



EL MÉTODO EDUTERAPEUTICO COMO ESTRATEGIA DE APOYO AL NIÑO HOSPITALIZADO

MANUEL ALVES RODRÍGUEZ (*)
M^a DEL CARMEN ORTIZ GONZÁLEZ (**)
MARIAN SERRADAS FONSECA

RESUMEN. Desde la perspectiva de la pedagogía hospitalaria, se asume la exigencia de que existan alternativas educativas, a través de las cuales se pueda prestar atención adecuada al niño enfermo, ante el estado de ansiedad que presenta por el ingreso en el hospital, en general, y la intervención quirúrgica en particular. Una propuesta innovadora a tal efecto es la del método eduterapeutico, por medio del cual, a través de una metodología apoyada en el dibujo como proceso privilegiado de expresión, los profesionales de salud desarrollarán una estrategia de mediación, al mismo tiempo educativa y terapéutica, ayudando a los niños que estaban en desventaja física, cognitiva y emocional antes de la intervención. En las narraciones hechas por los niños en el postoperatorio existen, efectivamente, indicadores que ponen de manifiesto las ventajas existentes con la aplicación del método eduterapeutico, puesto que satisface los requisitos informativos, pedagógicos y terapéuticos en un contexto interactivo y lúdico.

ABSTRACT. It is assumed from the point of view of hospital pedagogy the need for educational alternatives, through which adequate attention can be given to the sick child, taking into account the general state of anxiety that a child presents when coming into hospital and in particular, before having surgery. Edu-therapeutic method is an innovative proposal to such effect, using a methodology based on the drawing as a preferred means of expression, health professionals will develop a mediation strategy, at the same time educational and therapeutic, helping children who were in physical, cognitive and emotional disadvantage before surgery. In children's narrations after the operation there are, in fact, indicators showing the advantages of the implementation of this method, which satisfies informative, pedagogical and therapeutic requirements in an interactive and play context.

INTRODUCCIÓN

En la pedagogía hospitalaria se aborda la intervención sobre el niño hospitalizado

desde una opción integral, global, que intenta dar respuesta a las múltiples necesidades derivadas de la situación de enfermedad, y que va mas allá de lo personal al

(*) Universidad de Coimbra.

(**) Universidad de Salamanca.

incidir también en los ámbitos familiares, escolares y sociales. Para hacer frente a todo ello, en este trabajo se ofrece una innovadora medida de apoyo, llevada a cabo de forma coordinada por los profesionales sanitarios en el medio hospitalario.

En el caso de los niños hospitalizados, hay *necesidades educativas especiales* porque se requieren actuaciones también especiales debido a la separación de la familia; la carencia afectiva; el aislamiento; la preocupación por el fracaso escolar; la incertidumbre sobre el pronóstico de la enfermedad; la ansiedad; el miedo a lo desconocido; en definitiva, por sentirse mal (Ortiz, 2000). De la misma manera, podría hablarse de *necesidades asistenciales especiales* (McPherson, 1998) por parte del niño hospitalizado por cuanto precisan de una intervención complementaria a la puramente asistencial, con el fin de poder abordar toda la problemática personal desde los servicios sanitarios, terapéuticos (fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, cuidados a domicilio...), educativos (atención temprana, educación especial) y de apoyo familiar y social.

En relación a cualquiera de las necesidades especiales planteadas (educativas y asistenciales), lo que si se pone de manifiesto es la prioridad de una coordinación entre los profesionales (médicos, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales...) y los padres, y todo en base al derecho inalienable que tienen los niños de ser atendidos en los hospitales (Comunidad Europea, 1986).

A partir de tales generalidades, hay situaciones concretas con características específicas, vinculadas al momento por el que pasa el niño tras recibir el diagnóstico médico, como son el ingreso en el hospital, la estancia en el mismo y –por fin– el alta médica, todo lo cual va unido a la complejidad de los colectivos implicados como son los padres, los profesionales y el voluntariado (Barrueco y otros, 1997). En

este trabajo interesa de forma especial la fase de *ingreso en el hospital*, de *preparación para la intervención quirúrgica*, que implica una información previa para evitar la ansiedad, intentando paliar aquellos miedos que más angustiaban al niño y que tan ampliamente fueron estudiados ya por autores como Valdés y Flórez (1995) y Geist (1976)

En cualquiera de los casos, la colaboración entre los padres y los profesionales aparece sin duda alguna como la forma mas efectiva de atender a las necesidades educativas especiales y las necesidades asistenciales especiales del niño hospitalizado, en cada una de las fases por las que ha de pasar el niño durante el tratamiento de la enfermedad en general o de la intervención quirúrgica en particular (Grau y Ortiz, 2001; González-Simancas y Polaino-Lorente, 1990; Palomo, 1995).

Está claro que, independientemente de la intervención sanitaria recibida, es necesaria una atención al niño a causa de las secuelas que deja la operación o la propia enfermedad o los cambios anímicos que hayan podido tener lugar (Kippenheuer, 1992), por lo que, junto a la acción empática, tendrían que incluirse necesariamente la reeducación corporal y la reeducación emocional, con el fin de llegar a una curación integral (Ortiz, 2001). De hecho, las emociones y los estados mentales se reflejan en el cuerpo, el dolor tiene un componente emocional y existe un mecanismo de biofeed-back entre ansiedad-enfermedad-ansiedad, de forma que los propios niños establecen cierta conexión entre sus imágenes mentales y su cuerpo como algo natural. Este mecanismo se utiliza para una experiencia de crecimiento interior, de autoconocimiento, mediante la aplicación de técnicas artísticas y psicológicas que permitan la expresión del potencial creativo del niño, según experiencia ya vivida por Kippenheuer (1992) y por Rodríguez (1999,2001) en niños con trastornos emocionales y problemas de aprendizaje.

Desde los modelos psicológicos de análisis del retraso, el modelo que responde mejor a las expectativas ofrecidas por el *método eduterapéutico*, es el *modelo dinámico*, dada la carga emocional que subyace a la situación de ansiedad generada por la enfermedad. En efecto, el enfoque dinámico contempla la subyacente problemática emocional que pueda existir por falta de motivación, frustración y dificultad en el proceso de inter-relación, de modo que, a través de las pruebas proyectivas (test de la figura humana, test del árbol, test de la familia...), se pone de manifiesto la correlación existente entre la ansiedad y el fracaso en el rendimiento general. Se trata de vivir una actividad creativa liberadora y de luchar contra el bloqueo emocional, la ansiedad, la carencia afectiva, la soledad, el aislamiento o el aburrimiento, para paliar o rentabilizar las posibles sensaciones vividas gracias a la enfermedad. Incluye las técnicas de expresión y comunicación como son: la expresión plástica, la expresión dinámica, la expresión musical, la expresión corporal, la expresión dramática, el juego en todas sus manifestaciones, los cuentos... , cuyo objetivo final es el producir placer, bienestar y liberación de la ansiedad a través de la creatividad (Ortiz, 2001).

