



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social
Departamento de Psicología

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Máster en Investigación Aplicada a la Educación

Expresión libre de sentimientos en adolescentes hospitalizados tras el entrenamiento en juegos de magia

Autora:

D. Nerea Santos Bernús

Director:

Dr. José-María Román Sánchez

Co-directora:

Dra. Lorena Valdivieso León

Curso:

2015-16

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a todas aquellas personas que han colaborado, me han animado, o me han apoyado, haciendo posible la ejecución de este trabajo de investigación en los tiempos establecidos.

En primer lugar, agradecer a mis padres y a mi hermana su apoyo incondicional durante todos estos años y especialmente este curso, por confiar en mí y creer que era capaz de conseguirlo. Especialmente mi madre, por escuchar todos mis problemas e intentar siempre ayudarme. A Antonio, quién me tranquiliza, me apoya y me anima a la obtención de mis metas y de todo lo que me propongo, a pesar de la distancia.

Agradecer a mis tutores el Dr. Román y la Dra. Valdivieso-León por su ayuda y apoyo incondicional para conseguir salir hacia adelante. A Lorena, por confiar en que este trabajo salía adelante y apoyarme y calmarme durante todo el curso.

A mi prima Paola, por preocuparse siempre por mí y escucharme en los momentos más difíciles y hacer que confiara en mí.

RESUMEN

Se estudia la expresión libre de sentimientos en 378 pacientes ingresados en el área de psiquiatría infanto-juvenil de dos hospitales de la ciudad de Madrid, tras la realización de talleres de magia por la Fundación Abracadabra. Con sus respuestas se han creado un sistema de categorización ((A) Entretenimiento y ocio; (B) Originalidad (descubrimiento); (C) Terapia; (D) Aprendizaje y (E) Pensar) que permite estudiar los efectos que estos talleres provocan en los jóvenes hospitalizados.

Finalmente, se observa que las categorías o subcategorías que consideran **más** importantes son: (A) Entretenimiento y ocio; (C4) Alegría y (C2) Distracción. Por el contrario, las **menos** utilizadas por los sujetos son: (E1) Reflexionar; (C6) Tranquilidad; (D1) Esfuerzo; (C5) Energía y (D3) Arte.

Se concluye que los talleres de magia tienen un efecto positivo en el bienestar, tanto físico como psicológico, de los niños enfermos. Este interés surge a raíz de la falta de estudios sobre los efectos positivos de la magia.

PALABRAS CLAVE

Magia, talleres educativos, psiquiatría infanto-juvenil, terapia, sistema de categorización.

ABSTRACT

The free expression of feelings is studied in 378 patients admitted in the area of child and adolescent psychiatry of two hospitals in the city of Madrid, after performing magic workshops for the Abracadabra Foundation. With their responses have created a system of categorization ((A) Entertainment and leisure; (B) Originality (discovery); (C) Therapy; (D) Learning and (E) Thinking) that allows to study the effects that these workshops cause in young hospitalized.

Finally, it is observed that the categories or subcategories that are most important are: (A) Entertainment and leisure; (C4) Happiness and (C2) Distraction. Conversely, the least used by the subjects are: (E1) Reflect; (C6) Tranquility; (D1) Effort; (C5) Energy and (D3) Art.

It is concluded that magic workshops have a positive effect on the welfare, both physical and psychological, of sick children. This interest appear because of the lack of studies on the positive effects of magic.

KEYWORDS

Magic, educational workshops, child and adolescent psychiatry, therapy, categorization system.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
1. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	7
2. OBJETIVOS DEL TRABAJO	7
PRIMERA PARTE:.....	9
MARCO TEÓRICO	9
CAPÍTULO 1:	10
BIENESTAR PSICOLÓGICO.....	10
1. INTRODUCCIÓN	10
2. EMOCIONES	11
3. EMOCIONES POSITIVAS.....	11
4. NIÑO SANO Y FELIZ.....	13
CAPÍTULO 2:	15
HOSPITALIZACIÓN	15
1. INTRODUCCIÓN	15
2. HOSPITALIZACIÓN INFANTO-JUVENIL	16
3. RESILIENCIA.....	19
CAPÍTULO 3:	22
ANIMACIÓN HOSPITALARIA.....	22
1. INTRODUCCIÓN	22
2. PAYASOS DE HOSPITAL.....	23
3. ARTETERAPIA	26
4. MUSICOTERAPIA	28
5. MAGIA COMO TERAPIA	29
SEGUNDA PARTE:	31
ESTUDIO EMPÍRICO	31
MÉTODO	32
1. PARTICIPANTES.....	32
2. PROCEDIMIENTO.....	36
3. INSTRUMENTOS.....	38
4. DISEÑO.....	39
4.1. Diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa.....	39
4.2. Metodología mixta en este estudio.....	41

