

EL MÉTODO EDUTERAPÉUTICO COMO ESTRATEGIA DE APOYO AL NIÑO HOSPITALIZADO

EDU-THERAPEUTIC METHOD AS AN STRATEGY FOR HELPING HOSPITALIZED CHILDREN

SERRADAS FONSECA, Marian
marianserradas@gmail.com

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. Una propuesta innovadora a tal efecto es la del Método Eduterapéutico, que a través de una metodología apoyada en el dibujo, los profesionales de salud desarrollan una estrategia de mediación, al mismo tiempo educativa y terapéutica, ayudando a los niños que se encuentran en desventaja física, cognitiva y emocional antes de la intervención. En los resultados de la investigación se evidencian las ventajas existentes con la aplicación de este método.

Palabras Clave: Pedagogía Hospitalaria, intervención quirúrgica, ansiedad, mediación educativa.

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. 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 the results of the investigation the existent advantages are evidenced with the application of this method.

Key Words: Hospital pedagogy, surgical intervention, anxiety, educational mediation.

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 más allá de lo personal al 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.

Está claro que, independientemente de la intervención sanitaria recibida, es necesaria una atención al niño a causa de las secuelas que deja la intervención quirúrgica o la propia enfermedad o los cambios anímicos que hayan podido tener lugar (Kippenheuer,1992).

Desde los modelos psicológicos, 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. Se trata de vivenciar 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.

Asimismo, los datos aportados en investigaciones sobre el particular (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. 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. 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 proceso 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 del estudio que se presenta, 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 cols., 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.

Justificación de la Investigación

Por muchos es conocido 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 dentro de los protocolos de enseñanza al enfermo que va a ser sometido a intervención quirúrgica.

Estos instrumentos tienen 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 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 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 preoperatorio. Este método permite 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. Además, se utiliza el dibujo como tecnología educativa preferencial, que encierra una doble finalidad:

- Facilitar al personal sanitario la acción interactiva.

- Lograr que el niño al que se dirige el tratamiento asimile la información y las solicitudes que éstos le hagan.

Muestra

La muestra estuvo conformada por niños en edades comprendidas entre los seis (6) y trece (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 siguió la técnica no probabilística accidental teniendo como base una lista de nombres de los pacientes indicados para cirugía. La muestra estaba constituida por veintinueve (29) niños, que fueron agrupados en función de la naturaleza de los participantes:

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

Procedimientos e Instrumentos

- Se preparó un espacio adecuado para la entrevista y la comunicación, para recibir a los niños previstos para cirugía. Para este efecto se reservó una sala apropiada, que contenía una mesa de trabajo, sillas y una cama. Esta fue utilizada para que el niño se pudiera sentar confortablemente acompañado por sus padres relacionándose con el personal sanitario, se contó con un espacio suficiente que permitió el acercamiento a los profesionales cuando fue requerido por el niño y/o su distanciamiento para favorecer una mayor autonomía del enfermo.
- Un equipo conformado por personal sanitario (enfermeras y médicos) estuvieron dispuestos a participar en el desarrollo de la investigación. Este equipo estuvo constituido por seis (6) enfermeras y dos (2) médicos, estos profesionales fueron preparados previamente para llevar a cabo el Método Eduterapéutico en todos los momentos.

Pasos del Método Eduterapéutico

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. Los pasos se especifican a continuación:

- ***Producción expresiva del niño en ficha propia:*** Cuando llega a la sala de entrevista el personal sanitario 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. 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 contribuirá a una mayor riqueza de elementos gráficos y posibilitará 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.

- ***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 personal sanitario. Para estimular este trabajo de interpretación el profesional utiliza la técnica que se ha denominado *“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. Aquí 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.

- **Retorno Eduterpéutico:** 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 Eduterpéutico*. 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, es un acto que encierra devolver una respuesta esclarecedora a la petición de ayuda manifestada por el pequeño paciente. Este feedback 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.

Este profesional de salud en lugar 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 el personal sanitario utiliza corrientemente. 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 se ha denominado *Narrativa Experiencial*, (segundo instrumento) 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?*.

Análisis de los Datos y Discusión de los Resultados

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 sanitario 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 de los miembros del personal de salud que realiza el método eduterpéutico, mostrar en todo momento una actitud paciente, esclarecedora y empática.

Otra constatación es que un número significativo de los niños estudiados fue capaz de mostrar habilidades gráficas de gran perfección estética y muy completas desde el punto de vista informativo. En concreto, se observaron representaciones muy nítidas sobre el instrumental médico, mobiliario, personas, vestuario, incluso indicando detalles minuciosos.

Inicialmente esta observación sorprendió a los autores de la investigación, ya que para los pequeños que constituían la 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 que se presume son consecuencia de los medios de comunicación social y del contexto escolar.

No obstante, también se ha verificado la existencia de otros pequeños 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 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 Eduterpéutico en proceso de experimentación. Si se adentra en la fase de interpretación de la imagen producida por los niños, 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 feedback que el personal sanitario ha de efectuar.