LA ANSIEDAD EN EL NIÑO HOSPITALIZADO

En la línea de lo anteriormente expuesto, es importante incidir en que la sospecha de una enfermedad y más tarde su diagnóstico irrumpe en la vida del niño trastornando su dinámica familiar y social. Como resultado de todo lo cual se rompe el equilibrio en su desarrollo físico y cognitivo, pudiendo tener importantes repercusiones en el desarrollo biopsicosocial y siendo sus efectos todavía más negativos en la situación de hospitalización.

Se va a producir una ruptura en el entorno del niño (hospitalizaciones, tratamientos,

revisiones periódicas), con sus actividades escolares y con sus hábitos tanto alimentarios como de sueño, juegos, etc., por lo que puede encontrarse realmente aislado en medio de una multitud de personas que giran en torno a él, experimentando desasosiego, estrés emocional, ansiedad; así como *discontinuidad* (Lizasoain, 1991) en su vida sociofamiliar y escolar. En general, la hospitalización puede tener repercusiones negativas en la infancia, en la capacidad de asimilación de las situaciones nuevas, la dependencia de terceros, la falta de referentes con los que contrastar las nuevas experiencias; todo lo cual incide en una interpretación errónea de la situación tal que puede alterar incluso el correcto desarrollo integral de la personalidad del niño enfermo (Ortigosa y Méndez, 2000). En tal caso, se da, además, una serie de particularidades que convierten la hospitalización en una experiencia especialmente delicada:

- El niño no participa de la decisión voluntaria de su hospitalización ya que normalmente no tiene datos suficientes para entender su necesidad y lo que allí le va a ocurrir.
- El niño necesita, desde un punto de vista psicoafectivo, a las figuras protectoras y tranquilizantes de sus progenitores con las que tiene establecidas unas intensas relaciones de apego.
- Mientras que el adulto ha ido desarrollando a lo largo de su vida mecanismos de defensa y estrategias para afrontar situaciones de estrés, el niño puede no haberlos desarrollado aún.

Asimismo, los datos aportados en recientes investigaciones (Serradas, 2002) llevan a afirmar que la hospitalización produce en el niño niveles moderados de ansiedad ocasionada por los procedimientos médicos e intervenciones terapéuticas que se le realizan y por la falta de información e

incertidumbre ante la experiencia a la que esta siendo sometido.

Se ha discutido, además, sobre la posibilidad de que las hospitalizaciones previas puedan ser factores que afecten al niño, puesto que la forma en que los pacientes pediátricos vivan la hospitalización marcará sus futuras experiencias médicas, de tal manera que los niños que vivan la hospitalización de forma más negativa tendrán más dificultades para afrontar otras vivencias médicas en el futuro. Parece ser que hay que tener en cuenta cuál es la conceptualización y el efecto que para el niño ha tenido esa primera experiencia. En los casos que ésta haya sido positiva las hospitalizaciones previas pueden reducir los desajustes psicológicos, ya que conocer la situación puede ayudar al niño a prepararse para una nueva admisión. Sin embargo, si la hospitalización anterior ha sido traumática o ha tenido una prolongada duración, parece observarse una influencia negativa sobre el comportamiento del niño.

En este sentido, Dahlquist y Gil (1986) señalaron que los niños con anteriores experiencias con médicos y hospitales, especialmente con experiencias negativas, que hayan sido expuestos en el pasado a un procedimiento médico aversivo, muestran mayores niveles de ansiedad frente a la hospitalización que los que con anterioridad no han tenido ninguna experiencia de ingreso hospitalario. En casos extremos, una hospitalización vivida muy angustiadamente puede dar lugar a una fobia a algún aspecto médico (hospitales, batas blancas, inyecciones, etc.) Por tanto, las experiencias previas negativas pueden formar un estado de expectación en el niño y producir ansiedad, fatiga, incomodidad y depresión. Obviamente estas reacciones psicofisiológicas pueden agravar en gran medida la propia enfermedad que sufre el niño (Prugh y Eckhardt, 1982; Flórez, 1983; Puyuelo, 1984. Esta ansiedad ante la enfermedad se incrementa aún más ante el pro-

ceso de hospitalización y/o posible intervención quirúrgica (Ballarín, 1983; Flórez, 1983; Riestra y Oltra, 1984), tratándose de reacciones más o menos graves y duraderas, que no dependen totalmente de la enfermedad que padece el niño sino de la propia experiencia de hospitalización en la que está inmerso.

En el caso de que la hospitalización sea debida a una intervención quirúrgica, como es el caso de nuestro estudio, los niveles de ansiedad de los pacientes pediátricos aumentan sobre todo en las edades de 3 a 6 años (Valdés 1985, Valdés y Florez, 1985) En efecto, las principales preocupaciones quirúrgicas de los niños en este periodo y hasta los doce años son el separarse de sus padres y el que les pongan inyecciones, mientras que las de los padres son la anestesia y la convalecencia del niño. A su vez, los aspectos más preocupantes para los adolescentes de once a catorce años son la muerte como consecuencia de la enfermedad, el despertarse durante la operación y el no poder realizar las mismas cosas que antes; mientras que les preocupaban mucho menos el relacionarse con personas desconocidas, el llevar una aguja en el brazo durante horas y el conocer los miembros del equipo de cirujanos (Quiles y col.,1999).

En suma, cuando la ansiedad preoperatoria (Zuckberg, 1994) es excesiva puede producir con posterioridad a la cirugía varios tipos de reacciones, que pueden ser de tipo psicológico (ansiedad, depresión, irritabilidad, agresividad...), somático (peor curso de la cicatrización, menos defensas ante las infecciones...) o evolutivo (menor disciplina, falta de cooperación en los tratamientos...

En función de lo anteriormente expuesto, parece ponerse de manifiesto que la opción de la Pedagogía Hospitalaria en el caso del niño que va a ser sometido a una intervención quirúrgica será la de propiciar la estabilidad emocional, liberando la ansiedad debida a la nueva situación y

facilitando una información asequible sobre las consecuencias que se derivan.

