



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

Titulación: GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

**EL VALOR TERAPÉUTICO DE LOS CUENTOS INFANTILES EN LA
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Estudiante: Alicia Chamorro García

Tutora: Nieves Porras Santos

Salamanca, mayo de 2012

Lista de abreviaturas

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
- 2.1. El niño hospitalizado: efectos, derechos, necesidades	2
- 2.2. Características de la hospitalización	3
- 2.3. Psiconeuroinmunología. Necesidad de actuar hacia un estado emocional positivo	5
- 2.4. Enfermería: diagnóstico y tratamiento psicosocial que puede prestar al niño hospitalizado	6
- 2.5. Propuesta de Terapia literaria	8
- 2.6. Justificación para enfermería	10
3. MATERIAL Y MÉTODOS	15
- 3.1. Diseño	15
- 3.2. Participantes	15
- 3.3. Procedimiento	15
- 3.4. Mediciones y descripción de los instrumentos utilizados	16
- 3.5. Análisis estadístico	17
4. RESULTADOS	18
- 4.1. Descripción de la muestra	18
- 4.2. Características sociodemográficas de la muestra de estudio	18
- 4.3. Características asociadas a la hospitalización:	18
- 4.3.1. Motivo de ingreso y número de estancias contabilizadas en noches en el momento de la entrevista	18
- 4.3.2. Número de ingresos anteriores	18
- 4.3.3. Ansiedad en los padres	19
- 4.3.4. Ansiedad en los niños	19
- 4.3.5. Miedos en la hospitalización	19
- 4.4. Emociones del niño en el ingreso:	19
- 4.4.1. Ante el hospital	19
- 4.4.2. Ante el profesional de enfermería	19
5. CONCLUSIONES	20
6. BIBLIOGRAFÍA	21

7. ANEXOS

- Tabla 1: Datos sociodemográficos.
- Tabla 2: Motivo de ingreso y número de estancias contabilizadas en noches en el momento de la entrevista.
- Tabla 3: Ansiedad adultos.
- Tabla 4: Ansiedad niños.
- Gráfico 1: Miedos específicos en el hospital.
- Gráfico 2: Emociones del niño ante la hospitalización.
- Gráfico 3: Emociones del niño ante la enfermera.
- Test de evaluación: STAI.
- Test de evaluación: STAIC.
- Test de evaluación: Inventario específico de miedos al hospital.
- Consentimiento informado.

Lista de abreviaturas.

OMS	= Organización Mundial de la Salud.
NANDA	= North American Nursing Diagnosis Association.
NOC	= Clasificación de Resultados de Enfermería.
NIC	= Clasificación de Intervenciones de Enfermería.
GEA	= Gastroenteritis aguda.
N	= Frecuencia.
\bar{X}	= Media aritmética.
P	= Porcentaje.
PD	= Puntuación directa.

Nota: El vocabulario elegido para la exposición del texto ha sido seleccionado en pro de la economía del lenguaje. De esta manera siempre se usará “niño” o “el acompañante” pese a que la muestra contenía tanto varones como mujeres. De la misma manera siempre se usará “enfermera” aun habiendo profesionales varones. Esta elección se ha llevado a cabo acorde con el BOE del *Programa formativo de especialidad de enfermera pediátrica*⁽²²⁾ que lleva a cabo la misma consideración.

RESUMEN

Con el presente trabajo pretendemos conocer el nivel de ansiedad de los niños hospitalizados y sus padres, los miedos específicos que refieren los niños, además de las características sociodemográficas básicas de los mismos: sexo, edad, escolaridad, parentesco del acompañante. La muestra estudiada fue de 20 sujetos en el Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara de Cáceres. Para la realización se aplicaron los test STAI, STAIC, Inventario de miedos específico del hospital y el test gráfico de Tres caras para evaluar las emociones del niño ante la enfermera y la hospitalización. Los resultados obtenidos revelan que el 50% de los adultos y el 70% de los niños se encontraban en un nivel centil muy alto de ansiedad durante la hospitalización. Los miedos más agudizados en los niños son: “me da miedo que me operen” y “me dan miedo los gérmenes o enfermar gravemente”.

Un 20% de los niños muestra una emoción positiva hacia el cuidado de la enfermera así como ninguno de ellos muestra una emoción positiva ante su estancia en el hospital. Con estos resultados consideramos conveniente ampliar y profundizar este estudio para valorar los beneficios de la lectura de cuentos a los niños hospitalizados y, especialmente, valorar si las emociones hacia la hospitalización y hacia el personal de enfermería mejoran, así como si disminuyen los niveles de ansiedad y miedos relativos a la hospitalización.

Palabras clave: Niño hospitalizado. Ansiedad. Miedos. Enfermera. Cuentos infantiles.

INTRODUCCIÓN

La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar. (Florence Nightingale, 1882)

2.1. El niño hospitalizado: efectos, derechos, necesidades.

En las últimas décadas ha aumentado notablemente la preocupación científica sobre el bienestar psicosocial del niño hospitalizado. Pilar Palomo hace referencia en su libro *El niño hospitalizado: características, evaluación y tratamiento* a investigadores que se ocupan del impacto emocional que el centro sanitario le causa al niño: Prough, Wolff, Lambert o Eiser. Como consecuencia de la hospitalización aparecen en el niño una gran variedad de síntomas y problemas de personalidad, todos ellos derivados de la angustia y del estrés que el internamiento causa en sí mismo, incluso cuando se trata de breves periodos de tiempo como un solo día. En la medida en que estas reacciones se mantienen, indican el grado de impacto adverso que ha tenido la experiencia. Palomo nos muestra las respuestas de los niños a la hospitalización según Zetterström:⁽¹⁾

- Problemas de alimentación como rechazo o hiperfagia.
- Alteraciones del sueño como insomnio o pesadillas.
- Enuresis o encopresis diurna o nocturna.
- Regresión a niveles de comportamiento más primitivos y pérdida de los niveles adquiridos previamente o del aprendizaje o conducta social.
- Movimientos espasmódicos involuntarios (tics).
- Depresión, inquietud y ansiedad.
- Terror a los hospitales, personal médico, agujas, procedimientos diagnósticos y a la ingestión de fármacos.
- Miedo a la muerte.
- Mutismo, regresión autista a grados de incomunicación o retraimiento en el contacto con la gente.
- Obsesión hipocondríaca o verdaderas alucinaciones sobre funciones corporales.
- Síntomas histéricos, como pérdida de la voz después de una

Gracias a la difusión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de los estudios preocupados en este ámbito, se ha prestado mucha atención al qué hacer para que la experiencia sea menos traumática para los niños y sus familiares. La Carta Europea de los Derechos de los Niños hospitalizados (1986) proclama, entre otros puntos:⁽²⁾

1. Derecho del niño a una recepción y seguimiento individuales destinándose en la medida de lo posible los mismos enfermero y auxiliares para dicha recepción y los cuidados necesarios.
2. Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.
3. Derecho a recibir, durante su permanencia en el hospital, los cuidados prodigados por un personal cualificado, que conozca perfectamente las necesidades de cada grupo de edad tanto en el plano físico como en el afectivo.

