ajustes más sistemáticos y eficaces que aseguren la adaptación continua de las estrategias educativas a las nuevas necesidades individuales del alumnado de AED (Bobadilla Pinto et al., 2013; Lizasoáin, 2021; Molina Garuz et al., 2019; Violant, 2017).

8. Los análisis han revelado una relación entre las evaluaciones de la AED realizadas por los centros educativos y la aplicación de modificaciones para la mejora de esta atención. No obstante, aunque los centros describen esta práctica como habitual, se constata que no responde a un procedimiento planificado ni se desarrolla de forma sistemática.

A este respecto, se concluye que los centros no disponen del diseño de mecanismos de recogida de la información, indicadores o criterios que permitan llevar a cabo un análisis

de resultados. Esta situación evidencia la ausencia de una fase considerada imprescindible para la emisión de juicios de valor y, en coherencia, para la correspondiente toma de decisiones de mejora en futuras intervenciones (Scriven, 1967; Stake, 1975; Stufflebeam et al., 1987).

9. Del conjunto de las conclusiones expuestas se da respuesta al último objetivo específico formulado en esta investigación, constatándose que las medidas implementadas por los centros educativos no responden de manera adecuada a las necesidades socioeducativas del alumnado de AED.

Asimismo, la información obtenida por vía inductiva refuerza esta conclusión al evidenciar que, desde la perspectiva del personal docente, aún no se logra alcanzar la inclusión educativa para el alumnado de AED. En este sentido, los centros reconocen la existencia de limitaciones y falta de planificación específica que todavía sitúan a este estudiantado en una posición más próxima a la segregación que a la inclusión. Este escenario es preocupante, dado que este alumnado se sitúa ante un posible riesgo de vulnerabilidad socioeducativa e incluso exclusión sobre todo en los casos de AED de larga duración. Esta situación destaca especialmente por contrastar tanto con el posicionamiento de este estudio como desde los principios ampliamente respaldados por la literatura para garantizar la inclusión educativa de todo el alumnado sin excepción (Aguilera et al., 2023; Ainscow, 2020; Ainscow et al., 2006; Echeita Sarrionandia, 2017).

En síntesis, y como conclusión general de esta investigación, se establece que el alumnado de AED se encuentra ante una realidad socioeducativa representada por unas características personales, familiares y contextuales que requieren respuestas educativas altamente adaptadas, flexibles y coordinadas. Sin embargo, los resultados reflejan que los centros educativos, aunque presentan una voluntad de respuesta, no disponen de una

planificación específica ni de una organización bien establecida que garantice los principios de la educación inclusiva.

En consecuencia, las conclusiones derivadas de este estudio evidencian una doble problemática. Por una parte, la falta de detección y respuesta ajustada a las necesidades socioeducativas del alumnado de AED, influida por la ausencia tanto de programas educativos como de cualquier tipo de planificación específica, la falta de recursos humanos, y la relativa adaptación en los PI. Así como, por otro lado, la insuficiente capacidad de los centros educativos para implementar, coordinar y evaluar de forma adecuada todos los aspectos relacionados con la AED.

La combinación de ambas problemáticas refleja un diagnóstico socioeducativo donde se constata que la realidad del alumnado de AED está marcada, en primer lugar, por un sistema educativo que garantiza su inclusión educativa en sus textos legales, pero que a la práctica no está preparado para complementar a los centros con los apoyos necesarios. En segundo lugar, por unos centros educativos que se excusan principalmente en esta carencia y descuidan algunas de sus obligaciones como últimos responsables de garantizar con sus buenas prácticas la inclusión educativa de todo su alumnado con independencia de sus circunstancias.

Estos resultados resaltan la importancia que radica en continuar trabajando por mejorar este tipo de atención. Desde el posicionamiento de esta investigación, el reto consiste en transformar la AED en una práctica educativa que no dependa de la excepcionalidad, sino que forme parte de la cultura inclusiva de los centros educativos.

10.2. Limitaciones y líneas futuras de investigación

La presente investigación se ha desarrollado siguiendo una secuencia cuidadosamente planificada entre las diferentes etapas del estudio, procurando mantener la

coherencia metodológica en cada decisión con el propósito de garantizar el rigor y la pertinencia de los resultados. Sin embargo, como ocurre en toda investigación, surgieron algunas limitaciones que conviene reconocer, no como debilidades del estudio, sino como una parte inherente del proceso que permite mejorar la comprensión de los resultados y la oportunidad de diseñar futuras líneas de investigación.

La primera limitación del estudio surge como parte de la propia realidad del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria (AED). El objetivo inicial de la investigación consistía en evaluar la efectividad de la AED en los centros educativos, sin embargo, la ausencia generalizada de programas o planes específicos en esta materia impidió llevar a cabo este enfoque. Ante esta situación, se optó por un planteamiento de carácter diagnóstico que permitiera evaluar la realidad socioeducativa de este alumnado y establecer una base sólida para futuras investigaciones en este ámbito.

Como segunda limitación, se destaca la falta de estudios previos centrados en la realidad socioeducativa de este alumnado y en la implementación de los centros educativos en AED. La revisión bibliográfica evidenció una marcada tendencia investigadora centrada principalmente en el Aula Hospitalaria que, aunque comparte algunos aspectos comunes con la AED, se implementa en un contexto con características y requerimientos diferentes. A pesar de que esta limitación representó un desafío para la elaboración del marco teórico, se reconoce también como una brecha en la literatura que puede dar lugar a nuevas líneas de investigación.

Otra de las limitaciones surgió durante el diseño del muestreo correspondiente a la segunda etapa de la investigación (cuantitativa). La obtención de la muestra para la aplicación de los cuestionarios no pudo cumplir con los criterios habitualmente esperados en los enfoques cuantitativos, dado que se requería una elevada participación aleatoria de

profesionales que hubieran atendido casos de AED en los centros educativos, pero no existía ningún registro público que tuviera esta información.