En esta misma línea, las actividades creativas desarrolladas dentro del ámbito hospitalario pueden resultar una vía de comunicación alternativa y válida a través de la cual descargar miedos y ansiedades. Se ha puesto de manifiesto que el desarrollo de actividades creativas en el hospital puede ayudar al niño a entender su enfermedad (aclarando los malentendidos y las fantasías), comprendiendo los procedimientos y tratamientos a los que será sometido (preparándole para ellos y facilitando su cooperación), y potenciando de esta manera su habilidad para afrontar las exigencias de la hospitalización, lo que ayudará a percibir la experiencia de forma positiva y favorable para la recuperación (Priestley y Pipe, 1997).

Esta es la justificación para presentar el *Método Eduterapéutico* como un modelo para paliar las necesidades del niño hospitalizado, con el fin de promover su confianza en el medio hospitalario, de mejorar su estabilidad psíquica ante situaciones delicadas referidas a la ansiedad, el miedo, la inseguridad, el aislamiento, la inquietud y de favorecer una actitud positiva hacia la enfermedad, la hospitalización y la intervención quirúrgica.

A continuación, pues, se presenta la «*eduterapia creativa*» como un medio que libera de concepciones equivocadas y que abre vías en el área socio-emocional, preparando y enseñando al niño a enfrentarse a las dificultades derivadas de la enfermedad en general y de la intervención quirúrgica en particular (Rodrigues, 2001).

METODOLOGÍA

A partir de las conclusiones del Programa de Liberación Creativa con Imagen diseñado para alumnos que no alcanzaron los objetivos mínimos de aprendizaje (Rodrigues, 1999), se propone en este estudio un

nuevo modelo de intervención que denominamos «Método Eduterapéutico» experimentado con niñas y niños de 6 a 13 años que van a ser objeto de intervención quirúrgica en el Hospital de la Universidad de Coimbra a lo largo del año 2001.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Sabemos que los hospitales pediátricos están preparados para atender las necesidades de los niños teniendo en cuenta su situación clínica, pero también su nivel de desarrollo. No obstante, hay situaciones en que el niño necesita ser tratado en un hospital general, situaciones clínicas específicas como, por ejemplo, la patología oftálmica en la que los niños son observados y tratados en el hospital general que tiene la tecnología adecuada. Lo que pasa es que en un hospital general no hay siempre una organización estructural y funcional del trabajo de los profesionales, orientada a responder ante las diferencias particulares de los niños. Los profesionales de la salud tienen que hacer la preparación del preoperatorio a los niños y a su familia a veces con dificultad. Utilizan en su comunicación los principios técnico-científicos definidos en protocolo como lo que a continuación presentamos (Cuadro 1):

Este instrumento tiene como finalidad ayudar a los enfermos que van ser sometidos a cirugía a conocer lo que va suceder en el quirófano así como aquellos procedimientos que antecedan al proceso de intervención, que en los diferentes centros hospitalarios ha contado con la aceptación y valoración positiva de los enfermos.

En su estructura estos protocolos integran, casi siempre, aspectos relacionados con: El quirófano, las reglas a cumplir, la preparación previa a la intervención, el momento de la operación y, finalmente, el postoperatorio.

En el hospital donde se ha desarrollado este estudio estos protocolos existen

CUADRO 1

Protocolo de enseñanza al enfermo que va a ser sujeto a intervención quirúrgica: elementos fundamentales

SITUACION	INFORMACIÓN
<p>1. Antes de la intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estar en reposo ▪ Desarrolla sentimientos de confianza ▪ Dialogo interno positivo ▪ Para entrar en el quirófano existe “una llave, la higiene” 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vas a reposar y distraerte el máximo tiempo posible. ▪ Antes de la operación es necesario cuidar de la higiene de tu cuerpo. Sabes que cuando estamos enfermos nuestra flora bacteriana se desequilibra y estamos más expuestos a las infecciones. Por eso es importante el cuidado de las uñas, las zonas con pelos... ▪ Antes de la intervención un enfermero del quirófano y un anestesista vendrán a responder a todas tus dudas e interrogantes. También te ofrecerán medicamentos para calmarte y adormecerte. Todo va a ir bien contigo.
<p>2. Desplazamiento al quirófano¹: “El pequeño viaje”</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El día de la cirugía no comas, ni bebas a partir de la medianoche. ▪ Tienes que estar acostado en una cama y serás acompañado por un enfermero. Nunca vas a estar solo. Todo irá bien.
<p>3. Dentro del quirófano: Personas, vestuario, equipamientos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la sala todos están vestidos del mismo modo y vas a tener dificultad para reconocerlos (mascarilla, bata o pijama verde, gorro, botas). Ellos son: enfermero instrumentista y circulante, anestesista, cirujano, ayudantes y auxiliares. ▪ Los equipamientos son para que la operación se haga bien y no te causarán dolor. ▪ Vas a soplar en un balón de anestesia para no tener dolores. Solo al final, cuando estés dormido, te pincharan.
<p>4. Después de la cirugía: anestesia, dolor, sueño, despertar, expectativa e imagen corporal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La enfermera del quirófano transmitirá todo lo que ha pasado a su colega de enfermería que dará continuidad a tu cuidado. ▪ Al final de la operación te quedas con los ojos tapados (cirugía oftalmológica) ▪ Es normal que tengas frío y temblores pero serás arropado y acostado en una cama confortable. ▪ Podrás tener suero y sujeciones que pueden causarte incomodidad, pero habrá siempre un médico y un enfermero para cuidar de ti.
<p>5. Familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La madre no puede entrar en la sala de operaciones, pero irá a visitarte a otra sala después de la operación.

¹ El término en portugués que originalmente aparece en el protocolo es "transferencia", vocablo que en dicha lengua hace referencia a la traducción que hemos realizado. De otra forma podría ocasionar equívocos semánticos en castellano.

ajustados a la especificidad de la intervención y las características de los enfermos que, en este caso, se circunscribe a la infancia.

Desde la perspectiva de la pedagogía hospitalaria antes presentada parece coherente dar una mayor importancia al apoyo emocional y afectivo y se asume la exigencia de que existan alternativas educativas a través de las cuales se pueda prestar atención adecuada al niño hospitalizado, especialmente ante una intervención quirúrgica, si bien se propone como innovación el uso de un modelo de comunicación diferente que se ajuste mejor a las particularidades cognitivas y afectivas de la población infantil de edades comprendidas entre los 6 y los 13 años.

En suma, con este método se pretende una comunicación pedagógica eficaz con el niño creando un clima tranquilizador, donde se resalta el factor humano en la relación de ayuda. El interés de la investigación surgió de la necesidad de introducir innovación en la acción educativa en el equipo de salud. El método eduterapéutico es aquí utilizado como alternativa al método clásico de educación y ayuda en el postoperatorio.