Los miedos relacionados con el daño físico y la enfermedad están muy arraigados en la especie humana, ya que constituyen una amenaza real para la persona y la supervivencia. Están asociados a circunstancias muy desagradables como el dolor o la muerte. Por ello es primordial la actitud serena de los padres y la relación positiva con el profesional sanitario, para proteger al niño de la ansiedad originada por la hospitalización y la cirugía.⁽³⁾

2.2. Características de la hospitalización.

La enfermedad, aunque sea leve, permite al niño desarrollar el conocimiento sobre el rol de enfermo. El desarrollo cognitivo y social explica los cambios evolutivos del niño de su representación del concepto salud/enfermedad como de su forma de vivirlos afectivamente. En este trabajo se incluye el estudio de sujetos de 7 a 14 años atendiendo a las características cognitivas según Piaget que nos exponen Latorre Postigo y sus colaboradores:⁽⁴⁾

Los niños de 7 a 11 años se encuentran a nivel evolutivo en el estadio cognitivo de operaciones concretas. Por primera vez el niño puede mostrar confianza hacia el médico. Entiende que el tratamiento está diseñado para que el sujeto mejore, pero los médicos y profesionales de enfermería sólo saben que se siente dolor si el sujeto lo expresa, llora o se queja (desarrollo primario de la empatía). La inmediatez en sus razonamientos no le permite entender que un medicamento con efecto inmediato desagradable (mal sabor, dolor) pueda tener un efecto beneficioso a largo plazo.⁽⁴⁾

Los niños de 11 a 15 años se encuentran en el estadio cognitivo formal. Ya entienden que la enfermedad puede tener múltiples causas interactivas: los agentes causales y la respuesta corporal. También relativizan la curación: el efecto beneficioso del medicamento o del tratamiento es distinto en cada sujeto en función de la respuesta peculiar que cada organismo le dé.⁽⁴⁾

Es decir, por la propia idiosincrasia de cada nivel evolutivo y desarrollo cerebral se debe adaptar la conducta profesional no sólo en cuanto a las técnicas –curar, inyectar, sondar...- sino a lo que ellos entienden. Las emociones en el niño surgirán en virtud de la percepción que tenga de lo que le ocurre.

En cuanto a la comprensión del entorno hospitalario, a partir de los siete años ya diferencian las funciones del médico y de la enfermera. El médico cura a los enfermos de manera automática mediante conductas rituales como exploraciones, es decir, mediante aquellos actos que el niño puede observar. La conducta de la enfermera empieza a asociarse a una función o cuidado, ayuda al médico mediante una serie de actividades concretas que éste le manda.⁽¹⁾

Los niños que han tenido experiencias previas de hospitalización interiorizan la creencia de que es el único lugar donde pueden aliviarse. Les proporciona sentimientos positivos acerca de la importancia del trabajo del personal sanitario para su recuperación y cuentan con mayores recursos para afrontar el estrés porque aprendieron qué estrategias de afrontamiento funcionan, además de que el ambiente del hospital ya no les resulta tan intimidante como a aquellos niños que lo desconocen.⁽⁵⁾ Pero no es una norma general. El impacto negativo de la hospitalización es mayor si el niño es pequeño y ha sufrido anteriormente experiencias hospitalarias negativas, teniendo en cuenta que también influye la actitud de los padres y la relación con los profesionales de la salud.⁽³⁾⁽⁶⁾

2.3. Psiconeuroinmunología. Necesidad de actuar hacia un estado emocional positivo.

El área científica multidisciplinar de la Psiconeuroinmunología pone en evidencia la interrelación que existe entre el sistema nervioso central y el sistema inmunitario. Ha documentado los efectos de los procesos psicológicos y neurales sobre las actividades del sistema inmune, y a la inversa.⁽⁷⁾ La relación entre el eje hipotálamo-hipófisis-adrenales es la mejor prueba de que existe una comunicación funcional, específica y con importancia biológica entre ambos sistemas.⁽⁸⁾

El sistema inmunitario es afectado por diferentes actitudes y reacciones emocionales de las personas, siendo el sistema límbico-hipotalámico del cerebro el principal mediador en la modulación de las respuestas del sistema inmune y de los sistemas nervioso autónomo y el endocrino, en respuesta a sugerencias mentales y creencias. Procesos relacionados con el estrés, pueden exacerbar problemas tales como enfermedades arteriales, hipertensión, y vulnerabilidad a la infección. El factor central que determina la magnitud de la respuesta de estrés parece ser la evaluación que se hace al estrés y a la percepción de control sobre la situación, más que las características objetivas del agente estresante; y los agentes estresantes influyen ampliamente en determinar nuestra susceptibilidad o resistencia a la enfermedad y su recuperación.⁽⁹⁾

La comunicación a través del sistema nervioso central y el sistema inmunológico ocurre a través de mensajeros químicos secretados por células nerviosas, órganos endocrinos y células inmunes; y el estrés psicológico puede romper el equilibrio en la red de interacciones. Se ha observado la integración entre neurotransmisores como la norepinefrina; neuropéptidos, por ejemplo encefalinas; neurohormonas como la adrenocorticotropina, y hormonas adrenales; y los receptores para estas moléculas están presentes en linfocitos y macrófagos. Algunos efectos inmunosupresores son atribuidos a la acción de los glucocorticoides y las catecolaminas (hormonas del estrés), ya que el estrés activa el eje hipotálamo-hipófisis-adrenales, y los glucocorticoides inducidos tienen diversos efectos antiinflamatorios e inmunosupresores, como reducir la interleucina 1 y aumentar la interleucina 6; el estrés también activa al sistema simpático y éste estimula a las glándulas suprarrenales para la secreción de adrenalina que inerva

los órganos linfoides. Es importante mencionar que uno de los efectos del estrés es aumentar los niveles de citocinas proinflamatorias.⁽¹⁰⁾

Se exponen algunas de las vías de comunicación entre ambos sistemas, aunque la literatura en este ámbito es muy extensa.⁽⁷⁻¹¹⁾ Como vemos, la función del sistema inmunológico de un niño con ansiedad o depresión estará disminuida y la probabilidad de contraer una nueva enfermedad o agravar la que ya tiene es alta.

2.4. Enfermería: diagnóstico y tratamiento psicosocial que puede prestar al niño hospitalizado.

La American Nurses Association reconoce tres lenguajes estandarizados que se interrelacionan entre sí para facilitar el uso de cada uno de ellos al profesional de enfermería. Estos lenguajes son los diagnósticos desarrollados por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), los resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y las intervenciones de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).⁽¹²⁾

La relación de enunciados de las tres taxonomías citadas a tener en cuenta ante la valoración de un diagnóstico de “Ansiedad” en el paciente, seleccionando los más pertinentes con este trabajo, es la siguiente:

1. Diagnóstico NANDA.

- Definición: Sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.⁽¹²⁾

2. Intervención NIC:

- Definición: Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.
- Ejemplos de actividades: utilizar un enfoque sereno que dé seguridad; tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante; permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo;

escuchar con atención; crear un ambiente que facilite la confianza; establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.⁽¹²⁾

3. Resultado NOC:

- Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificable.
- Ejemplos de resultados esperados: refiere disminución de la duración de los episodios e incremento de la duración del tiempo entre episodios; refiere dormir de forma adecuada; refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad; ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad; controla la respuesta de ansiedad.⁽¹²⁾

Aunque la ansiedad es una respuesta fisiológica deseable para el funcionamiento normal del individuo, puede aparecer patología en los mecanismos de control de la ansiedad: la inadecuación entre estímulos y situaciones y la compleja respuesta de alerta; su persistencia en el tiempo más allá de los límites adaptativos de una alertización que cumplió ya su función; el gasto antieconómico que supone producir y mantener el estado de alertización sin necesidades objetivas.⁽¹³⁾

Es importante también tener en cuenta la educación de los padres del niño hospitalizado en cuanto al contagio emocional. Se ha demostrado que la presencia de angustia materna y de eventos estresantes focalizados en su hijo, están significativa e independientemente relacionados con trastornos emocionales (ansiedad, depresión) en el niño de edad escolar.⁽¹⁴⁾

Bermejo Higuera opina que “el enfermo y el profesional se encuentran unidos solamente por aparatos, tubos y demás instrumentos terapéuticos; paulatinamente se ha ido depositando la confianza en los medicamentos e instrumentos accesorios en lugar de en la persona.”⁽¹⁵⁾ Nos explica cómo en el ámbito clínico es probable que el principal elemento deshumanizador del cuidado sea el aumento de las relaciones funcionales más que personales.