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 personal sanitario orientar su comunicación a los significados del dibujo que normalmente revelan una demanda por parte 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 concretos tales como: *“Tengo miedo de que me pinchen”, “no me gustan las máquinas de los hospitales”...*

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. 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 se ha 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. Se presume 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 Educativo*, por el contrario, el personal sanitario debe ser sensible y buscar el camino de aproximación a las demandas sutiles de petición de ayuda.

Resulta esclarecedor de este caso, un niño que dibuja un hospital con muchas nubes todo pintado de negro, ante esto el profesional 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, se puede afirmar que el *Retorno Eduterapéutico* 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 profesional de salud. Esta capacidad de asociar los datos del dibujo interpretados por el niño con unos contenidos informativos que es necesario ofrecer exige del personal sanitario alguna habilidad, la cual se adquiere naturalmente cuando se utiliza con frecuencia.

Elementos significativos expresados en las narraciones de las vivencias pre y post-quirúrgicas

Las narraciones de los niños producto de las experiencias recogidas tras la operación quirúrgica son, en general, sucintas y de respuestas cortas, de modo que a través de argumentos utilizados 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 se pueden 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 aparezca representada en su dibujo.

- “*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 Eduterapéutico, 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. Ello puede revelar, en última instancia, una serie de carencias de aproximación e interacción afectiva del personal sanitario hacia los pacientes.

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 además 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”*.

Conclusiones

Los resultados de este trabajo de investigación van a ser aglutinados en torno a tres bloques: dificultades indicadas por parte del personal sanitario, ventajas del método y orientaciones para el futuro. Con ello se pretende 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 el personal sanitario

- 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, al personal sanitario y al niño en una labor común que favorezca la interacción satisfaciendo sus requisitos de información.
- Creación de contextos lúdicos y divertidos.
- Adaptación por parte del personal sanitario al estado emocional y cognitivo del niño creando un clima de empatía.
- Ajuste de la comunicación a los contenidos culturales de los pequeños sin estar condicionado por los protocolos científicos técnicos establecidos.
- Percepción de 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 el punto de vista de los autores de este estudio, los cuidados de salud implican frecuentemente competencias pedagógicas por parte de los profesionales encargados de ésta y el saber utilizar estrategias educativas innovadoras en la acción de cuidar es una exigencia para la humanización de las instituciones. Se estima 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, se considera que los conceptos de Educación y Salud ganan cada vez más sentido, entendidos desde una condición de complementariedad como la que se ha sugerido con el Método Eduterapéutico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ballarin, C. (1983). L'enfant de trois a six seul al hospital. *Infirm Fr.*, 252, pp. 3-10.
- Dahlquist, L. y Gil, K. (1986). Preparing children for medical examination: the importance of previous medical experience. *Health Psychology*, 5, 3, pp. 249-259.
- Flórez, J. (1983). Reacciones psicológicas del niño a la hospitalización. El Niño ante una situación de Excepcionalidad. *Epheta*, 29, pp. 5-33.
- Kippenheuer, K. (1992). *Lo que dicen los niños con sus enfermedades. Las enfermedades de niños y adolescentes como procesos de origen anímico y oportunidades de crecimiento*. Barcelona: Urano.
- Ortiz, C. (2001). Las necesidades educativas especiales del niño hospitalizado. En C. Grau y M^a del C. Ortiz: *La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una escuela inclusiva*. Malaga, Aljibe, pp.19-53.
- Priestley, G. y Pipe, M. (1997). Using toys and models in interviews with young children. *Applie Cognitive Psychology*, 11, pp. 69-87.
- Prugh, D. y Eckardt, L. (1982): Reacciones infantiles a la enfermedad, la hospitalización y la cirugía. En M. Freedman, H. Kaplan y B. Sadock (eds): *Tratado de psiquiatría*. Tomo II. Barcelona: Salvat.
- Puyuelo, R. (1984). *La ansiedad infantil*. Barcelona: Herder .
- Quiles, M., Ortigosa, J., Méndez, F. y Pedroche, S. (1999). Cuestionario de preocupaciones sobre la cirugía infantil. *Psicothema*, 11, pp. 601-609.
- Riestra, R. y Oltra, R. (1984). *Atención integral al niño hospitalizado*. I Jornadas de Enfermería Pediátrica, Febrero, pp. 18-26. Oviedo
- Rodrigues, M. (1999). Programa de libertação criativa com imagem para crianças com necessidade de apoio pedagógico. *Revista Educação*, FCTUL. X, 2, pp. 75-85.
- Rodrigues, M. (2001). Terapia de liberación creativa con imagen. En M.A Verdugo y B. Jordán de Urries.: *Apojos, Autodeterminación y calidad de vida*. Salamanca: Amarú.
- Serradas, M. (2002). *La acción educativa como alternativa en la reducción de la ansiedad en el niño hospitalizado*. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca.
- Valdés, C.A. y Flórez, J.A. (1995). *El niño ante el hospital. Programas para reducir la ansiedad hospitalaria*. Universidad de Oviedo.

Valdés, C. A. (1985): La ansiedad del niño en el hospital. Memoria de Licenciatura. Universidad de Oviedo, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación.

Zuckerberg, A. (1994). «Preparación perioperatoria», en C. Randall: Clínicas Pediátricas de Norteamérica, Vol. 1, México. Nueva Editorial Interamericana, 1994.