Este método debe ofrecer al niño la adaptación de la información que el protocolo de preparación para la cirugía establece, facilitando una mejor comprensión de la situación y evitando la ansiedad reactiva generada ante la nueva situación.

Se utiliza el dibujo como tecnología educativa preferencial y encierra una doble finalidad:

- Facilitar a los técnicos sanitarios la acción interactiva.
- Lograr que el niño al que se dirige el tratamiento asimile la información y las solicitudes que éstos le hagan.

Y se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es la ventaja del método eduterapéutico frente al método clásico

de información descrito en protocolo y utilizado de forma rutinaria antes de la intervención quirúrgica por los técnicos de salud?.

- ¿En qué medida la forma de expresión dibujo/ texto de los niños puede ser utilizada como un proceso facilitador de comunicación pedagógica y terapéutica?
- ¿Existen indicadores en las narrativas de los niños en el postoperatorio que permitan concluir que existe alguna ventaja para los participantes en la utilización del método eduterapéutico?

MUESTRA

La muestra está compuesta por niños en edades comprendidas entre los 6 y 13 años hospitalizados y con indicación médica para cirugía en los hospitales de la Universidad de Coimbra entre junio y diciembre del año 2001. Para la selección de la muestra se ha seguido una técnica no probabilística accidental teniendo como base una lista de nombres de pacientes indicados para cirugía.

La muestra estaba constituida por 29 niños, que fueron agrupados en función de la naturaleza de los participantes:

- Grupo A: constituido por 18 participantes a los cuales les fue administrado el Método Eduterapéutico.
- Grupo B: constituido por 11 participantes que recibieron la información de rutina basada en los indicadores del protocolo de preparación para la cirugía.

PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS

- Se prepara un espacio adecuado para la entrevista y la comunicación para recibir a los niños previstos para cirugía. Para este efecto se ha

reservado una sala decorada con carteles diseñados con motivos infantiles, además de una mesa de trabajo, sillas y una cama. Esta sala de recepción y acogida es difícil de obtener en algunos hospitales generales por problemas de espacio, aunque es un requisito indispensable para la aplicación de este método. En ella el niño se puede sentar confortablemente acompañado por sus padres relacionándose con los técnicos sanitarios sin que la presencia de estos especialistas interfiera en su intimidad, es decir, se cuenta con un espacio suficiente que permita el acercamiento a los profesionales cuando es requerido por el niño y/o su distanciamiento para favorecer una mayor autonomía del enfermo.

- Un equipo de técnicos de salud «enfermeras y médicos» están dispuestos a participar en el desarrollo de la investigación. Este equipo constituido por 6 enfermeras y 2 médicos es preparado previamente para llevar a cabo el Método Eduterpéutico en todos los momentos.
- Pasos del Método Eduterpéutico: Como habíamos mencionado anteriormente el concepto de «Eduterapia» es un término que resulta de la investigación del Programa de Liberación Creativa diseñado, fundamentado y experimentado por Rodrigues (2000). Este concepto procura ser representativo del trabajo de mediación que un educador o un técnico de salud puede desarrollar en la ayuda al niño en situación de desventaja cognitiva y/o emocional y contribuir en la liberación de la creatividad así como en el esclarecimiento de sus dudas. El mediador desarrolla una estrategia al mismo tiempo educativa y terapéutica.

– *Producción expresiva del niño en ficha propia*: Cuando llega a la

sala de entrevista el profesional de salud *dice su nombre y pide al niño a su vez que diga su nombre también* y que se siente tranquilamente, además sugiere a los padres que se acerquen a la mesa con el niño. En este proceso de interacción un factor a tener en cuenta por los sanitarios es el relativo a la presencia física. Se habrá de cuidar la higiene personal y en el vestido así como su talante personal. Es prioritaria una actitud de respeto, cercanía afectiva e interés por entablar un intercambio más humano. Este profesional de salud pone a disposición del niño una caja que contiene marcadores, lápices, bolígrafos y la ficha de dibujo. Esta ficha está dividida en dos partes: la primera más extensa donde el niño realiza el dibujo y una parte más pequeña en el final de la hoja donde el niño escribe los comentarios y la interpretación que éste hace de su propio dibujo. Seguidamente se le pide al niño: «haz un dibujo de lo que te imaginas de la enfermedad, operación, hospital, y de los que te cuidan (médicos, enfermeras, otros)». Es necesario que el niño comprenda que este paso no es una tarea para ser evaluada sino que es una forma o vía para que se divierta y necesita que sea incentivado y motivado por todo lo que esté a su alrededor para realizar un dibujo sin prisas, lo que contribuiría a una mayor riqueza de elementos gráficos y posibilitaría una mayor interacción niño-profesional de salud. Se debe tener en cuenta que cuanto más abierto se muestre el niño a la interpretación de su dibujo más elementos tiene el profesional en que apoyarse para desarrollar la

relación de ayuda y cumplir pedagógicamente las exigencias del protocolo como se constatará en los pasos siguientes del Método Eduterapéutico.

- *Análisis de las producciones expresivas*: Después que el niño finaliza su dibujo en la parte superior de la hoja se le pide que interprete y describa el significado de los elementos del dibujo. Estos datos serán descritos en la parte inferior de la hoja por el niño o por el técnico de salud. Para estimular este trabajo de interpretación el profesional utiliza la técnica que denominamos «Cuestionamiento sistemático»: *¿Qué significa este dibujo?, ¿Qué quieres explicar?, ¿Esto te preocupa?*.

No es competencia del profesional de salud efectuar un trabajo de análisis dinámico de los dibujos, compete al niño explicar pormenorizadamente el significado de los elementos y los motivos que le llevaron a realizar el dibujo. El dibujo es simplemente un instrumento de activación de la interacción entre el niño y el profesional de salud creando espacios de diálogo de modo que se establezca un momento educativo suficientemente esclarecedor de todas las dudas. El técnico puede utilizar una especie de analogías entre los elementos expresivos del dibujo y la información científica/técnica que es necesario ofrecer al niño de acuerdo con lo exigido en el protocolo de preparación para la cirugía.