Considerando que el niño tiene sensaciones de miedo durante el proceso de hospitalización y que, generalmente, no espera cosas agradables, se deben realizar esfuerzos con el fin de hacer que el ambiente hospitalario sea más acogedor y humanizado. De ahí que la lectura de cuentos infantiles surja como una alternativa posible.⁽¹⁶⁾

2.5. Propuesta de Terapia literaria.

G. Jean recoge en su libro *El poder de los cuentos* algunas de las ideas de Bettelheim además de sus propias aportaciones sobre los efectos del cuento maravilloso en los niños. Bruno Bettelheim usó los cuentos con fines terapéuticos para paliar los traumas de los niños que pasaron por campos de concentración nazi. Las ideas de Jean son las siguientes:⁽¹⁷⁾

1. La primera virtud de los cuentos de hadas es la de simplificar todas las situaciones.
2. Facilitan la identificación del niño con el personaje bueno.
3. Los cuentos de hadas son la expresión simbólica de relatos de iniciación o de otros mitos de pasaje.
4. La mayoría de estos cuentos contienen una ética de “actos” asumida por el héroe. Transmiten al niño la creencia de que creciendo y trabajando duramente alcanzará la madurez.
5. Los cuentos a diferencia de los sueños pueden ser “comentados” con el niño sin que este experimente ninguna culpabilidad.
6. Citando a Tolkien, Bettelheim afirma que los cuentos de hadas no se refieren a la posibilidad sino a la “deseabilidad”. Los oyentes no sienten temor ante la angustia que a veces se expresa en los cuentos, puesto que saben que todo acabará de la mejor manera posible llegan a desear esa angustia.

A partir de los '70 y con los nuevos valores que nos invaden tras la Revolución francesa, se introducen nuevos temas considerados hasta entonces tabú para los niños, a los que se invita a afrontar el conflicto ya que éste es consustancial a la vida en sus formas variadas: enfermedad, locura, muerte, minusvalías, incomunicación.⁽¹⁸⁾ Los cuentos enseñan a los niños que luchar contra las dificultades de la vida es algo inevitable, intrínseco a la existencia humana; si no la rehúyen, si se enfrentan de forma resuelta con las situaciones inesperadas y a menudo injustas, dominarán todos los obstáculos y al final saldrán victoriosos.⁽¹⁹⁾

Ferrada Conseca numera las normas básicas que se deben tener en cuenta a la hora de narrar los cuentos propuestas por Camps y Marín:⁽²⁰⁾

1. Asimilar el cuento, más que memorizarlo.
2. No explicar nunca un cuento que no motive a la persona que lo va a leer.
3. Tomarse en serio el cuento que se explica.
4. Sencillez, tanto en la forma como en la expresión. Esto significa sin afectación, estando inmersos en el relato, olvidándonos de nosotros mismos.
5. Acción ininterrumpida y de una velocidad siempre en aumento, desarrollándose con rapidez y terminar con un golpe de efecto eficaz. Los comentarios destruyen absolutamente este movimiento. Todo epíteto o adjetivo superfluo es una barrera en el camino que recorre la imaginación hacia el desenlace.
6. Explicar la historia poniendo el corazón, identificándose con el carácter o la situación del momento, y poniéndose dentro de la piel de los personajes.
7. Tener la imagen ante los ojos. Ver lo que se explica.
8. Tener calma. Tener la tranquila seguridad de que domináis la situación.
9. Disimular los fallos de memoria. Es preferible explicar una historia improvisada que romper el encanto.
10. Hacer presentir la broma cuando se trate el género humorístico. Los niños disfrutaban con la anticipación de los momentos divertidos. Sugerir a los oyentes, a través de un cambio de tono o de gesto, que ya pueden prepararse para la risa.
11. Entusiasmo.

Hay evidencia de que los dos Hemisferios cerebrales reportan mayor actividad dependiendo de las tareas que realizan: el Hemisferio Izquierdo procesa el lenguaje secuencialmente, lógicamente y literalmente; el Hemisferio Derecho responde al lenguaje indirecto, metafórico, imaginario, implicativo, contextual. Mills y Crowley en 1986 plantean en su obra *Therapeutic Metaphors for Children*, que la Metáfora es una experiencia primaria la cual es mediada por el proceso del hemisferio derecho.⁽²¹⁾

El cuento y la metáfora coexisten en el lenguaje indirecto utilizado en la comunicación: el nivel del contenido de la historia y el nivel del significado asignado al contenido. En la trama se representan los personajes, la cual se va desarrollando creando asociaciones o interpretaciones de la historia. Además existe otro nivel, el de la realidad interna que se moviliza con las asociaciones generadas al leer el cuento, esto es, las conexiones que el niño o la persona hace internamente. Al escuchar e imaginar los cambios en la historia, también se producen cambios en la realidad interior, lo cual lleva

a la búsqueda y apertura de nuevas respuestas posibles, y conlleva al del ensayo de otras maneras de reaccionar o de vivir.⁽²¹⁾

Los niños construyen su realidad dentro del hospital. Cuando esa realidad se presenta como amenazante es necesario hacer cambios en los esquemas cognitivos para otorgar significado a las nuevas experiencias permitiendo que narre lo que él percibe que sucede. En el momento en que se dan los procesos cognitivos: reestructuración y resignificación, la persona encuentra una mayor coherencia en las experiencias al ponerles orden y comprenderlas. De no integrarse los eventos traumáticos los esquemas cognitivos se tornan rígidos. Ese cauce de expresión se crea de manera casi instantánea cuando se cuenta un cuento al niño. Eligiendo las narraciones adecuadas para cada caso –por ejemplo, personajes que sienten dolor- se creará una identificación del niño con el protagonista y su vivencia dolorosa la expresará cuando se le pregunte si, como el héroe, él también tiene dolor. Se sentirá más aliviado y comenzará a crear canales de expulsión de miedos.⁽⁵⁾

2.6. Justificación para enfermería.

¿Por qué tomar como una tarea de intervención profesional la narración de cuentos a los niños hospitalizados? En el programa formativo oficial de la especialidad Enfermería Pediátrica encontramos, entre otras, las siguientes competencias y capacidades que la enfermera debe adquirir:⁽²²⁾

1. Valorar la repercusión de la hospitalización y de los procesos de enfermedad que implican una pérdida o un cambio de vida, estableciendo una relación terapéutica que facilite su adaptación a la unidad, un afrontamiento adecuado y favorezca la implicación progresiva en los cuidados.
2. Gestionar cuidados de enfermería al niño con un proceso oncológico de forma autónoma, que permitan una adecuada adaptación, vivencia y afrontamiento de la enfermedad, del largo proceso evolutivo de la misma, la terapia intensiva y específica que requiere, sus efectos secundarios y la repercusión psico-emocional y social que supone para el niño, adolescente y su familia.
3. Proporcionar el apoyo emocional necesario, ante el impacto producido por la gravedad de la enfermedad, el ingreso en Urgencias, UCIN o UCIP, para

disminuir el estrés emocional, facilitar el afrontamiento eficaz de la situación y favorecer la adaptación a la unidad o la vivencia del duelo.