Para responder a este desafío, se optó por un muestreo no probabilístico de conveniencia y voluntario. Esta decisión debe reconocerse como una posible limitación por el riesgo de introducir un sesgo de autoselección con la participación de personas que no representaran completamente a la población. Con el fin de mitigar este riesgo, los cuestionarios se combinaron con entrevistas posteriores, se incluyeron dos perfiles profesionales distintos (dirección y orientación) con experiencias y formaciones diversas, se comprobó la coherencia interna de los datos y se aseguró la saturación de los datos.

La siguiente limitación detectada se relaciona con la distribución de género en las muestras participantes, tanto de la segunda etapa (cuantitativa) como de la tercera (cualitativa). En ambas fases y perfiles profesionales (dirección y orientación) predominó claramente el género femenino sobre el masculino. Cabe señalar que no existe un registro que informe sobre la proporción de géneros, por lo que no es posible determinar si alguno predomina en la población de estas categorías profesionales. No obstante, dado que la participación de ambas etapas fue voluntaria, podría inferirse una mayor predisposición del género femenino y debe reconocerse como una posible limitación a la hora de interpretar y generalizar los resultados.

También es importante remarcar que la investigación se centró en dar respuesta a los objetivos desde la perspectiva profesional. Esta decisión se tomó por dos motivos. En primer lugar, por tratarse de figuras directamente relacionadas con el objeto de estudio, el personal de orientación como conocedor y mediador de todos los agentes y aspectos que giran en torno al alumnado de AED (identificación de necesidades) y el personal de dirección como responsable de la gestión del centro (identificación de la actuación). En segundo lugar, debido a la dificultad de localizar y acceder a las familias y al alumnado de AED, dado que

no existe un registro disponible y los centros educativos no facilitan esta información amparándose en la ley de protección de datos. Aunque los resultados obtenidos en esta investigación se consideran rigurosos, pertinentes y valiosos, conviene reconocer esta limitación que también puede ser una oportunidad para complementar este conocimiento en futuras investigaciones.

Como otra propuesta, considerada un paso posterior lógico, la ausencia de planes específicos en esta materia invita a continuar investigando y trabajar en esta línea con el diseño de un programa educativo en AED, permitiendo orientar y coordinar la actuación de los centros de manera organizada y coherente a las necesidades y aspectos comunes de este alumnado.

Además de lo anterior, se considera interesante ampliar el campo de estudio desde diferentes enfoques que, por las limitaciones propias de una tesis doctoral, superan las posibilidades reales de la presente investigación. En primer lugar, se podría extender el estudio a toda Cataluña con el fin de representar toda la región y no solo a la provincia de Barcelona. En segundo lugar, sería relevante contrastar los resultados con los centros de titularidad privada. Por último, desde un enfoque más ambicioso, se plantea una macro investigación dirigida a todas las comunidades autonómicas de España, con el objetivo de analizar posibles desigualdades derivadas de las diferencias regionales y favorecer avances hacia una respuesta educativa más inclusiva para este alumnado.

Referencias bibliográficas

Referencias bibliográficas

- Aguilera, D., Santamaría-Cárdaba, N., & Zardel-Jacobo, B. E. (2023). Avances hacia una enseñanza inclusiva de las ciencias, una revisión sistemática. En K. Gajardo Espinoza & J. Cáceres-Iglesias (Eds.), *Soñar grande es soñar juntas. En busca de una educación crítica e inclusiva* (Primera, pp. 836-851). Octaedro.
<https://octaedro.com/wp-content/uploads/2023/04/9788419506818.pdf>
- Aiken, L. R. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 45, 131-142.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0013164485451012>
- Ainscow, M. (2020). *Desarrollo de las escuelas inclusivas. Ideas, propuestas y experiencias para mejorar las instituciones escolares*. Narcea, S.A. de ediciones.
<https://elibro-net.are.uab.cat/es/ereader/uab/142525?page=1>
- Ainscow, M., Booth, T., Dyson, A., Howes, A., Smith, R., Farrell, P., Frankham, J., & Gallannaugh, F. (2006). *Improving Schools, Developing Inclusion* (Primera). Routledge. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780203967157>
- Alcaraz-García, S., & Arnaiz-Sánchez, P. (2020). La escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales en España: un estudio longitudinal. *Revista Colombiana de Educación*, 78, 299-320.
<https://doi.org/http://doi.org/10.17227/rce.num78-10357>
- Alfaro Rojas, A. K., & Atria Machuca, R. P. (2009). Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. *Revista Pediatría Electrónica*, 6(1), 36-54.
https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2009/vol6num1/pdf/FACTORES_AMBIENTALES.pdf
- Alkin, M. C. (1969). Evaluation theory development. *Evaluation Comment*, 2(1), 2-7.

- Álvarez-Rementería Álvarez, M., Gaintza Jauregi, Z., & Darretxe Urrutxi, L. (2023). El futuro del alumnado con enfermedades crónicas y raras: una revisión de la literatura sobre la respuesta educativa. En K. Gajardo Espinoza & J. Cáceres-Iglesias (Eds.), *Soñar grande es soñar juntas. En busca de una educación crítica e inclusiva* (Primera, pp. 708-722). Octaedro. <https://octaedro.com/wp-content/uploads/2023/04/9788419506818.pdf>
- Alvira Martín, F. (1997). *Metodología de la evaluación de programas: un enfoque práctico*. Lumen/Humanitas.
- American Educational Research Association. (2011). Code of Ethics. *Educational Researcher*, 40(3), 145-156.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3102/0013189x11410403>
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological testing*. Prentice-Hall.
- Andrade Ruiz, F. (2011). La inclusión educativa en el aula regular: Un caso de síndrome de Asperger. *Revista Electrónica Educare*, 15, 39-53. <http://www.una.ac.cr/educare>
- Andrés Rubia, F. (2013). La segregación escolar en nuestro sistema educativo. *Fórum Aragón*, 10, 47-52.
- Araque Hontangas, N., & Barrio de la Puente, J. L. (2010). Atención a la diversidad y desarrollo de procesos educativos inclusivos. *Prisma social*, 4, 1-37.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=353744577013>
- Arbeláez Gómez, M. C., & Onrubia Goñi, J. (2014). Análisis bibliométrico y de contenido. Dos metodologías complementarias para el análisis de la revista colombiana Educación y Cultura. *Revista de Investigaciones*, 14(23), 14-31.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.22383/ri.v14i1.5>
- Arias, F. (2023). El paradigma pragmático como fundamento epistemológico de la investigación mixta. Revisión sistematizada. *Educación, Arte, Comunicación: Revista*

Académica e Investigativa, 12(2), 11-24.