- *Retorno Eduterapéutico*: Una vez que el niño ha registrado los datos referentes a la interpretación del dibujo en la parte inferior de la hoja un profesional de salud procede a ofrecerle un Retorno Edu-

terapéutico. El Retorno es un proceso de feedback que permite a este profesional dar respuestas a las dudas del niño a partir de las necesidades expresadas en los elementos gráficos del dibujo. Este profesional de salud en vez de ceñirse a la lógica lineal y de rutina del protocolo de preparación para la cirugía utiliza una línea conductora de comunicación que es alimentada por los mensajes contenidos en el lenguaje gráfico y verbal del niño. Esto podría contribuir a desarrollar una estrategia pedagógica y formativa como una alternativa a la utilización de una estrategia administrativa e informativa que los técnicos utilizan corrientemente. Damos como ejemplo: el caso de un niño que ha dibujado e interpretado su dibujo como una cama y él acostado sobre ella, esto permite al técnico iniciar la técnica de Retorno esclareciendo al niño cómo va a ser su recorrido al quirófano y una vez que abandone la sala de operaciones (cómo va acostado, quién lo acompaña, qué va a sentir, etc. Otro ejemplo podría ser el rostro triste del niño en el dibujo lo que puede sugerir la necesidad de apoyo afectivo o cognitivo que deriva de una preocupación. El equipo de profesionales de salud tiene al mismo tiempo una acción pedagógica y terapéutica, esclarecen dudas; comparten informaciones; refuerzan positivamente; moderan la tensión nerviosa e incentivan una actitud positiva.

- *Después de la cirugía*: Se le pide al niño que hable un poco de su vivencia pre, peri o post-operatorio, lo que denominamos narrativa experiencial, donde se pretende

indagar: *¿Recuerdas algo o alguien aquí en este hospital que te ha gustado y te ha ayudado a quedarte más tranquilo antes de la operación?, ¿Recuerdas algo que te quedó menos claro y que te gustaría haber conocido antes de la operación?*

Si bien del total de 29 niños que constituían la muestra de la presente investigación 11 de éstos no recibieron apoyo a través del Método Eduterapeútico, pero al final todos efectuaron la referida narrativa experiencial.

ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Como ya se mencionó anteriormente, la muestra de trabajo estaba constituida por 29 niños que iban a ser objeto de intervención quirúrgica en el Hospital de la Universidad de Coimbra a lo largo del año 2001 (Tabla 1).

La experiencia de la primera etapa de aplicación del método demuestra que en algunos casos (2 pequeños) se sintieron preocupados a la hora de realizar su dibujo por no entender las expectativas que el personal tenía acerca de su expresión gráfica. Por ello se dirigieron a sus padres pidiéndoles instrucciones aclaratorias para efectuar la realización de la tarea y para extraer ideas al respecto. Todo lo cual implica mayor espacio temporal para conseguir que el niño se tranquilice y entienda la actividad como una forma divertida de

ocupar el tiempo libre y no como una obligación. Ante esta situación es imprescindible la actuación del técnico que realiza el método eduterapeútico, que debe mostrar en todo momento una actitud paciente, esclarecedora y empática.

Otra constatación es que un número significativo de los niños estudiados es capaz de mostrar habilidades gráficas de gran perfección estética y muy completas desde el punto de vista informativo. En concreto, se observan representaciones muy nítidas sobre el instrumental médico, mobiliario, personas, vestuario, incluso indicando detalles minuciosos, como se puede apreciar en la (figura 1), en la que se ha dibujado hasta el interruptor de una lámpara.

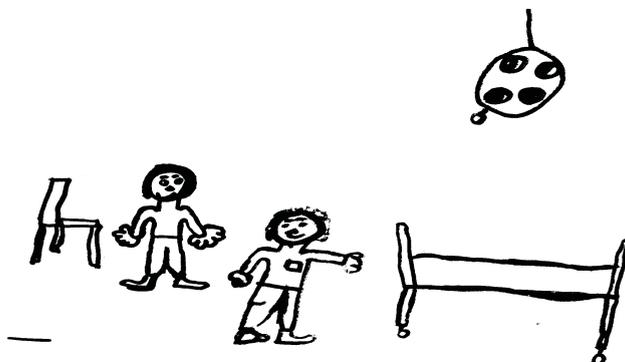
Inicialmente esta observación nos sorprendió ya que para los pequeños de nuestra muestra era su primera experiencia de ingreso hospitalario, lo que hacía esperar carencias de información sobre el recinto sanitario que impidieran una realización gráfica tan completa. Hay que indicar que algunos de estos detalles del dibujo pueden haber sido sugeridos por sus padres, pero sin duda el niño llega con una enorme carga informativa como consecuencia de los medios de comunicación social y del contexto escolar.

No obstante, también hemos verificado la existencia de otros sujetos que manifiestan dificultades para dibujar de forma pormenorizada la situación de hospitalización, posiblemente como consecuencia de menos destrezas gráficas y no por carencias informativas. Estos producen una imagen

TABLA 1
Sujetos de la muestra por grupo y sexo

Sexo	Con el método		Sin el método		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femenino	6	20,7	4	13,8	10	34,5
Masculino	12	41,4	7	24,1	19	65,5
Total	18	62,1	11	37,9	29	100,0

FIGURA 1
Dibujo de un niño de 10 años



Leyenda: «En una sala de operaciones y el médico me manda a la cama para ser operado. Una lámpara con luz fuerte...»

gráfica más esquemática, posteriormente completada con la expresión verbal de su dibujo, lo que en todo caso corrobora que disponen de conocimientos previos.

En consecuencia, estas observaciones afirman la potencialidad de uso del método eduterapéutico en proceso de experimentación.

Adentrándonos en la fase de interpretación de la imagen producida por los enfermos, que suponen únicamente la descripción de su contenido por parte del propio dibujante y no una interpretación dinámica llevada a cabo por parte de un especialista, hay que evitar todo intento de injerencia de los profesionales en el análisis de los elementos del dibujo de los niños, a fin de que la interpretación del dibujo realizada por el niño sirva como tópicos para el feed-back que el técnico sanitario ha de efectuar, según veremos más adelante, en la fase siguiente.

Como se recordará, el instrumento elaborado para la interacción icónico-verbal entre el enfermo y el técnico dispone de un espacio delimitado donde incluir de forma escrita las descripciones verbales que los pequeños hacen de su tarea. Dicha exposición por escrito en algunos casos será lle-

vada a cabo por el niño y en otros por el profesional de la salud.

En este método los elementos de la imagen gráfica y su significado sirven como factor de estímulo comunicativo, generando un proceso interactivo coherente con las exigencias de los procedimientos técnicos del protocolo así como de las necesidades cognitivas y emocionales de niño. En este sentido, es labor esencial del técnico sanitario orientar su comunicación a los significados del dibujo que normalmente revelan una demanda por parte del niño.

Denominamos «retorno eduterapéutico» al acto de devolver una respuesta esclarecedora a la petición de ayuda manifestada por el pequeño paciente. Este feed-back debe ser adecuadamente estructurado por el profesional, con el objeto de orientar y diseñar una intervención educativa que finalmente comporte el cambio hacia una actitud positiva del niño.