El profesional debe ayudar al niño a crear un sentimiento de seguridad, hablarle de las cosas que le interesan y le preocupan, y apoyarlo en todo momento. Las respuestas de apoyo mostradas por el personal de enfermería hacia el niño promueven el sentido del dominio y de la autoconfianza.⁽¹⁴⁾ Así mismo, debe prepararlo para los procedimientos invasivos que ella misma le va a realizar (inyecciones, sondas, goteros, curas...)⁽¹⁴⁾ Los eventos positivos (narrar un cuento) disminuyen indirectamente los afectos negativos (cura dolorosa) mediante la creación de un contexto saludable a partir del cual se juzga el efecto de las experiencias negativas.⁽¹⁸⁾

El profesional de enfermería es el que mejor conoce las ansiedades y problemas del niño ya que es la persona que pasa mayor tiempo con él y por tanto debe estar preparado para brindarle el apoyo necesario. La palabra amable de una enfermera no calma el dolor pero ayuda a soportarlo.⁽¹⁴⁾ En el transcurso de una enfermedad, más aún, de una enfermedad terminal, al trabajar los aspectos psicológicos positivos en el niño apenas caben estrategias de estima y superación. El niño sólo puede recibir mensajes de afecto y de cariño. Se reconforta y siente que no está solo. El cuento será recibido por el paciente como un regalo y como una unión en complicidad con aquel que se lo cuenta.⁽¹⁸⁾

Las propuestas específicas de la narración de cuentos como herramienta terapéutica a los niños ingresados se concretan en las siguientes:

1. Lectura o narración de historias a los niños cuando la enfermera lo crea oportuno:
 - En una intervención de larga duración, como una cura. De esta manera el niño podrá distraer su atención de las sensaciones dolorosas o molestas que el procedimiento le cause.
 - La noche del ingreso, para ayudar al niño a integrarse en el ambiente hospitalario y le resulte menos hostil.
 - A los niños con mayores problemas de adaptación emocional a la estancia.
 - A aquellos con peor pronóstico que tengan mayor sufrimiento espiritual.

Siempre sin olvidar que debe realizarse de una manera equitativa entre todos los pacientes al mismo tiempo que se valoran las necesidades individuales.

2. Creación de un cuento colectivo que se vaya escribiendo en una cartulina o similar con ayuda de los acompañantes. La enfermera podría encargarse de ser la portadora del mismo en un horario programado, pasándolo por las habitaciones para que cada niño pueda continuarlo. El objetivo sería doble:
 - La expectativa por “lo que trae la enfermera entre manos“, no será sólo en espera de dolor o molestias.
 - El niño se sentirá parte de un grupo afín, menos solo en su dolencia, y se integrará más fácilmente en el contexto y en el encuentro con los otros niños que pueden reunirse en el Aula hospitalaria.

Acompañar al niño para que sea él quien cree sus propios cuentos tendría similares efectos terapéuticos que el hecho de contárselos.⁽²³⁾ Pero supone disponer de un tiempo que las funciones asistenciales de la enfermera no le permite gestionar en la mayoría de los centros de trabajo. Por ello, el cuento colectivo sería una manera de fomentar e integrarse en ese canal de expresión espontáneo en el que el niño, a través de la metáfora, da sentido a sus miedos y preocupaciones. Esta intervención tendría que llevarse a cabo a nivel multidisciplinar, con el maestro y el psicólogo, quienes mediarían en la creación del cuento y su interpretación, tanto a nivel colectivo como individual.

3. Incidir en el fomento de la lectura. Para ello sería conveniente que conociera los libros disponibles en el Aula hospitalaria para el uso de los niños. Haciendo un breve comentario sobre su contenido, el impulso hacia la lectura será más efectivo:
 - Creará un nuevo vínculo de complicidad con el niño disminuyendo así su tensión e inseguridad hacia el personal sanitario y aumentando las posibilidades de incrementar su adherencia terapéutica y de soportar con más entereza el dolor causado por otras intervenciones.
 - Cuando el acompañante se interesa en leer para el niño y se transforma en copartícipe, se fortalece el hábito de la lectura en el paciente, lo que también mejora la comunicación entre madre e hijo durante la hospitalización.⁽¹⁶⁾

Es cierto que el panorama actual de las bibliotecas hospitalarias en España no es muy alentador debido a la falta de recursos materiales así como la carencia de personal cualificado que las dirijan.⁽²⁴⁾ El Aula hospitalaria también está dotada de material, además de estar en auge iniciativas para optimizarlas, llevadas a cabo por asociaciones de voluntariado o el proyecto “CurArte”, puesto en marcha por la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad de Salamanca desde el año 2003, para la mejora de las condiciones de los niños y adolescentes hospitalizados a través del juego, la creatividad y el arte.

Biblioteca de Cabecera nace con el objetivo de crear una colección de libros destinada a la lectura de los pacientes ingresados en cualquiera de los once hospitales de la red del Servicio Extremeño de Salud. El primer volumen de esta colección, “Relatos de Jesús Delgado Valhondo”, llegó a los hospitales de la región en 2007.

Podemos recomendar, para una aproximación a los cuentos destinados a fines terapéuticos, la *Guía bibliográfica para padres y madres* de Pilar Carrasco Lluch o la reciente publicación (Diciembre 2011) del manual de Ana Gutiérrez y Pedro Moreno *Los niños, el miedo y los cuentos. Cómo contar cuentos que curan*.

En la revisión bibliográfica para este estudio, los textos encontrados sobre los beneficios de la lectura en el paciente son relativamente abundantes, pero se abordan desde una perspectiva psicopedagógica⁽⁵⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁷⁻²¹⁾⁽²⁵⁾. Sin embargo, la terapia literaria es una tarea multidisciplinar y los brotes científicos que acercan esta herramienta terapéutica al profesional de enfermería comienzan a ser visibles desde fechas muy recientes.⁽¹⁶⁾⁽³⁰⁾

Por lo expuesto, el presente trabajo se plantea los objetivos siguientes:

a. OBJETIVO GENERAL:

- Justificación de la terapia literaria como tratamiento enfermero.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Registrar características sociodemográficas básicas de los niños hospitalizados: edad, sexo, estado de escolaridad.
2. Conocer las características de la hospitalización: motivo, duración de la estancia contabilizada en noches, número de hospitalizaciones anteriores.

3. Evaluar el nivel de ansiedad estado y rasgo de los niños hospitalizados y sus acompañantes principales.
4. Constatar los miedos que presentan los niños hospitalizados.
5. Valorar las emociones de los niños con respecto al proceso de hospitalización y el personal de enfermería de planta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las palabras son sólo piedras puestas atravesando la corriente de un río. Si están allí es para que podamos llegar al otro margen. El otro margen es lo que importa. (José Saramago)

3.1. Diseño.

Estudio observacional descriptivo de corte transversal.

3.2. Participantes.

La investigación se ha realizado en la planta de Pediatría general del Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara de Cáceres, ya que no existe un hospital pediátrico en la Comunidad de Extremadura ni encontré ningún estudio en la comunidad que hiciera referencia a las terapias alternativas a la medicina convencional.

1. **PACIENTE.** El rango de edad seleccionado fue el de los niños de 7 a 14 años, edad máxima que se permite en pediatría. Según Piaget, es la etapa del desarrollo cognitivo en la que el niño deja de actuar impulsivamente ante los nuevos acontecimientos y de creer indiscriminadamente todo relato que el adulto le cuenta. Reemplaza esta conducta por un acto de reflexión realizando un diálogo interno consigo mismo y por ello evaluará individualmente sus emociones y su propia perspectiva de la realidad.⁽²⁶⁾
2. **ADULTO RESPONSABLE** del niño participante. Da fe de su inclusión en la prueba y de su aceptación de la libre elección de participar del niño. Todos los sujetos firmaron el consentimiento informado previamente a su inclusión.

La elección del adulto responsable se hizo atendiendo al nivel de implicación en la permanencia junto al niño durante el ingreso.

3.3. Procedimiento.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de Cáceres el 4 de Mayo de 2012. El periodo de la toma de datos en el hospital fue del 8 al 21 de

Mayo; el número de participantes fue de 20 individuos. Los datos se recogieron mediante entrevista personal.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: negativa del niño o responsable, el mismo día de ingreso, fiebre, vómitos, dolor, inmovilidad, aislamiento preventivo, discapacidad mental, incapacidad para hablar, recuperación postquirúrgica y realización de alguna prueba complementaria antes de la entrevista.