<https://doi.org/https://doi.org/10.54753/eac.v12i2.2020>

Asensio Ramón, P. (2017). *Las aulas hospitalarias en España. Un estudio comparado de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Extremadura, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana* [Universidad de Valencia].

<https://roderic.uv.es/handle/10550/61360>

Ayuso-Mateos, J. L., Nieto-Moreno, M., Sánchez-Moreno, J., & Vázquez-Barquero, J. L. (2006). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*, 126(12), 461-466.

<http://www.elsevier.es/S0303112009701380>

Bagur, S., & Verger, S. (2022). Educación inclusiva y pedagogía hospitalaria: Las actitudes docentes promotoras de la inclusión. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 28, 379-398. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1980-54702022v28e0140>

Bisquerra Alzina, R. (2009). *Metodología de la investigación educativa* (2.a ed.). La Muralla.

Blanco Guijarro, R. (2008). Construyendo las bases de la inclusión y la calidad de la educación en la primera infancia. *Revista de educación*, 347, 33-54.

Bobadilla Pinto, A., Bori Soucheiron, M., Caedone de Bove, P., Ferreira Caro, M., Lizasoáin Rumeu, O., Molina Garuz, M. C., Riquelme Acuña, S., Saruwatari Zavala, G., Simoes da Fonseca, E., & Violant Holz, V. (2013). *La Pedagogía hospitalaria hoy. Análisis de las políticas, los ámbitos de intervención y la formación de profesionales* (A. M. Anwandter Rodríguez, Ed.). Fundación Educacional Carolina Labra Riquelme.

- Bocanegra, C. S. (2020). Miradas de la pedagogía hospitalaria: reflexiones encarnadas de un docente hospitalario. *Infancias Imágenes*, 19(1), 100-107.
<https://doi.org/https://doi.org/10.14483/16579089.14684>
- Bonal Sarró, X., & González, S. (2021). Educación formal e informal en confinamiento: una creciente desigualdad de oportunidades de aprendizaje. *Revista de Sociología de la Educación-RASE*, 14(1), 44-62. <https://doi.org/10.7203/rase.14.1.18177>
- Booth, T., & Ainscow, M. (2006). *Índex per a la inclusió. Guia per a l'avaluació i millora de l'educació inclusiva*.
- Brevis Yéber, M. del C. (2023). *La práctica docente reflexiva como elemento clave de y para la innovación educativa* [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Burke, C. (2005). Containing the School Child: Architectures and Pedagogies. *Pedagogica Historica: International journal of the history of education*, 41(4-5), 489-494.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/00309230500165635>
- Bustos Arcón, V. Á., & Mass Torres, L. R. (2022). Salud mental infantil: Entre desarrollo y resiliencia. En *Tendencias sobre investigación en Pedagogía Hospitalaria: problemas analítico-metodológicos* (pp. 127-151). CELEI.
<https://www.researchgate.net/publication/358857109>
- Cabrera, L. (2020). Efectos del coronavirus en el sistema de enseñanza: aumenta la desigualdad de oportunidades educativas en España. *Revista de Sociología de la Educación-RASE*, 13(2), 114-139.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.7203/RASE.13.2.17125>
- Camacho Sojo, Y. D. C., Huepp Ramos, F. L., & Fornaris Méndez, M. (2023). Indicadores para determinar situación de vulnerabilidad socioeducativa en niños. *EduSol*, 23(84), 152-162. <https://edusol.cug.co.cu:443/index.php/EduSol/article/view/553>
- Castaño Gómez, A. M. (2009). La atención a la diversidad en el marco de una escuela inclusiva. Evolución histórica. En Universidad Pública de Navarra & Nafarroako

- Unibertsitate Publikoa (Eds.), *El largo camino hacia una educación inclusiva la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días: XV Coloquio de Historia de la Educación* (Vol. 1, pp. 405-416). Upna.
- Celestino Mur, R. A., & Tajuelo Rodríguez-Palanzas, M. (2005). Los Equipos de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria en Castilla-La Mancha. *Idea La Mancha: Revista de educación de Castilla-La Mancha*, 166-171.
- Cesena Santiago, M. J. (2022). El asesoramiento psicopedagógico y la orientación en Cataluña. En *El asesoramiento psicopedagógico a debate* (Primera). Graó.
<https://www-grao-cat.are.uab.cat/lilibres/el-asesoramiento-psicopedagogico-a-debate-75001?contenido=289282>
- Cobeñas, P. (2020). Exclusión educativa de personas con discapacidad: Un Problema Pedagógico. *Revista iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación*, 18(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.15366/reice2020.18.1.004>
- Crespo, M., Campo, M., & Verdugo Alonso, M. Á. (2003). Historia de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (cif): un largo camino recorrido. *Revista española sobre la discapacidad intelectual*, 34(1), 20-26.
<http://hdl.handle.net/11181/3051>
- Creswell, J. W. (2022). *A Concise Introduction to Mixed Methods Research* (2.a ed.). SAGE.
- Creswell, J. W., & Creswell, D. J. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (5.a ed.). SAGE.
- Creswell, J. W., & Guetterman, T. C. (2019). *Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research* (6.a ed.). Pearson Education.
- Cronbach, L. J. (1963). Course Improvement through evaluation. *Teachers college record*, 64, 672-683.