De acuerdo con la literatura especializada sobre el tema, los niños tienen miedo del instrumental sanitario y de los dolores, lo que se pone de manifiesto a través de su interacción verbo-icónica. Los miedos y las dudas parecen objetivarse en indicadores

CUADRO 2

Relación de los componentes gráficos interpretados por los niños, las emociones expresadas y el retorno eduterapéutico

Sujetos de la muestra	Componentes gráficos e interpretación de los niños <i>(Incluimos las expresiones usadas por los niños para describir el contenido de su dibujo)</i>	Emociones expresadas	Retorno eduterapéutico <i>Se inicia siempre con una presentación del profesional de la salud: «Hola», «mi nombre es...» y «¿tú como te llamas?» ...</i>
1	«Una médica me pone unas inyecciones... no me gusta» Refiriéndose al dibujo de una sala dice: «cajones, puertas y encima de la mesa objetos para la operación».	«Tengo miedo a que me pinchen»	«... voy a explicarte por qué no vas a tener dolor... antes te pondremos un balón para que te duermas» «voy a mostrarte algunos objetos para que veas que no te hacen daño»
2	«Un médico me manda a la cama». (Su dibujo muestra una cama y una silla dentro del quirófano y una persona que señala la dirección de la cama)	«No me gusta que me manden...» (tiene miedo a las instrucciones típicas de un hospital)	«No te mandarán para la cama de este modo, te ayudarán a acostarte y cuando te lleven hablan contigo, explicándote cosas de forma amistosa y graciosa».
3	«Un doctor me ausculta y una enfermera me trata» (Dibuja el exterior del hospital: el sol, el cielo, las nubes, una ambulancia y un hospital.	«Echo de menos a mis amigos» (este comentario pone de manifiesto el deseo de recuperar la salud para regresar a su contexto)	«Después de la intervención te dará el alta y volverás a casa. Pero deberás tener algunos cuidados, sin embargo podrás brincar con tus amigos y hacer una vida normal».
4	«Una mesa con cosas para que los médicos trabajen... Javier acostado y el médico va a sacar sangre».	«No me gusta que me saquen sangre, tengo miedo a los pinchazos»	«Ya no necesitas que te saquen más sangre, te darán un pinchazo pero solamente para no tener dolores».
5	«Los médicos están operando» (Todo el dibujo es de color negro)	«Angustia debida a la duda sobre lo que va a pasar... expectativa negativa»	¿Estás triste? Dime lo que te preocupa...
6	«Una camilla donde estoy acostado... los doctores me están haciendo la intervención... y hay también un foco y un aparato de anestesia».		«Voy a explicarte como es el quirófano y lo que va a pasar contigo».
7	«Hay tres camas, con tres niños que están siendo operados, con suero en los brazos. Hay enfermera y médicos... y una televisión para verla antes de la intervención».	Confianza y actitud positiva (Ello se observa por la actitud sonriente de las personas de su dibujo y las camas decoradas con flores)	«Me gusta verte contento» (Se aprovecha el estado positivo del niño) «Voy a explicarte todo sobre lo que puedes sentir cuando vuelvas a la enfermería después de la operación».
8	«Mi madre esperando por mí cuando me fui a hacer los exámenes». «No sé lo que me van a hacer en el quirófano, ni lo quiero saber».	Parecen subyacer sentimientos de miedo y mecanismos de huida. La única confianza la deposita en la madre	«En el quirófano tu madre no puede estar contigo». «Voy a explicarte el momento exacto en que tu madre te podrá visitar»

concretos tales como: «Tengo miedo de que me pinchen», «no me gustan las máquinas de los hospitales»...

Se constata en el cuadro II (componentes más comunes en los dibujos, significado que el niño le atribuye y retorno eduterpéutico) la existencia de elementos gráficos asociados a significados emotivos que permiten al técnico iniciar y desarrollar el retorno.

En algunos casos se observan señales de ansiedad y preocupación relacionadas con la seguridad de los acontecimientos futuros, se sienten inseguros y prevén un sufrimiento grande que no saben especificar. Sin embargo, no suelen mostrar miedos ante la posibilidad de no despertar de la anestesia propia de una operación quirúrgica o de morir en ella. Evidentemente los niños tienen una visión más positiva de la situación de hospitalización por motivos quirúrgicos, y en general hacia la vida que los enfermos adultos. Parecen acreditar fácilmente lo que los padres y profesionales de la salud les dicen, sobre todo cuando se refieren a otros casos parecidos que han ocurrido, específicamente haciendo mención de conocidos del pequeño que han pasado por la misma experiencia.

También se aprecian situaciones en la que los niños consideran la cirugía como un proceso de liberación y de cura de su problema, por lo que acceden a ella con una actitud completamente favorable. Muestra de este posicionamiento infantil sería las manifestaciones siguientes: «hay un señor durmiendo que fue operado... y está sonriendo y no tiene dolores» o/y «soy yo que voy hacia el quirófano y estoy un poquito contento».

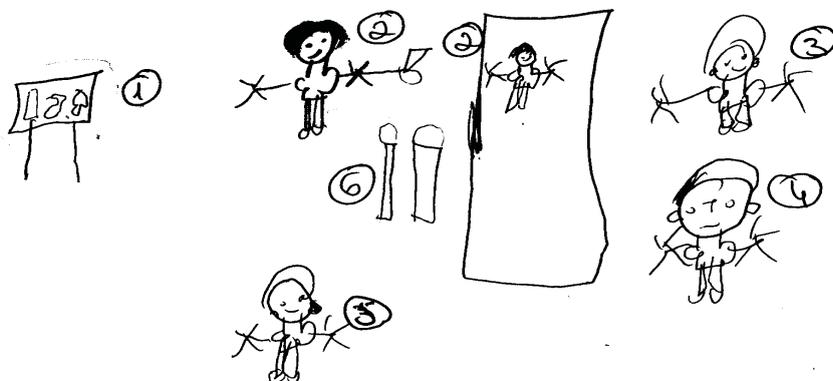
Únicamente hemos detectado un caso en el que un niño refiere las incógnitas acerca de lo que va a acontecer en el hospital y expresa su desinterés por conocerlo. Creemos que esta actitud de rechazo hacia el conocimiento puede ser un mecanismo para encubrir posibles preocupaciones que no quiere afrontar. Este hecho no debe

suponer la carencia de retorno eduterpéutico, por el contrario, el técnico debe ser sensible y buscar el camino de aproximación a las demandas sutiles de petición de ayuda. Resulta aclarador de este caso un niño que dibuja un hospital con muchas nubes todo pintado de negro, ante esto el técnico inicia el retorno manifestando interés en saber lo que preocupa al niño realizando diversas cuestiones como: ¿Estás triste? ¿Qué te incomoda?