Los test se aplicaron al adulto sin la presencia del niño y al niño con el acompañamiento obligatorio del adulto firmante. Se pidió siempre la no intervención en lo posible para facilitar la expresión espontánea del niño y siempre el responsable lo respetó y consideró adecuado y oportuno.

El horario elegido fue el compatible con el funcionamiento de la asistencia sanitaria primordial y previo acuerdo con la supervisora de planta.

La información recogida en los cuestionarios se procesó de forma anónima y fue analizada desde una perspectiva estadística.

3.4. Mediciones y descripción de los instrumentos utilizados.

- AL ADULTO RESPONSABLE:

1. Entrevista semiestructurada para la recogida de datos básicos: edad del niño, estado de escolaridad, motivo de ingreso, número de noches pernoctadas en el momento de la entrevista, número de hospitalizaciones anteriores especificando la relación con el ingreso actual y parentesco con el paciente.
2. STAI- State Trai Anxiety Inventory:⁽²⁷⁾ inventario de ansiedad estado y rasgo creado por Spielberger en 1971. Cuestionario de carácter psicométrico que consta de dos escalas que miden lo que Spielberger diferencia como ansiedad estado y ansiedad rasgo. Según él, ante una situación concreta estresante o amenazante, la persona puede expresar una reacción de ansiedad durante cierto periodo de tiempo con cambios fisiológicos y conductuales pero siendo ésta un estado emocional transitorio de ansiedad producido ante un estímulo concreto (hospitalización, intervención quirúrgica...): es lo que denomina “A-State”. Pero

la ansiedad también existe como rasgo de personalidad “A-Trait” refiriéndonos con ello a las diferencias individuales relativamente estables que muestran los sujetos con respecto a la propensión a padecer estados de ansiedad.⁽¹⁴⁾ El número de preguntas totales es de 40 y se valoran con cuatro variables cualitativas: nada/ algo/ bastante/ mucho.

- AL NIÑO HOSPITALIZADO:

3. STAIC- State Trai Anxiety Inventory for children:⁽²⁸⁾ creado por Spielberger, derivado de su creación anterior para adultos y adaptado por Seisdedos en 1989 para la población española. Consta de 40 preguntas que se evalúan con tres variables cualitativas: poco/ regular/ mucho.
4. Inventario específico de miedos al hospital construido en 1975 por Melamed y Siegel.⁽³⁾ Dispone de un miedómetro numérico de cinco posibles variables cualitativas para 25 preguntas: Nada de miedo/ algo de miedo/ bastante miedo/ mucho miedo/ muchísimo miedo.
5. Instrumento gráfico de evaluación de emociones de tres caras: alegre/neutra/triste, con las que el niño se apoya para responder las siguientes preguntas abiertas: ¿Qué sientes cuando piensas en el hospital? ¿Qué sientes cuando entra el enfermero o la enfermera en tu habitación?

El orden de presentación de los test a los niños fue el siguiente: 1. caras sobre la hospitalización; 2. STAIC; 3. caras sobre el personal de enfermería; 4. cuestionario de miedos. El motivo de intercalar los tipos de test fue que los niños responden con más ánimo al test gráfico y, de esa manera, se capta mejor su atención desde el principio y se rompe la monotonía de las preguntas.

3.5. Análisis estadístico.

Se realizó un análisis observacional descriptivo de la muestra a través de frecuencias y medias y de las variables sociodemográficas y clínicas consideradas.⁽²⁹⁾

RESULTADOS

El regalo de un libro, además de obsequio, es un delicado elogio. (Anónimo)

4.1. Descripción de la muestra.

La selección de sujetos fue por muestreo consecutivo. La muestra final del estudio ha sido de 10 niños y sus respectivos progenitores, un total de 20 individuos. Todos decidieron colaborar libremente a excepción de una madre de nacionalidad extranjera que afirmó no comprender el objetivo del estudio aunque su competencia lingüística era suficiente. Ninguno de los participantes abandonó la prueba. En el Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara de Cáceres ingresan anualmente más de 1.000 niños, con una estancia media aproximada de 7 noches.

4.2. Características sociodemográficas de la muestra de estudio.

En la tabla 1 se detalla la información referida a los datos sociodemográficos incluidos en el estudio: edad, sexo, escolaridad, parentesco niño-adulto. En el 100% de los casos estaban supervisados por un familiar directo.

4.3. Características asociadas a la hospitalización:

4.3.1. Motivo de ingreso y número de estancias contabilizadas en noches en el momento de la entrevista.

En la tabla 2 pueden observarse los datos de ingreso indicados.

4.3.2. Número de ingresos anteriores.

En la muestra de estudio: 7 niños (70%) ingresaban por primera vez y 3 niños (30%) habían sido ingresados con anterioridad.

a. 2 de ellos (20%) en una estancia breve a causa de riesgo de deshidratación por gastroenteritis aguda (GEA). Ninguno de los niños recordaba el episodio; ambos eran menores de 3 años cuando se dio el cuadro clínico y en ningún caso guarda relación con el motivo de ingreso durante el presente estudio.

b. Uno de ellos (10%) ha ingresado 5 veces en los últimos 3 años. Su diagnóstico está en estudio.

4.3.3. Ansiedad en los padres.

En la tabla 3 se puede observar el nivel de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo de los 10 adultos, medido en centiles. Se observa la media de las puntuaciones directas y el centil que le corresponde según el baremo TEA de la población española.

4.3.4. Ansiedad en los niños.

En la tabla 4 se puede observar el nivel de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo de los 10 niños, medido en centiles. Se observa la media de las puntuaciones directas y el centil que le corresponde según el baremo TEA de la población española.

4.3.5. Miedos en la hospitalización.

De los miedos reflejados en el Inventario específico de miedos al Hospital construido por Melamed y Siegel, aquellos que fueron valorados al menos por un niño con una puntuación de 3 (bastante miedo), 4 (mucho miedo) o de 5 (muchísimo miedo), son los que se reflejan en el gráfico 1. Los que fueron valorados en todos los casos con la mínima puntuación (1 o 2 puntos) quedan excluidos: “me dan miedo los objetos cortantes” y “me da miedo marearme en el coche”.

4.4. Emociones del niño en el ingreso:

Las emociones del niño ante su vivencia de la estancia en el hospital fue evaluada con el test gráfico de las 3 caras: alegre/neutra/triste.

4.4.1. Ante el hospital.

Ante la pregunta, ¿Cómo te sientes al pensar que estás en el hospital? Las respuestas de los niños pueden observarse en el gráfico 2.

4.4.2. Ante el profesional de enfermería.

Ante la pregunta, ¿Cómo te sientes cuando ves entrar a la enfermera en tu habitación? Las respuestas de los niños pueden observarse en el gráfico 3.

CONCLUSIONES

En muchas ocasiones la lectura de un libro ha hecho la fortuna de un hombre, decidiendo el curso de su vida. (Ralph Waldo Emerson)

Los resultados obtenidos revelan que el 50% de los adultos y el 70% de los niños se encontraban en un nivel centil muy alto de ansiedad durante la hospitalización. Los miedos más agudizados en los niños son: “me da miedo que me operen” y “me dan miedo los gérmenes o enfermarse gravemente”.

Ninguno de los niños expresó ni sugirió que recibiera un trato negativo o poco amable por parte de la enfermera, pero no sienten cercanía con el profesional. Los niños que no eligieron la cara positiva (80%) hicieron referencia a inyecciones, tomas de tensión... Técnicas dolorosas o molestas. 6 de ellos (60%) afirmaron sentir tensión e inseguridad cuando entraba la enfermera en su cuarto “especialmente si trae algo en la mano porque nunca se sabe lo que te va a hacer”.