- De la Herrán Gascón, A. (2022). Contribuciones epistemológicas a la pedagogía hospitalaria, desde la pedagogía de la muerte y el sistema pedagógico radical e inclusivo. En *Tendencias sobre investigación en Pedagogía Hospitalaria: problemas analítico-metodológicos* (pp. 78-126). CELEI.
<https://www.researchgate.net/publication/358857109>
- Decreto 102/2010, de 3 de agosto, de autonomía de los centros educativos, Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (2010). <https://portaljuridic.gencat.cat/ca/document-del-pjur/?documentId=545262>
- Decreto 150/2017, de 17 de octubre, de la atención educativa al alumnado en el marco de un sistema educativo inclusivo, Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (2017). <https://dogc.gencat.cat/ca/document-del-dogc/?documentId=799722>
- Decreto 279/2006, de 4 de julio, sobre derechos y deberes del alumnado y regulación de la convivencia en los centros educativos no universitarios de Cataluña, Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (2006). <https://portaljuridic.gencat.cat/ca/document-del-pjur/?documentId=403808>
- Decreto 299/1997, de 25 de noviembre, sobre la atención educativa al alumnado con necesidades educativas especiales, Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (1997). <https://dogc.gencat.cat/es/document-del-dogc/?documentId=160667>
- del Cura González, M. (2012). Un patronato para los «anormales»: Primeros pasos en la protección pública a los niños con discapacidad intelectual en España (1910-1936). *Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 541-564.
<https://doi.org/10.3989/asclepio.2012.v64.i2.532>
- Departamento de Educación de Cataluña. (2024). *Necesidades Específicas de Soporte Educativo (NESE)*. Gencat. <https://xtec.gencat.cat/ca/curriculum/diversitat-i-inclusio/atencio-educativa-als-alumnes/nese/>

- Díaz Herrera, C. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. *Revista General de Informacion y Documentacion*, 28(1), 119-142.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5209/RGID.60813>
- Díaz López, C., & Pinto Loría, M. de L. (2017). Vulnerabilidad educativa: Un estudio desde el paradigma socio crítico. *Praxis Educativa*, 21(1), 46-54.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.19137/praxiseducativa-2017-210105>
- Echeita Sarrionandia, G. (2017). Educación inclusiva. Sonrisas y lágrimas. *Aula Abierta*, 46(2), 17-24. <https://doi.org/https://doi.org/10.17811/rifie.46.2017.17-24>
- Echeita Sarrionandía, G., & Ainscow, M. (2011). La educación inclusiva como derecho. Marco de referencia y pautas de acción para el desarrollo de una revolución pendiente. *Didáctica de la Lengua y la Literatura. Educación*, 12, 26-46.
- Egea García, C. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 15-30.
- Espinoza Freire, E. E. (2020). La ética en las investigaciones educativas. *Revista universidad y sociedad*, 12(4), 333-340. <https://doi.org/https://orcid.org/0000-0002-0537-4760>
- Evans, G. W., & Stecker, R. (2004). Motivational consequences of environmental stress. *Environmental Psychology*, 24, 143-165.
- Farro Custodio, F. (1995). *Gerencia de centros educativos hacia la calidad total* (1ra ed.). Centro de proyección cristiana.
- Fernández Antón, E. (2022). La educación compensatoria en tiempos de pandemia: el caso de la atención domiciliaria. En S. Carrascal, D. Melaré, & D. J. Gallego (Eds.), *Nuevas metodologías, espacios y estilos de Enseñanza-Aprendizaje. Prácticas docentes e innovación Educativa*. (pp. 319-334). Editorial Universitas, S.A.

Fernández Hawrylak, M. (2000). La pedagogía hospitalaria y el pedagogo hospitalario.

Tabanque: Revista pedagógica, 15, 139-150.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=127613>

Fernández Pascual, E. (2020). *Adaptación curricular y coordinación en atención domiciliaria para 4o de ESO en la Comunidad Autónoma de Cataluña*. Universidad Antonio de Nebrija.

Fernández Pascual, E. (2023). La atención educativa domiciliaria en secundaria:

Comparativa en pandemia y postpandemia. *Revista ciencia y educación*, 7(3), 7-23.

<https://doi.org/https://doi.org/10.22206/cyed.2023.v7i3.pp7-23>

Fernández Pascual, E. (2024). Atención Educativa Domiciliaria. Planificación de los centros educativos de Barcelona en Postpandemia. En Asociación Interuniversitaria de Investigación Pedagógica (AIDIPE) (Ed.), *Investigación educativa e innovación ante los retos de la sostenibilidad. Libro de Actas del XXI Congreso Internacional de Investigación Educativa, 18 al 21 de junio de 2024* (pp. 2232-2236). Universidad de Barcelona. <https://hdl.handle.net/2445/218438>

Fernández-Ballesteros, R. (1987). *El ambiente: Análisis psicológico*. Pirámide.

Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., Geoffrey, R., Stucki, G., & Cieza, A.

(2009). Funcionamiento y discapacidad: La clasificación internacional del

funcionamiento (CIF). *Rev. Esp. Salud Pública*, 83, 775-783.

<https://www.scielosp.org/pdf/resp/2009.v83n6/775-783/es>

Fierros-Sánchez-Cuenca, M., Bengoechea-Menéndez, C., Yáñez-Cañas, S., Martínez-Naranjo, C., & López-Ibor Aliño, B. (2020). A school in a paediatric oncology unit: The crucial role of education in the context of a serious illness. *Revista Electronica Educare*, 24(1), 1-16. <https://doi.org/http://doi.org/10.15359/ree.24-1.5>