4.3. Diseño pre-experimental	42
RESULTADOS	43
1. CATEGORIZACIÓN	43
1.1. Categorías y subcategorías encontradas	43
1.2. Número de testimonios por categorías	45
2. CUESTIONARIO	46
CONCLUSIONES	48
1. APORTACIONES MÁS RELEVANTES	48
2. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	49
3. LÍNEAS FUTURAS	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	57
ANEXO 1. CATEGORIZACIÓN EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS EN ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS.....	58
ANEXO 2. EVALUACIÓN DE LA CATEGORIZACIÓN	63
ANEXO 3. EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO	66

INTRODUCCIÓN

1. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Una actuación de magia en el hospital es una píldora de ilusión y esperanza para todos los que la comparten. Además, gracias a los talleres de magia en hospitales, los niños hospitalizados se vuelven aprendices de magos y son protagonistas dentro de su día a día, siendo ellos los que cuentan, enseñan y divierten a su entorno. Es por esto que la Fundación Abracadabra regala magia a los grupos sociales más desfavorecidos.

La realización de talleres de magia puede llegar a convertirse en una actividad lúdica y educativa o una distracción esencial para poder sobrellevar el día a día de los jóvenes que se encuentran hospitalizados. En la consecución de este trabajo se encontrarán argumentaciones teóricas sobre los beneficios de estos talleres, así como la realización de un sistema de categorización obtenido a partir de testimonios de los sujetos que han participado en dichos talleres.

Se han realizado estudios acerca de la influencia terapéutica que tienen algunas actividades en los pacientes hospitalizados, como la música, o de ciertas personas, como los payasos. Sin embargo, no se han encontrado investigaciones donde se haya estudiado el efecto que produce la magia o los magos. Es por ello que enfocamos este trabajo en estudiar los aspectos beneficiosos que esta actividad puede provocar en los niños y jóvenes que se encuentran ingresados.

2. OBJETIVOS DEL TRABAJO

Este trabajo tiene como finalidad la creación de un sistema de categorías que recoja todas las opiniones de los niños y jóvenes que se encuentran hospitalizados en el área de psiquiatría y que han participado en talleres de magia realizados por la Fundación Abracadabra. Esto será posible gracias a los testimonios recogidos por un mago solidario de la fundación y cedidos por la misma al Grupo de Investigación de Excelencia (GR179 de Castilla y León) en “Psicología de la Educación” para su estudio.

Gracias a esos datos y a las categorías obtenidas se procederá a estudiar los mismos y analizar si los talleres de magia producen cambios en los jóvenes hospitalizados. Más concretamente, se quiere conocer si la magia afecta de forma positiva a su bienestar, tanto físico como psicológico.

Dentro de ese escenario, el **objetivo general** del trabajo es *“Identificar el grado de influencia, o la relación existente entre los talleres de magia y el bienestar de los pacientes hospitalizados en el área de psiquiatría infanto-juvenil”*, ya que no se han encontrado trabajos empíricos que traten la magia como actividad terapéutica en los hospitales.

Más concretamente (**objetivos específicos**), se quiere: (a) Transcribir todos los testimonios recogidos para ser estudiados y analizados. (b) Realizar un sistema de categorización que recoja la expresión libre de sentimientos de los jóvenes hospitalizados tras la realización de talleres de magia. (c) Describir cuales son las categorías más frecuentes a las que los sujetos atribuyen sus sentimientos.

PRIMERA PARTE:
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1:

BIENESTAR PSICOLÓGICO

1. INTRODUCCIÓN

Para hablar del bienestar psicológico es necesario, primero, conocer el significado de diversos términos, como son: felicidad, satisfacción y bienestar subjetivo.