Acorde con los enunciados de los diagnósticos, NIC y NOC, las narraciones literarias cumplen con éxito todos los resultados esperados en la intervención del diagnóstico “ansiedad”, con los beneficios en el sistema inmunitario que conllevan.

Implicarse en esta forma de terapia favorecerá el diálogo enfermera-paciente. Al contar historias, se entra en el mundo de la imaginación del niño y así mejorará su adherencia terapéutica al sentirse más cercano al personal dispensador de los tratamientos y curas.

Hay que afirmar que el número de individuos de la muestra no es descriptivo de la población de estudio aunque los resultados obtenidos muestran la pertinencia de continuar el estudio para valorar los beneficios de la lectura de cuentos en el hospital y, especialmente, valorar si las emociones hacia la hospitalización y el personal de enfermería mejoran, así como si disminuyen los niveles de ansiedad y miedos relativos a la hospitalización. Deseamos notificar el buen trato y acogida por parte del personal del hospital, uno de los motores principales de impulso para llevar a fin este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Palomo MP. El niño hospitalizado: Características, evaluación y tratamiento. Madrid: Ediciones Pirámide; 1995.
2. Carta Europea de los niños hospitalizados. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, nº 148/37 (13 de mayo 1986) [Consultado en abril de 2012]
3. Méndez FX. Miedos y temores en la infancia. Madrid: Pirámide; 1999.
4. Latorre Postigo JM y col. Ciencias psicosociales aplicadas II. Madrid: Síntesis; 1995.
5. Guzmán VM. La narrativa como recurso terapéutico para disminuir los niveles de ansiedad en los niños hospitalizados [Tesis]. Universidad de Colima; 2006.
6. Siegel LJ, Hudson BO. Hospitalization and medical care of children en CE. Roberts Eds. Handbook of Clinical Child Psychology 1992. New York Wiley-Inter-science. 1089-1108.
7. Solomon GF. Whither Psychoneuroimmunology?. A new era of immunology, of somatic medicine, and of neuroscience. Brain. Behav. and Immun.1993; 7:352-356.
8. Espinosa E, Bermúdez-Rattoni F. Relación conducta inmunidad: el papel de las citocinas. Revista de Investigación Clínica 2001. 53:3:240-253.
9. Pocino M, Castés M. Psiconeuroinmunología: la IV herramienta en la lucha contra el cáncer dentro de un enfoque integral. I Encuentro internacional de Psiconeuroinmunología. III Curso nacional de Psiconeuroinmunología. “Paz y Salud. Un nuevo desafío”. Cátedra de Inmunología. Escuela de Medicina José María Vargas. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela, 7 al 14 de Abril 2002. Caracas, Venezuela.[Consultado en marzo de 2012]; Disponible en:
https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.centrokineos.com%2Farticulo%2Farticulos_tecnicos%2FPsiconeuroinmunologia-cancerMarisolPocino.pdf
10. Treviño MA, Jaramillo F. El sistema nervioso y su relación con el sistema inmunológico. Investigación y Ciencia. 2005 julio/diciembre; 13 (33): 14-21.
11. Kemeny ME, Miller G. Effects of Psychosocial interventions on the immune system. Psychoneuroimmunology: An Interdisciplinary Introduction. Schedlowsky M y Tewes U (Eds.) Kluwer Academic/Plenum Publisher. New York. 20: 373-415.

12. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Mosby; 2007.
13. Herrero L, Sabanes F, Payes E. Ansiedad, fisiología y conducta en trastornos de ansiedad en medicina. Barcelona: Laboratorios Oechst; 1983.
14. Valdés CA, Flórez JA. El niño ante el hospital. Programas para reducir la ansiedad hospitalaria, Universidad de Oviedo. Servicio de publicaciones; 1995.
15. Bermejo J. Qué es humanizar la salud. Por una asistencia sanitaria más humana. Madrid: San Pablo; 2002.
16. Albano MAS, Correa I. Lectura de cuentos infantiles como estrategia de humanización en el cuidado del niño encamado en ambiente hospitalario. Invest Educ Enferm. 2011; 29 (3): 370-380.
17. Jean, G. El poder de los cuentos. Barcelona: Pirene; 1988.
18. Carrasco P. Estudio del valor terapéutico de la literatura infantil en niños hospitalizados [Tesis]. Universidad de Murcia; 2008.
19. Bettelheim B. Psicoanálisis de los cuentos de hadas. Barcelona: Crítica; 1999.
20. Serrada M. El valor terapéutico de la lectura en el medio hospitalario. Aula 1999. 11: 233-245.
21. Campillo M. El cuento terapéutico: El método de la magia. Revista SEFPSI. 2004 (7): 193-208.
22. Orden SAS/1730/2010 de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Enfermería Pediátrica. Boletín Oficial del Estado, nº 157 (29 de junio de 2010) [Consultado en abril de 2012]; Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/06/29/pdfs/BOE-A-2010-10365.pdf>
23. Bruder M. Implicancias del cuento terapéutico en el bienestar psicológico en mujeres y sus correlatos. Rev. Psicología da Vetor Editora 2004. 5 (2): 14-21.

24. Vall-Casas A; Grup d'Investigació DENEÀ. Reflexiones en torno a un perfil profesional: bibliotecarios de bibliotecas para pacientes en España.[Consultado en mayo de 2012]; Disponible en: http://eprints.rclis.org/bitstream/10760/10608/1/COMUNICACIO_SARAGOSS_A_22_10_07.pdf
25. Rodríguez M, Palermo J. Lectura para pacientes y su doble finalidad. Recrear e informar. Proyecto de implantación de lectura pública en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada. 3as J Doc Inf C Sal. 1992: 119-128.
26. Piaget J. La representación del mundo en el niño. Madrid: Morata; 2001.
27. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado-rasgo en Niños. Adaptación española: TEA Ediciones: Madrid; 1982.
28. Spielberger CD, Edwards CD, Lushene RE, Montuori J, Platzek D. Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado-rasgo en Niños. Adaptación española: TEA Ediciones: Madrid; 1990.
29. Cruz Lériða A, Fajardo Utrilla B. Estadística básica para enfermería. Cáceres: Librería Técnica Universitaria "Figueroa 2"; 1999.
30. Ceribelli C, Nascimento LC, Pacífico SMR, Lima RAG. La mediación de la lectura como recurso de hospitalización en niños hospitalizados. Rev Latino-am Enfermagem 2009 enero-febrero; 17(1). [Consultado en abril de 2012]; Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae.

ANEXOS

SEXO	Frecuencias (n)	Porcentaje (P)
Varones	5	50 %
Mujeres	5	50 %
EDADES		Media (\bar{X})
Varones de 7 a 11 años	5	9.6
Mujeres de 9 a 13 años	5	12
NIVEL EDUCATIVO		Porcentaje (P)
2° primaria	1	10 %
5° primaria	4	40 %
6° primaria	2	20 %
1° ESO	1	10 %
2° ESO	2	20 %
ACOMPañANTE HOSPITALARIO		Porcentaje (P)
Padre	6	60 %
Madre	3	30 %
Abuela materna	1	10 %

Número total de individuos = 10.

Tabla 1: Datos sociodemográficos.

Motivo de ingreso	Frecuencias (n)	Porcentaje (P)	Media (\bar{X}) de estancias (noches) en el momento de la entrevista
Visión borrosa en estudio	2	20%	3.5
Síndrome nefrítico por infección vírica	1	10%	9
Inflamación de testículo en estudio	1	10%	4
Cefalea en estudio	3	30%	2.66
Apendicectomía	1	10%	5
Dolor abdominal en estudio	2	20%	3

Número total de individuos = 10

Tabla 2: Motivos de ingreso y estancias contabilizadas en noches en el momento de la entrevista.