- Flórez Ochoa, R. (1997). *Hacia una pedagogía del conocimiento* (M. E. Suárez R., Ed.). McGraw-Hill. <https://es.scribd.com/document/427104492/Hacia-Una-Pedagogia-Del-Conocimiento>
- Follari, R. A. (2022). ¿Hay interdisciplina en la pedagogía hospitalaria? En *Tendencias sobre investigación en Pedagogía Hospitalaria: problemas analítico-metodológicos* (pp. 60-77). CELEI. <https://www.researchgate.net/publication/358857109>
- Fuentes Cabrera, M. J., & Sánchez Romero, C. (2020). Análisis de las ventajas sociales y educativas de las TIC para el niño enfermo [Article]. *Revista de Educación Inclusiva*, 59-75. <https://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/505/601>
- García Rubio, J. (2017). Evolución legislativa de la educación inclusiva en España. *Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva*, 10(1), 251-264.
- Gil Rivera, M. del C. (2004). Modelo de diseño instruccional para programas educativos a distancia. *Perfiles educativos*, 26(104), 93-114. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7034099>
- Gómez García, L. (2021). Educar desde casa en tiempos de pandemia. Un reto tecnológico para el Equipo de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria de la Región de Murcia. *Edutec. Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 77, 52-69. <https://doi.org/10.21556/edutec.2021.77.2119>
- González, C. S., Orraviano, M., & Violant, V. (2013). *Uso de las TIC para la Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, una nueva formación de postgrado en la Universidad de la Laguna-España*. <https://www.researchgate.net/publication/257983312>
- González González, C. S., & Violant Holz, V. (2015). *Uso de las TIC para la atención educativa, hospitalaria y domiciliaria*. McGraw-Hill Education.
- González-Machado, E. C., & Santillán-Anguiano, E. I. (2023). Nociones del diagnóstico en los proyectos socioeducativos. Aportaciones desde un enfoque participativo. En *El*

- diagnóstico como punto de partida de los proyectos educativos* (Primera edición, pp. 15-28). CLAVE.
- González-Simancas, J. L., & Polaino-Lorente, A. (1990). Pedagogía hospitalaria. Actividad educativa en ambientes clínicos. *Narcea*, 173-201. <https://www-jstor-org.are.uab.cat/stable/23764924?seq=1>
- Grau Rubio, C. (2004). *Atención educativa al alumnado con enfermedades crónicas o de larga duración*. Aljibe.
- Grau Rubio, C., & Fernández Hawrylak, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 33(2), 203-212. <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33n2/revision2.pdf>
- Guba, E. G. (1990). *The paradigm dialog*. SAGE.
- Guba, Egon. G. (1978). *Toward a methodology of naturalistic inquiry in educational evaluation* (Vol. 8). Center for de study of evaluation, University of California.
- Hays, D. (1977). Needs Assessment: A Counseling Prerequisite. *NASSP Bulletin*, 61, 11-16. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/019263657706141003>
- Hernández García, Á. M., & Rodríguez Soler, L. (2012). Programa de atención domiciliaria: una experiencia práctica [Article]. *Forum Aragón: revista digital de FEAE-Aragón sobre organización y gestión educativa*, 4, 24-26.
- Hernández Izquierdo, L., & Marchesi, Á. (2021). Actitudes de los maestros ante la inclusión educativa en Colombia, Guatemala y España. *Ciencia y Educación*, 5(1), 7-24. <https://doi.org/https://doi.org/10.22206/cyed.2021.v5i1.pp7-24>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana.

- Horcas Villarreal, J. M. (2009). Prevención del acoso escolar. *Cuadernos de educación y desarrollo*, 1(2), 1-5. <https://www.eumed.net/rev/ced/02/jmhv2.htm>
- Iglesias Cortizas, M. J. (2006). *Diagnóstico escolar: teoría, ámbitos y técnicas* (J. L. Posadas, Ed.). Pearson Educación.
- Jariot, M. (2001). *La evaluación de la intervención mediante programas de orientación: el proceso de evaluación del desarrollo de una intervención desde un modelo de consulta* [Universidad Autónoma de Barcelona]. <https://hdl.handle.net/10803/5001>
- Jiménez Jiménez, B., & Tejada Fernández, J. (2007). Procesos y métodos de investigación. En *Formación de formadores* (Vol. 1, pp. 543-630). Universidad Autónoma de Barcelona.
- Jiménez, M., Luengo, J. J., & Taberner, J. (2009). Exclusión social y educativa como fracasos. Conceptos y líneas para su comprensión e investigación. *Revista de currículum y formación del profesorado*, 13(3), 11-49. <http://www.ugr.es/local/recfpro/rev133ART1.pdf>
- Kaufman, R. (1982). *Identifying and solving problems: A system approach* (3a). University Associates.
- Kaufman, R. (1988). *Planificación de sistemas educativos* (2a). Trillas.
- Kuhn, T. (1962). *The structure of scientific revolutions*. University of Chicago.
- Latorre Medina, M. J., & Blanco Encomienda, F. J. (2010). Función profesional del pedagogo en centros hospitalarios como ámbitos educativos excepcionales. *Educación XX1*, 13(2), 95-116. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70617175004>
- Lawshe. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- Ley 12/2009, de 10 de julio, de Educación, Pub. L. No. BOE-A-2009-13038, Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (2009).

https://educacio.gencat.cat/web/.content/home/departament/normativa/normativa-educacio/lec_12_2009.pdf

Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa, Pub. L. No. BOE-A-1970-852, Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (1970). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1970-852>

Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia, Pub. L. No. BOE-A-2010-10213, Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (2010). <https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2010/05/27/14/con>

Ley de Instrucción Pública (1857). https://personal.us.es/alporu/historia/ley_moyano.htm

Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo, Pub. L. No. BOE-A-1990-24172, Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (1990). <https://www.boe.es/eli/es/lo/1990/10/03/1>

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, Pub. L. No. BOE-A-2006-7899, Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (2006). <https://www.boe.es/eli/es/lo/2006/05/03/2/con>

Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, Pub. L. No. BOE-A-2020-17264, Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (2020). <https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3>

Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña, Pub. L. No. BOE-A-2006-13087, Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (2006). <https://www.boe.es/eli/es/lo/2006/07/19/6/con>

Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE.

Lizasoáin, O. (2000). *Educando al niño enfermo: perspectivas de la pedagogía hospitalaria*. Eunate.