- *Felicidad*. Es una experiencia afectiva, positiva o negativa. Es un rasgo que consiste en la predisposición a experimentar un cierto nivel de afecto, que es estable temporalmente y que consiste en diversas situaciones (Diener, 1984). Aristóteles concluyó que la felicidad es aquello que buscan las personas más que cualquier otra cosa. La felicidad se desea por sí misma, mientras que cualquier otro objetivo es valorado por el deseo de que gracias a él consigamos llegar a ser felices.
- *Satisfacción*. Es el sentimiento de bienestar o placer que se alcanza cuando se ha logrado un deseo. Este término se encuentra compuesto por afecto positivo y afecto negativo (aspectos emocionales) y por el componente cognitivo (Benatuil, 2002).
- *Bienestar subjetivo*. Este es el componente cognitivo de la satisfacción. Veenhoven (1991); citado en Benatuil (2002) define este concepto como “el grado en que un individuo juzga globalmente su vida en términos favorables” (p. 45). Además, para Diener, Suh y Oishi (1997); citado en Benatuil (2002) “el bienestar indica la manera en que una persona evalúa su vida, incluyendo como componentes la satisfacción personal, el matrimonio, la ausencia de depresión y la experiencia de emociones positivas” (p. 45).

Al respecto, San Martín (1995) (citado en Palomino, Grande y Linares, 2014), afirma lo siguiente:

Nos ha costado siglos para darnos cuenta que nuestro bienestar biológico, social y mental, que la salud y la enfermedad no son meros accidentes en nuestra vida, ni tampoco premio o castigo que nos caen del cielo, sino que corresponden a situaciones ecológicas, económicas y sociales bien precisas que nosotros mismos, a través de nuestra historia, hemos provocado (p. 74).

"Salud es, después de todo, una palabra cotidiana que se usa para designar la intensidad con que los individuos hacen frente a sus estados internos y sus condiciones ambientales" (Illich, 1978)

La salud puede ser concebida desde la visión contribuida por Katherine Mansfield (Germán 2000) como una forma de vida y una opción personal o una oportunidad de vida plena y gozosa.

2. EMOCIONES

Vecina (2006) explica que:

Las emociones tienen su sede biológica en un conjunto de estructuras nerviosas denominado sistema límbico, que incluye el hipocampo, la circunvalación del cuerpo calloso, el tálamo anterior y la amígdala. La amígdala, además de desempeñar otras funciones, es la principal gestora de las emociones y su lesión anula la capacidad emocional. Las conexiones neuronales entre estas estructuras ubicadas en el cerebro reptiliano y la parte moderna del cerebro, el neocórtex, son muchas y directas, lo cual asegura una comunicación de vértigo muy adaptativa en términos evolutivos (p. 9-10).

Aunque es difícil definir el término de emociones, existen diversos aspectos dentro del mismo en los que se está de acuerdo, es decir, existen características de las emociones básicas (Fredrickson, 2001). Se considera que las emociones son tendencias de respuesta con un gran valor adaptativo, con claras manifestaciones desde el punto de vista fisiológico, como en la expresión facial. Las emociones son breves en el tiempo aunque intensas y brotan a raíz de la evaluación de un acontecimiento antecedente (Vecina, 2006).

3. EMOCIONES POSITIVAS

Bárbara Fredrickson ha abierto una línea de investigación centrada únicamente en las emociones positivas y en su valor adaptativo (Fredrickson, 1998, 2000b, 2001, 2003; Fredrickson y Branigan, 2001).

Recientemente, Fredrickson ha planteado la Teoría abierta y construida de las emociones positivas, en la cual mantiene lo siguiente:

(...) emociones como la alegría, el entusiasmo, la satisfacción, el orgullo, la complacencia, etc., aunque fenomenológicamente son distintas entre sí, comparten la propiedad de ampliar los repertorios de pensamiento y de acción de las personas y de construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos futuros de crisis (Vecina, 2006, p. 10).

Percibir emociones positivas es siempre algo agradable y placentero a corto plazo y, además, también produce en la persona otros efectos beneficiosos que son más duraderos, refiriéndonos a la preparación que dichas emociones positivas suponen para tiempos futuros más duros (Fredrickson, 1998, 2001).