Sexo	Centiles	0-24		25-49		50-74		75-99	
Varones		n	$\frac{PD}{\bar{X}}$	n	$\frac{PD}{\bar{X}}$	n	$\frac{PD}{\bar{X}}$	n	$\frac{PD}{\bar{X}}$
	A-Estado	1	11	1	18	0		3	35.6
	A-Rasgo	3	8.6	3	15.3	0		0	
Mujeres									
	A-Estado	1	12	0		1	24	2	36.5
	A-Rasgo	1	12	1	23	2	28.5	0	

A = Ansiedad.

PD = Puntuación directa.

\bar{X} = Media.

Número total de individuos = 10

La tabla refleja la media de las puntuaciones directas con los centiles correspondientes de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo en los adultos.

Tabla 3: Ansiedad adultos.

Sexo	Centiles	0-24	25-49	50-74	75-99
Niños		n $\frac{PD}{\bar{X}}$	n $\frac{PD}{\bar{X}}$	n $\frac{PD}{\bar{X}}$	n $\frac{PD}{\bar{X}}$
	A-Estado	0	1 28	0	4 36.25
	A-Rasgo	0	5 31.4	1 34	0
Niñas					
	A-Estado	0	0	2 32	3 34
	A-Rasgo	2 27	2 33.5	0	0

A = Ansiedad.

PD = Puntuación directa.

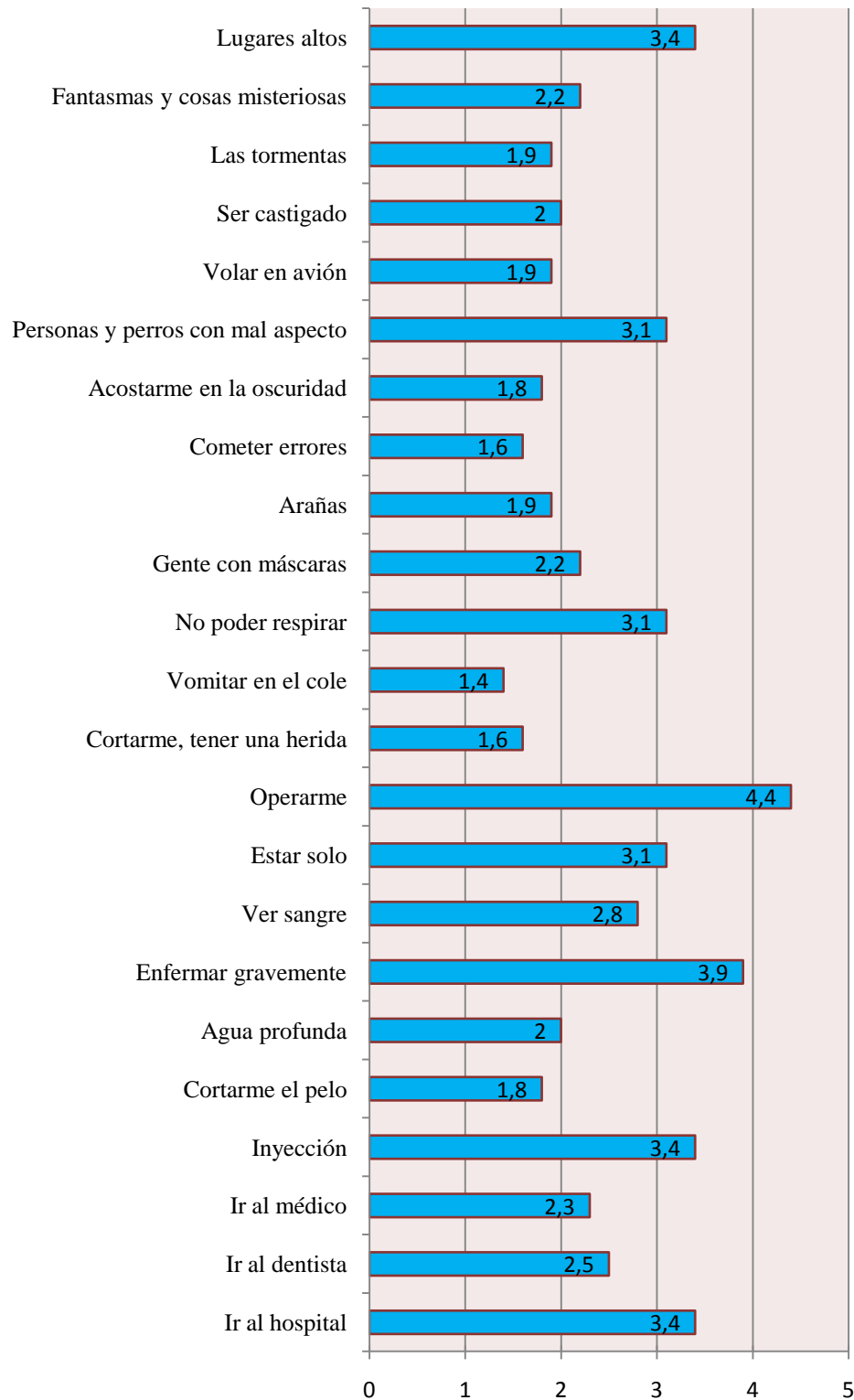
\bar{X} = Media.

Número total de individuos = 10.

La tabla refleja la media de las puntuaciones directas con los centiles correspondientes de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo en los niños.

Tabla 4: Ansiedad niños.

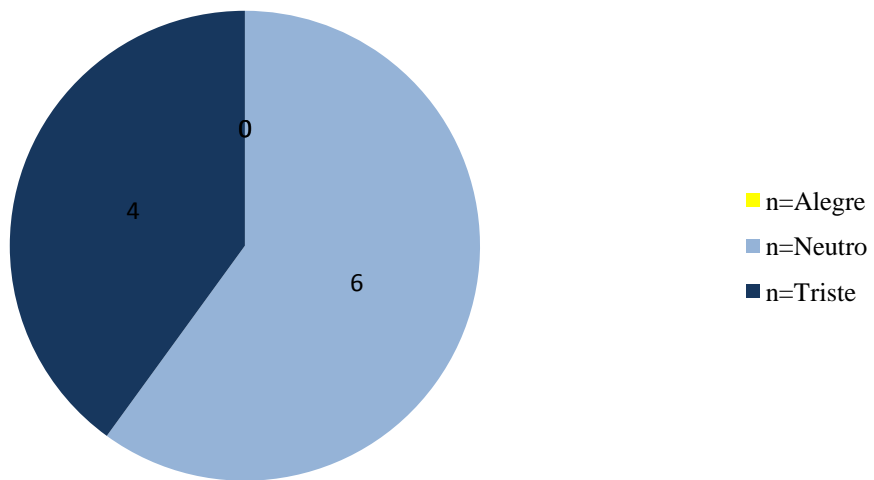
Gráfico 1: Miedos de los niños



Nº total de individuos = 10.