- Lizasoáin, O. (2021). De qué hablamos cuando hablamos de pedagogía hospitalaria. *Edutec. Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 77, 5-16.
<https://doi.org/10.21556/edutec.2021.77.2143>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- López Estrada, R. E., & Deslauriers, J.-P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen*, 61, 1-19.
<https://www.margen.org/suscri/margen61/lopez.pdf>
- Lorenzo Vicente, J. A. (2009). Perspectiva legal de la Educación Especial en España (1970-2007). Hacia la plena integración educativa y social de las personas con discapacidad. En Universidad Pública de Navarra & Nafarroako Unibertsitate Publikoa (Eds.), *El largo camino hacia una educación inclusiva la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días: XV Coloquio de Historia de la Educación* (Vol. 1, pp. 495-510). Upna.
- Lozano Díaz, A. (2003). Factores personales, familiares y académicos que afectan al fracaso escolar en la educación secundaria. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 1(1), 46-66.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293152876002>
- Lukas Mujika, J. F., & Santiago Etxebarria, K. (2009). *Evaluación educativa*. Alianza Editorial.
- Máiquez, M. L., Guacimara, R., & Rodrigo, M. J. (2004). Intervención psicopedagógica en el ámbito familiar: los programas de educación para padres. *Infancia y Aprendizaje*, 27(4), 403-406. <https://doi.org/https://doi.org/10.1174/0210370042396896>

- Maldonado-Suárez, N., & Santoyo-Telles, F. (2024). Validez de contenido por juicio de expertos: Integración cuantitativa y cualitativa en la construcción de instrumentos de medición. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 17(2), 1-19.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1344/reire.46238>
- Maresca, B. (2010). *Definiciones de vulnerabilidad educativa*.
- Margarita López, I., & Valenzuela, G. E. (2015). Niños y adolescentes con necesidades educativas especiales. *Rev. Med. Clin. Condes*, 26(1), 42-51.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.02.004>
- Marí Mollà, R. (2008). Propuesta de un modelo de diagnóstico en educación. *Bordón*, 59(4), 611-626. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2582783>
- Maturana, C. J. (2009). Diversidad educativa en educandos del sistema de protección social «chile solidario» de la comuna de Valparaíso: Resultados de un estudio exploratorio. *Estudios Pedagógicos*, 1, 93-115.
<https://www.scielo.cl/pdf/estped/v35n1/art06.pdf>
- McKillip, J. (1989). *Need analysis: tools for the human services and education*. Sage.
- Messik, S. (1989). Validity. En R. Linn (Ed.), *Educational Measurement* (3a, pp. 13-103). American Council on Education.
- Miles, M. B., Huberman, M., & Saldaña, J. (2000). *Qualitative Data Analysis: A methods sourcebook* (R. Holland, Ed.; 4.a ed.). SAGE Publications.
- Minardi Mitre Cotta, R., Morales Suárez-Varela, M., Llopis González, A., Sette Cotta Filho, J., Ramón Real, E., & Días Ricós, J. A. (2001). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Panam Salud Pública*, 10(1).
- Ministerio de Educación y Formación Profesional. (2023). *Reparto de competencias en materia educativa en España*. Educagob. Portal del sistema educativo español.
<https://educagob.educacionyfp.gob.es/comunidad-educativa/administraciones-educativas.html>

- Molina Garuz, M. C., Arredondo Vallejos, T. M., & González Blanco, J. del P. (2019). *Buenas prácticas e innovación en pedagogía hospitalaria. La atención hospitalaria y domiciliaria*. Octaedro.
- Monsalve, C., & Cardone, P. (2012). Pedagogía Hospitalaria: Nueva modalidad educativa de la educación. *Congreso venezolano de ciencia, tecnología e innovación ONCTI-PEI*, 1-15.
https://www.researchgate.net/publication/340903571_PEDAGOGIA_HOSPITALARIA_NUEVA_MODALIDAD_EDUCATIVA_DE_LA_EDUCACION
- Morales Vallejo, P. (2011). *Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes*. Ábaco en Red.
<http://www.upcomillas.es/personal/peter/otrosdocumentos/Guiaparaconstruirescalasdeactitudes.pdf>
- Muntaner-Guasp, J. J., Mut-Amengual, B., & Pinya-Medina, C. (2022). Las metodologías activas para la implementación de la educación inclusiva. *Revista Electronica Educare*, 26(2), 1-21. <https://doi.org/10.15359/ree.26-2.5>
- Murillo, F. J., & Martínez-Garrido, C. (2012). Las condiciones ambientales en las aulas de primaria en Iberoamérica y su relación con el desempeño académico. *Archivos analíticos de políticas educativas*, 20(18). <http://epaa.asu.edu/ojs/article/view/1002>
- Murillo, F. J., Martínez-Garrido, C., & Belavi, G. (2017). Segregación escolar por origen nacional en España. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 12(2), 395-423.
<https://doi.org/10.14198/OBETS2017.12.2.04>
- Murillo, F. J., Martínez-Garrido, C., & Graña, R. (2023). Segregación Escolar por Nivel Socioeconómico en Educación Primaria en América Latina y el Caribe. *Revista iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación*, 21(1), 87-117.
<https://doi.org/10.15366/reice2023.21.1.005>