Independientemente de que el niño tenga confianza, seguridad e ideas claras de lo que va a suceder, existe más información técnica que es preciso poner de relieve, especialmente la que tiene que ver con síntomas y dificultades que el enfermo sentirá o a las que se podrá enfrentar después de la intervención, todo ello con la expectativa de que no se sienta engañado y pueda tener una percepción negativa de su experiencia sanitaria.

En definitiva, podemos afirmar que el retorno eduterpéutico resulta más eficaz cuando es posible una continuidad de significación y de ritmo entre la señal gráfica, la carga emocional que representa y la respuesta oportuna del técnico. Un ejemplo de esta secuencia melódica de interacción se pone de manifiesto cuando el niño para explicar su representación gráfica expresa «Javier acostado y un médico le saca sangre» a lo que subyace un estado emocional que refiere mediante «no me gusta que me saquen sangre» (figura 3), en respuesta el sanitario retoma la idea diciéndole «ya no te vamos a sacar más sangre, sólo te vamos a poner una inyección para que no tengas dolores». A continuación el técnico puede seleccionar otros elementos del dibujo que le permitan desarrollar la comunicación informativa y pedagógica; por ejemplo: «también está tu madre en el dibujo», «debo explicarte que tu madre no podrá quedar en el quirófano pero estará esperándote tras la intervención». Esta capacidad de asociar los datos del dibujo interpretados por el niño con unos contenidos informativos

FIGURA 3
Dibujo de un niño de 7 años



Leyenda: 1: mesa con los instrumentos de los médicos; 2: Xavier tumbado y el médico va a extraer sangre; 3: médico; 4: madre; 5: médico; 6: frascos con sangre; tengo miedo de las agujas.

que es necesario ofrecer exige del técnico alguna habilidad, la cual se adquiere naturalmente cuando se utiliza con frecuencia. El técnico aprende a seguir una estrategia «mayéutica» interrogando al niño sobre los significados del dibujo, estimulando nuevos comentarios del pequeño y abriendo diversos canales de interacción, técnica que como se recordará se denomina en este estudio «interrogación sistemática».

ELEMENTOS SIGNIFICATIVOS EXPRESADOS EN LAS NARRACIONES DE LAS VIVENCIAS PRE Y POST-QUIRÚRGICAS

Las narraciones de experiencias recogidas tras la operación quirúrgica son, en general, sucintas y de respuestas cortas, de modo que a través de cuestiones efectuadas por los profesionales acerca de algo o alguien en el hospital que le haya gustado y ayudado a obtener una mayor tranquilidad antes de la intervención podemos reseñar las siguientes afirmaciones:

- «Me acuerdo de mi madre», es evidente que la madre representa un papel significativo para el niño desde el punto de vista afectivo de confianza y

expectativas positivas en la recuperación aunque no siempre aparece representada en su dibujo. Recuerdese que la consigna ofrecida a los niños para estimular su representación icónica de la situación hospitalaria no hacía explícitas indicaciones sobre la exposición de figuras de apego de la familia.

- «Me acuerdo del enfermero Luis»; recuerdo un balón que me ha gustado soplar y de la enfermera Rosario» El recuerdo del nombre de alguna persona en particular se halla íntimamente asociada con la implementación del método eduterpéutico, mientras que aquellos en los que no se intervino muestran más dificultades en la identificación de los rasgos del personal sanitario con el que ha estado en contacto tal como se pone de manifiesto en las afirmaciones siguientes: «Recuerdo a una señora de verde»; «Recuerdo a la enfermera pero no su nombre»; «Recuerdo a los médicos y a los enfermeros». Ello puede revelar, en última instancia, una serie de carencias de aproximación e interacción

afectiva de los técnicos hacia los pacientes.

- «Recuerdo a la médica que habló conmigo el día anterior y me ha recibido». Esta afirmación es errónea puesto que la persona de referencia era una enfermera. De un modo general se constata que el niño no sabe distinguir claramente si se trata de un enfermero o de un médico. Esta capacidad de determinar el «status» profesional del personal sanitario puede ser consecuencia de la falta de diferenciación por la indumentaria y también por las carencias de indicación explícita de los profesionales sobre su función; lo que en suma puede revelar una falta de trato más cercano. Estos problemas de identificación son más claros en los niños en los que no se ha trabajado con el método que proponemos. Por otra parte, también se constata que los niños que recibieron apoyo eduterapéutico afirman estar bien después de la intervención y que todo le había sido explicado previamente; lo que los diferencia de aquellos otros que no recibieron este tipo de metodología.

Puede observarse en las narraciones de experiencias postoperatorias de los niños que no estuvieron sujetos al método eduterapéutico, recibiendo tan sólo una información rutinaria, que ante cuestiones acerca de sus vivencias aportan respuestas como: «No me explicaron que no mejoraría mi visión», «... que podría quedar indispuerto» (haciendo referencia a la anestesia), «... que tendría tantos dolores y que iba a vomitar».

En otro orden de cosas, también se constata que los niños que recibieron apoyo eduterapéutico afirman estar bien después de la intervención, ya que todo se le había sido explicado previamente; lo que los diferencia de aquellos otros que no recibieron este tipo de metodología, como ya se indicó anteriormente.

CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo de investigación van a ser aglutinados en torno a tres bloques: dificultades indicadas por parte de los técnicos, ventajas del método y orientaciones para el futuro. Con ello pretendemos exponer de forma ordenada tanto los problemas que ha conllevado la aplicación del método como sus aspectos positivos y sugerencias para su utilización en otras situaciones.