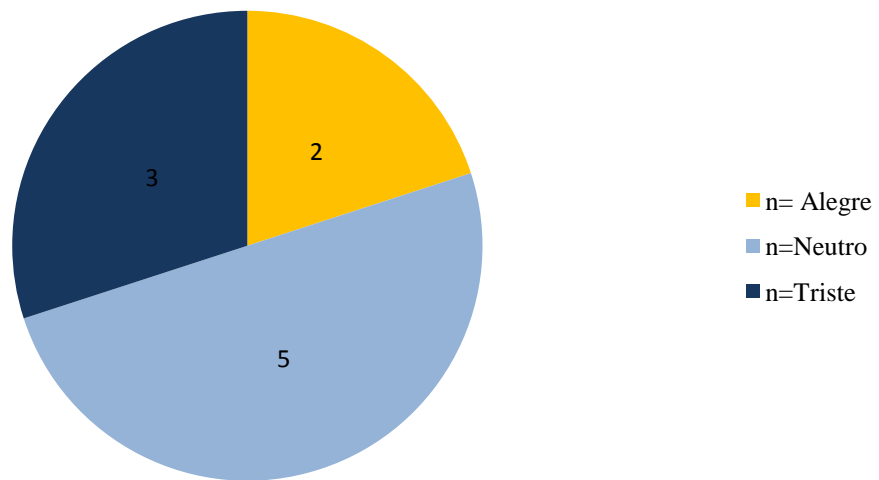
[0-5]= Puntuación media otorgada por los niños a cada miedo teniendo en cuenta que la máxima puntuación posible es 5.

Gráfico 2: Emociones de los niños ante la hospitalización



Nº total de individuos = 10.

Gráfico 3: Emociones de los niños ante la presencia de la enfermera



Nº total de individuos = 10.

STAI

A/E
A/R

PD = 80	+	-	=
PD = 81	+	-	=

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



Autor: G.D. Spielberger.
 Copyright © 1968 by Consulting Psychologists Press, Inc. (Palo Alto, California, U.S.A.).
 Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial.
 Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si se presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo.; 28002 MADRID - Depósito legal: M. 35605 - 1988.

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

PRIMERA PARTE

	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento calmado	1	2	3
2. Me encuentro inquieto	1	2	3
3. Me siento nervioso	1	2	3
4. Me encuentro descansado	1	2	3
5. Tengo miedo	1	2	3
6. Estoy relajado	1	2	3
7. Estoy preocupado	1	2	3
8. Me encuentro satisfecho	1	2	3
9. Me siento feliz	1	2	3
10. Me siento seguro	1	2	3
11. Me encuentro bien	1	2	3
12. Me siento molesto	1	2	3
13. Me siento agradablemente	1	2	3
14. Me encuentro atemorizado	1	2	3
15. Me encuentro confuso	1	2	3
16. Me siento animoso	1	2	3
17. Me siento angustiado	1	2	3
18. Me encuentro alegre	1	2	3
19. Me encuentro contrariado	1	2	3
20. Me siento triste	1	2	3

VUELVE LA HOJA Y ATIENDE AL EXAMINADOR PARA HACER LA SEGUNDA PARTE

SEGUNDA PARTE

	Casi nunca	A veces	A menudo
1. Me preocupa cometer errores	1	2	3
2. Siento ganas de llorar	1	2	3
3. Me siento desgraciado	1	2	3
4. Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6. Me preocupo demasiado	1	2	3
7. Me encuentro molesto	1	2	3
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9. Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10. Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
11. Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12. Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13. Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14. Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15. Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16. Me preocupa lo que otros piensen de mí	1	2	3
17. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18. Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19. Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20. Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Inventario de Miedos al Hospital (Melamed y Siegel, 1975)

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre diversas situaciones que pueden o no causar temor. Debes valorar de 1 a 5 y marcar, en el espacio correspondiente, el grado que piensas que es aplicable a ti.

1= Nada de miedo 2= Algo de miedo 3= Bastante miedo 4= Mucho miedo
5=Muchísimo miedo

	1	2	3	4	5
1. Me dan miedo los objetos cortantes					
2. Me da miedo tener que ir al hospital					
3. Me da miedo ir al dentista					
4. Me da miedo ir al médico					
5. Me da miedo que me pongan una inyección					
6. Me da miedo que me corten el pelo					
7. Me da miedo marearme en el coche					
8. Me da miedo el agua profunda o el océano					
9. Me dan miedo los gérmenes o ponerme gravemente enfermo					
10.Me da miedo ver sangre					
11.Me da miedo estar solo/a sin mis padres					
12.Me da miedo que me operen					
13.Me da miedo cortarme o tener una herida					
14.Me da miedo vomitar en la escuela					
15.Me da miedo no poder respirar					
16.Me da miedo la gente que usa máscaras					
17.Me dan miedo las arañas					
18.Me da miedo cometer errores					
19.Me da miedo acostarme en la oscuridad					
20.Me dan miedo las personas desconocidas o los perros con mal aspecto					
21.Me da miedo volar en avión					
22.Me da miedo ser castigado					
23.Me dan miedo las tormentas					
24.Me dan miedo los fantasmas o las cosas misteriosas					
25.Me da miedo caerme de lugares altos					

Apellidos y nombre del menor de edad:

Consentimiento informado

Nombre del Familiar o Allegado o Representante:

Nombre de la investigadora: *Alicia Chamorro García*

Proyecto de investigación: *Beneficios del cuento terapéutico en los pacientes pediátricos hospitalizados.*

OBJETIVO DE LA PRUEBA:

- Medir el nivel de ansiedad y miedos en el niño producidos por la hospitalización para valorar la necesidad de reforzar la parte de la intervención sanitaria enfocada a la salud mental del niño, a su bienestar emocional. El objetivo primordial del proyecto de investigación en el que se encuadra la presente prueba trata de la divulgación de los beneficios de las nuevas terapias literarias aplicadas ya con éxito a niños hospitalizados en otras regiones y países.

DESCRIPCIÓN:

- Lectura en voz alta de los ítems de los tests al niño en presencia del responsable firmante.
- Lectura en voz alta de los ítems de los tests al responsable firmante sin la presencia del niño.
- La información tomada en los cuestionarios se procesará de forma anónima, y solo será analizada desde una perspectiva estadística.

MOLESTIAS Y CONSECUENCIAS:

- Sin relevancia.

RIESGOS TÍPICOS

- Antes de la realización de la prueba la investigadora valorará los criterios de exclusión que no permiten la participación en ella: negativa del niño o responsable, el mismo día de ingreso, fiebre, vómitos, dolor, inmovilidad, aislamiento preventivo, discapacidad mental, incapacidad para hablar, recuperación postquirúrgica, realización de alguna prueba complementaria antes de la entrevista... La prueba no conlleva riesgos de relevancia.

RIESGOS PERSONALES

- El paciente expuesto a esta intervención, sobre la base de datos de sus circunstancias y antecedentes personales que se conozcan (señale):
 - a. NO presenta riesgos sobreañadidos en la realización de la misma.
 - b. Sí presenta riesgos sobreañadidos, consistiendo estos en:

Además de la aceptación del adulto responsable por medio de este consentimiento informado, será indispensable también el permiso explícito y sin coacciones de ningún tipo por parte del niño participante, aclarándole que será libre de abandonar o posponer el ejercicio en el momento que lo desee, adaptado a un lenguaje apropiado para cada edad y características individuales.

Aceptación del consentimiento informado:

El abajo firmante declara: que he recibido clara, suficiente y satisfactoria información sobre la intervención y sus riesgos, así como la alternativa de la no participación sin que esto suponga en absoluto una modificación en la atención hospitalaria del niño. Y a la vez se me han aclarado todas las dudas que he planteado. En cualquier caso deseo que se respeten las siguientes condiciones:

Y doy mi consentimiento expreso para someterme a la realización de esta prueba. Libremente, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este Consentimiento informado que ahora presto, mediante mi firma en el apartado correspondiente.

Cáceres a _____ de _____ de 2012.

Fdo. El paciente. Fdo. La investigadora. Fdo. El familiar o responsable.

No aceptación (revocación) del consentimiento informado:

El abajo firmante manifiesta que NO DOY mi consentimiento expreso para someterme a la realización de esta prueba, dejando sin efecto mi Consentimiento informado prestado y firmado en su fecha en el apartado anterior.

Cáceres a _____ de _____ de 2012.

Fdo. El paciente. Fdo. La investigadora. Fdo. El familiar o responsable.