- Navarro Asencio, E., Jiménez García, E., Rappoport Redondo, S., & Thoilliez Ruano, B. (2017). *Fundamentos de la investigación y la innovación educativa* (Primera). UNIR.
- Ocampo González, A. (2019). Entrevista con Olga Liza Soáin Rumeu sobre pedagogía hospitalaria: Trayectorias de desarrollo intelectual, conquistas profesionales y desafíos de futuro. *Boletín Redipe*, 8(1), 16-22.
<https://doi.org/https://doi.org/10.36260/rbr.v8i1.664>
- OMS. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (Imsero, Ed.). Organización Mundial de la Salud.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf
- Onrubia Goñi, J. (2009). Transformar para adaptar, adaptar para incluir: Una mirada psicoeducativa a la educación inclusiva. En Universidad de Barcelona & I. Institut de Ciències de l'Educació (Eds.), *La educación inclusiva: de la exclusión a la plena participación de todo el alumnado* (pp. 49-62).
- Ortiz, C. (1999). Formación de los profesionales del contexto domiciliario. *Currículum y formación del profesorado*, 2(3), 105-120.
<https://www.ugr.es/~recfpro/rev32ART5.pdf>
- Osses Bustingorry, S., Abarzúa Miranda, C., & Westermeyer Jaramillo, M. (2021). *Lineamientos educativos orientados a prevenir o superar el fracaso escolar*. Latur impresiones. Temuco-Chile.
- Ottaviano, M., & González, J. (2015). Estrategias didácticas para los docentes hospitalarios y domiciliarios. En C. Sáinz-Trápaga Sanchez (Ed.), *Uso de las TIC para la atención educativa hospitalaria y domiciliaria* (1.a ed., pp. 72-110). McGraw Hill.
- Padilla-Carmona, M. T. (2002). *Técnicas e instrumentos para el diagnóstico y la evaluación educativa* (1a). CCS.
- Pajarianto, H., Kadir, A., Galugu, N., Sari, P., & Februanti, S. (2020). Study from Home in the Middle of the COVID-19 Pandemic: Analysis of Religiosity, Teacher, and Parents

- Support Against Academic Stress. *Talent Development & Excellence*, 12(2), 1791-1807. <http://www.iratde.com>
- Parlett, M., & Hamilton, D. (1977). Evaluation as illumination: A new approach to the study of innovatory programs. En D. Hamilton, D. Jenkins, C. King, B. MacDonald, & M. Parlett (Eds.), *Beyond the numbers game: A reader in educational evaluation* (pp. 6-22). Macmillan education.
- Paz-Lourido, B., Negre, F., De la Iglesia, B., & Verger, S. (2020). Influence of schooling on the health-related quality of life of children with rare diseases. *Health and quality of life outcomes*, 1(18), 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12955-020-01351-x>
- Penfield, R. D., & Giacobbi, Jr., P. R. (2004). Applying a Score Confidence Interval to Aiken's Item Content-Relevance Index. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8(4), 213-225.
https://doi.org/https://doi.org/10.1207/s15327841mpee0804_3
- Pérez Aguilar, N. (2009). El Diagnóstico socioeducativo y su importancia para el análisis de la realidad social. *Visor Pedagógico. Revista Electrónica Semestral*, 1, 130-152.
<http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/bitstream/123456789/1005/1/Diagnostico%20socioeducativo.pdf>
- Plancarte Cansino, P. A. (2017). Inclusión educativa y cultura inclusiva. *Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva*, 10(2), 213-226.
- Popham, W. J. (1980). *Problemas y técnicas de la evaluación educativa*. Grupo Anaya.
- Quinata Cabanas, J. M. (1986). La profesionalización de la pedagogía social. *Interuniversitaria*, 1, 39-48.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2576891>

- Ramírez Gámez, J. J. (2022). Escuelas segregadas por sexo: coeducación, inclusión y perspectiva de género. *Ciencia latina. Revista científica multidisciplinar*, 6(6), 6008-6024. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3855
- Real Decreto 217/2022, de 29 de marzo, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Secundaria Obligatoria, Pub. L. No. BOE-A-2022-4975, Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (2022).
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2022/03/29/217>
- Real Decreto 299/1996, de 28 de febrero, de ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación, Pub. L. No. BOE-A-1996-5696, Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (1996).
<https://www.boe.es/eli/es/rd/1996/02/28/299>
- Real Decreto 1635/2009, de 30 de octubre, por el que se regulan la admisión de los alumnos en centros públicos y privados concertados, los requisitos que han de cumplir los centros que impartan el primer ciclo de la educación infantil y la atención al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo en el ámbito de gestión del Ministerio de Educación, Pub. L. No. BOE-A-2009-17431, Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (2009). <https://www.boe.es/eli/es/rd/2009/10/30/1635>
- Resnik, D. B., & Shamoo, A. E. (2011). The Singapore statement on research integrity. *Accountability in Research*, 18(2), 71-75.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/08989621.2011.557296>
- Resolución EDU/3699/2007, de 5 de diciembre, por la que se aprueban las instrucciones para establecer el procedimiento para que el alumnado que sufra enfermedades prolongadas pueda recibir atención educativa domiciliaria por parte de profesorado del Departamento de Educación, Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (2007).
<https://dogc.gencat.cat/ca/document-del-dogc/?documentId=448512>

- Revert Ruíz, M., & Raga Garcia, L. (2019). Las escuelas sin Escuela: Aulas hospitalarias y atención educativa domiciliaria. En *Variables Psicológicas y Educativas para la intervención en el ámbito escolar* (Vol. 3, pp. 89-96). ASUNIVEP.
- Rodríguez González, A. M. (2013). Modelos de atención a la diversidad en la educación secundaria obligatoria: Análisis comparativo de los planes de atención a la diversidad de las comunidades autónomas de Andalucía y de la región de Murcia. *Revista nacional e internacional de educación inclusiva*, 6(3), 41-64.
<https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/227685/Rodr%C3%adguez%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodríguez Morales, S. (2009). La atención domiciliaria: Pautas de actuación. *Revista digital para profesionales de enseñanza*, 4.
- Rogero-García, J. (2020). La ficción de educar a distancia. *Revista de Sociología de la Educación-RASE*, 13(2), 174-182.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.7203/RASE.13.2.17126>
- Rogero-García, J., Tovar Martínez, F. J., & Toboso Martín, M. (2022). El nuevo discurso frente a la educación inclusiva en España. *Revista española de discapacidad*, 10(2), 35-52. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.10.02.03>
- Romero Chaves, C. (2005). La categorización un aspecto crucial en la investigación cualitativa. *Revista de investigaciones Cesmag*, 11(11), 113-118.
<https://www.researchgate.net/profile/Cristina-Romero-Chaves/amp>
- Ruiz Andrés, R. (2016). *Medidas de atención a la diversidad. Una experiencia de aula alternativa de adaptación e intervención educativa en Burgos para alumnos en riesgo de fracaso escolar* [Universidad de Burgos]. <https://doi.org/10.36443/10259/4664>
- Ruiz Andrés, R. (2020). Dificultades y contradicciones en la respuesta educativa para los alumnos con necesidad específica de apoyo educativo (ACNEAE). *Aula*, 26, 149-168.
<https://doi.org/10.14201/aula202026149168>