- Dificultades indicadas por los técnicos
 - Carencia en la disponibilidad de tiempo para ofrecer la atención necesaria a cada niño.
 - Hábito o costumbre de transmitir la información fundamentada en los protocolos tradicionales.
 - Tendencia a estar más centrados en los objetivos y los resultados que se pretenden desde una perspectiva científico-técnica que en la persona.
 - Reticencias en la introducción de innovaciones en las experiencias de trabajo por considerar que éstas no van proporcionales ventajas en su actividad laboral.
 - Dificultad en adaptar el lenguaje y explorar los significados del dibujo y del texto como base para favorecer la interacción con los niños enfermos.
- Ventajas del método
 - Posibilidad de aproximar a los padres, a los técnicos y al niño en una labor común que favorezca la interacción satisfaciendo sus requisitos de información.
 - Crear contextos lúdicos y divertidos.
 - Adaptarse al estado emocional y cognitivo del niño creando clima de empatía.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajustar la comunicación a los contenidos culturales de los pequeños sin estar condicionado por los protocolos científico-técnicos establecidos.
 - Percibir los miedos y ansiedades que el niño no consigue expresar oralmente.
 - La utilización del dibujo como mecanismo de comunicación es un medio rico que el niño usa con facilidad para exponer su punto de vista sobre los acontecimientos presentes y futuros.
 - Orientaciones para el futuro
 - Visto que la eficacia del método depende de las posibilidades para explorar los diversos mensajes de la figura-texto, sería interesante disponer de un equipo preparado para utilizar y evaluar con regularidad esta metodología. Desde nuestro punto de vista los cuidados de salud implican frecuentemente competencias pedagógicas por parte de los profesionales de la salud y el saber utilizar estrategias educativas innovadoras en la acción de cuidar es una exigencia para la humanización de las instituciones. Pensamos que en el futuro las ciencias de la salud implicarán, cada vez más, una visión holística sanitaria, de la persona, sirviéndose de contribuciones multidisciplinares aportadas desde diversos ámbitos del conocimiento, especialmente del campo de la psicología y de la pedagogía.
- En definitiva, consideramos que los conceptos de educación y salud ganan cada vez más sentido entendidos desde una condición de complementariedad como la que sugerimos con el Método Educativo.

BARRUECO, A.; CALVO, I. ; MANUELES, J. DE.; MARTÍN, J. M^a. y ORTIZ C.: « La acción educativa en la asistencia al niño hospitalizado, en *Revista de Educación Especial*, 23 (1997), pp.39-45.

BALLARIN, C.: « L'enfant de trois a six seul a l'hospital». *Infirm Fr.*, 252 (1983), pp. 3-10.

COMUNIDAD EUROPEA: *Carta Europea de los niños hospitalizados*. Resolución de 13 de Mayo de 1986. N.C. 148/37. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 1986.

DAHLQUIST, L. Y GIL, K: «Preparing children for medical examination: the importance of previous medical experience», en *Health Psychology*, 5, 3 (1986), pp. 249-259.

FLÓREZ, J.: «Reacciones psicológicas del niño a la hospitalización. El Niño ante una situación de Excepcionalidad», en *Epheta*, 29 (1983), pp. 5-33.

GEIST, H.: *Cómo atender al niño antes y después de la hospitalización. Guía psicoprofiláctica para padres, médicos y enfermeras*. Buenos Aires, Paidós, 1976.

GARANTO ALÓS, J: «De la Medicina a las Ciencias de la Educación»: La Pedagogía Hospitalaria, en *Actas de las V Jornadas de Pedagogía hospitalaria*, Oviedo, E.O.J, 1995, pp. 216-226.

GONZÁLEZ-SIMANCAS, J.L. y POLAINO-LORENTE, A.: *Pedagogía Hospitalaria. Actividades educativas En ambientes clínicos*, Madrid, Narcea, 1990.

GRAU, C. y ORTIZ, M^a DEL C.: «Atención educativa a las necesidades especiales derivadas de Enfermedades crónicas y de larga duración», en *Enciclopedia psicopedagógica de necesidades educativas especiales*. Málaga, Ediciones Aljibe, 2, 2000, pp.1790-186.

KIPENHEUER, K.: *Lo que dicen los niños con sus enfermedades. Las enfermedades de niños y adolescentes como procesos*

- de origen anímico y oportunidades de crecimiento*. Bar. Ed.Urano.
- LIZASOAIN, O.: *Educando al niño enfermo. Perspectivas de la Pedagogía Hospitalaria*. N. Eunate, 2000.
- MCPHERSON, M y OTROS: «Una nueva definición de los niños con necesidades asistenciales especiales», en *Pediatrics*. Edición española, 1, 46, Julio (1992), pp. 2-6.
- MEC: *Intervención educativa en el Medio Hospitalario*. VI Jornadas de Pedagogía hospitalaria. Secretaria General de Educación y Formación profesional, Madrid, 1997.
- ORTIGOSA QUILES, J.M. y MÉNDEZ CARRILLO, F.J.: *Hospitalización infantil. Repercusiones Psicológicas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 2000.
- ORTIZ, M^a DEL C.: «Las necesidades educativas especiales del niño hospitalizado», en «INCLUÇÃO», 1 (2000), pp.53-60.
- Perspectivas de la Pedagogía Hospitalaria, en C.Grau y M^a del C. Ortiz.: *La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una escuela inclusiva*. Malaga, Aljibe, 2001, pp.19-53.
- PALOMO BLANCO, P.: *El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento*. Madrid, Pirámide, 1995.
- PRIESTLEY, G. Y PIPE, M): «Using toys and models in interviews with young children», en *Applied Cognitive Psychology*, 11 (1997), pp. 69-87.
- PURGA, D. Y ECKARDT: «Las reacciones infantiles a la enfermedad, la hospitalización y la cirugía», en M. Freedman, H. Kaplan y B. Sadock (eds.): *Tratado de psiquiatría* II, Barc., Salvat, 1982.
- PUYUELO, R.: *La ansiedad infantil*. Barcelona, Editorial Herder, 1984 .
- QUILES, M., ORTIGOSA, J., MÉNDEZ, F. y PEDROCHE, S.: «Cuestionario de preocupaciones sobre la cirugía infantil», en *Psicothema*, 11 (1999), pp. 601-609.
- RIESTRA, R. y OLTRA, R.: « Atención integral al niño hospitalizado». *I Jornadas de Enfermería Pediátrica*. Oviedo, Universidad, 1984, pp. 18-26.
- RODRIGUES, MANUEL ALVES: «Programa de libertação criativa com imagem para crianças com necessidade de apoio pedagógico», en *Revista Educação*, FCTUL. X, 2 (1999), pp. 75-85.
- RODRIGUES, MANUEL ALVES :»Terapia de liberación creativa con imagen», en VERDUGO, M.A. Y JORDÁN DE URRIES, B.: *Apoios, Autodeterminación y calidad de vida..* Salamanca, Ed.Amarú, 2001.
- SERRADAS FONSECA, M.: La acción educativa como alternativa en la reducción de la ansiedad en el niño hospitalizado. *Tesis Doctoral*. Universidad de Salamanca, 2002.
- VALDÉS, C.A. y FLÓREZ, J.A.: *El niño ante el hospital. Programas para reducir la ansiedad hospitalaria*. Universidad de Oviedo, 1995.
- ZUCKERBERG, A.: «Preparación perioperatoria», en C. Randall: *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*, Vol. 1, México. Nueva Editorial Interamericana, 1994.