- Ryan, K. J., Brady, J. V, Cooke, R. E., Jonsen, A. R., King, P., Lebacqz, K., Louisell, D. W., & Seldin, D. W. (1979). *Informe Belmont*. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2013). Inclusión como clave de una educación para todos. Revisión teórica. *Revista española de orientación y psicopedagogía*, 24, 24-36. <https://revistas.uned.es/index.php/reop/article/view/11257/10782>
- Sanz Oro, R. (1998). *Evaluación de programas en orientación educativa* (3a). Pirámide.
- Scriven. (1967). The methodology of evaluation. En R. W. Tyler, R. M. Gagné, & M. Scriven (Eds.), *Perspectives of curriculum evaluation* (pp. 39-83). Rand McNally.
- Scriven. (1991). *Evaluation Thesaurus* (4.a ed.). Sage.
- Seoane, J. A. (2011). ¿Qué es una persona con discapacidad? *Ágora*, 30(1), 143-161. <http://hdl.handle.net/10347/7386>
- Serradas Fonseca, M., Ortiz González, M. del C., & De Manueles Jiménez, J. (2002). Necesidad de asistencia educativa al niño hospitalizado. *Revista interuniversitaria de didáctica*, 20, 243-258.
- Sobrado Fernández, L. (2005). El diagnóstico educativo en contextos sociales y profesionales. *RIE*, 23(1), 85-112. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283321951006>
- Stake, R. (1975). *Evaluating the arts in education: A responsive approach*. Merrill.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (2.a ed.). Universidad de Antioquía.
- Stufflebeam, D. L., Shinkfield, A. J., & España, M. de E. y C. (1987). *Evaluación sistemática: guía teórica y práctica*. Paidós.

- Teddlie, C., & Yu, F. (2007). Mixed Methods Sampling: A Typology With Examples. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 77-100.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1558689806292430>
- Tejada Fernández, J. (1989). Modelos de evaluación en innovación. En Á. P. González Soto (Ed.), *Estrategias de innovación* (Vol. 1, pp. 110-142).
- Tejada Fernández, J. (1999). La evaluación: su conceptualización. En B. Jiménez (Ed.), *Evaluación de programas, centros y profesores* (pp. 25-56).
- Tójar, J. C., & Serrano Angulo, J. (2000). Ética e investigación educativa. *Revista electrónica de investigación y evaluación educativa*, 6(2).
<https://www.researchgate.net/publication/28058234>
- Torres Montalvo, M. C., González Cárdenas, M. K., & Almachi Clavijo, C. S. (2023). La educación inclusiva en el aula. *Revista Científica Hallazgos21*, 8(1), 72-81.
<http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/>
- Toyinbo, O. (2023). Indoor Environmental Quality, Pupils' Health, and Academic Performance: A Literature Review. *Buildings*, 13, 1-18.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3390/buildings13092172>
- UNESCO. (2007). Luchar contra la exclusión. En *Informe de seguimiento de la educación para todos en el mundo*. (pp. 74-91). Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/GMR_capitulo3_SP.pdf
- UNESCO. (2012). *Lucha contra la exclusión en la educación. Guía de evaluación de los sistemas educativos rumbo a sociedades más inclusivas y justas*.
https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000217073_spa
- UNESCO. (2017). *Guía para asegurar la inclusión y la equidad en la educación*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
www.unesco.org/

- UNESCO. (2020). *Informe de seguimiento de la educación en el mundo 2020. Inclusión y educación todos y todas sin excepción*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374817>
- Valdés, R., Jiménez, L., & Jiménez, F. (2023). Radiografía de la investigación sobre educación inclusiva. *Cadernos de Pesquisa*, 52, 1-23.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1590/198053149524>
- Vallespin, I. (2020). *Educació detecta 55.000 famílies sense ordinador o sense connexió per poder seguir les classes a distància*.
https://elpais.com/cat/2020/04/08/catalunya/1586359707_283384.html
- Vazquez, E. (2016). Segregación escolar por nivel socioeconómico: Midiendo el fenómeno y explorando sus determinantes. *Económica*, 62, 121-184.
- Velásquez Poco, H. A. (2017). *La infraestructura escolar y la motivación académica en alumnos de secundaria del colegio público Túpac Amaru de Villa María del Triunfo* [Universidad César Vallejo].
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/7346/Vel%c3%a1squez_PHA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Viñao, A. (2008). Escolarización, edificios y espacios escolares. *Revista participación educativa*, 7, 16-27.
<https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/91607/00820113013998.pdf?sequence=1>
- Violant Holz, V., González-González, C. S., & Muñoz-Violant, S. (2022). Pedagogía Hospitalaria: Un resumen de 35 años de historia. En *Tendencias sobre investigación en Pedagogía Hospitalaria: problemas analítico-metodológicos* (pp. 42-59). CELEI.
<https://www.researchgate.net/publication/358857109>

- Violant, V. (2015). Metodología de trabajo y técnicas de intervención. En C. Sáinz-Trápaga Sanchez (Ed.), *Uso de las TIC para la atención educativa hospitalaria y domiciliaria* (1.a ed., pp. 58-71). Mc GrawHill.
- Violant, V. (2017). Educar desde la mirada de la pedagogía hospitalaria. *CENAREC para todos*, 9, 18-23. <https://cenarec.files.wordpress.com/2017/08/revista-cenarec-para-todos-i-2017-pedagogc3ada-hospitalaria.pdf>
- Violant, V., Molina, M. C., & Pastor, C. (2009). *Pedagogía hospitalaria. Necesidades, ámbitos y metodología de intervención* (Ministerio de Chile, Ed.).
- Violant, V., Molina, M. C., & Pastor, C. (2011). *Pedagogía hospitalaria. Bases para la atención integral*. Laertes.