Por ejemplo la alegría es una emoción positiva que nos anima a jugar en el sentido, a empujar los límites, a ser creativo (Frijda, 1986), esto permite el desarrollo y el entrenamiento de habilidades físicas (fuerza, resistencia, precisión), de habilidades psicológicas e intelectuales (comprensión de normas, memoria, autocontrol) y de habilidades sociales que son necesarias para poder llegar a establecer relaciones de amistad y de apoyo (Vecina, 2006). Dichas habilidades pueden llegar a ser muy valiosas en los momentos más difíciles.

Las funciones de las emociones positivas complementan a las funciones de las emociones negativas (Fredrickson, 2001). Es por todos sabido que las emociones positivas se relacionen con el bienestar subjetivo o felicidad, pero esto no quiere decir que prolonguen la vida.

Lyubomirsky, King y Diener, (2005) (citado en Vecina, 2006) plantean que es posible plantear la utilidad de las emociones positivas para prevenir enfermedades, teniendo en cuenta que la salud es algo más que la ausencia de enfermedad y que las emociones positivas no solo son la ausencia de emociones negativas. Además de para prevenir enfermedades, las emociones positivas también son útiles para reducir la intensidad y duración de las enfermedades y para alcanzar niveles elevados de bienestar subjetivo.

Las emociones positivas también contribuyen a hacer más resistentes a las personas frente a la adversidad y ayudan a construir resiliencia psicológica (Aspinwal, 2001; Carver, 1998; Lazarus, 1993; Lyubomirsky, King y Diener, 2005). Es por ello por lo que es necesario potenciar dichas emociones en aquellas personas que están pasando por una situación complicada y que más lo necesitan.

4. NIÑO SANO Y FELIZ

Puesto que en el estudio vamos a tratar con niños y jóvenes que se encuentran en situaciones desfavorecidas o difíciles, creo que es necesario explicar qué es lo que necesita cualquier niño para considerarle sano y feliz.

Los niños y niñas no necesitan grandes cosas para crecer sanos y felices, ya ellos mismos serán los propios responsables de su aprendizaje y desarrollo. Lo principal que necesitan es un espacio y un clima adecuado en el que desarrollar, en el que poder crear sus aprendizajes y poder ser y llegar a ser ellos mismos. Hay que procurar que crezcan en un entorno feliz y lleno de posibilidades, el cual les permita disfrutar felizmente de su niñez para que así puedan conseguir llegar emocionalmente sanos a la etapa adulta.

Podríamos englobar en diez grupos los principales aspectos que los niños necesitan para poder crecer sanos y felices:

- *Afecto*. Todos los niños necesitan saber que son queridos. Darse cuenta del cariño que sus familiares tienen hacia ellos. Esto es imprescindible para su desarrollo y su felicidad.
- *Atención*. Los niños necesitan sentir que son escuchados. Saber cómo son, que cosas les preocupa y que les alegra. Es imprescindible atender sus necesidades y que ellos se sientan atendidos.
- *Alegría*. Es necesario que sientan esta emoción positiva, ya que si crecen en un ambiente alegre serán más felices.
- *Guía*. Necesitan tener unas directrices que seguir para poder saber cuándo hacen lo correcto.
- *Seguridad*. Esto les ayuda a crecer libres, sin miedos, y así poder obtener una buena autoestima, la cual es necesaria para su bienestar y su felicidad.
- *Coherencia y constancia*. Necesitan que las normas tengan una relación lógica y que sean duraderas, es decir, que tengan sentido y permanezcan en el tiempo.
- *Tiempo y respeto*. Deben ser responsables y protagonistas de su propio desarrollo. Cada niño es distinto y por eso cada uno necesita un tiempo distinto para seguir su propio ritmo de desarrollo.
- *Imaginación*. Es fundamental para desarrollarse y dar sentido a aquello que les rodea. Gracias a la imaginación desarrollan su creatividad a la vez que fomentan sus aprendizajes y adquisiciones, es por ello que es importantísimo potenciarla.

- *Juego*. Es la condición natural del niño. Sus adquisiciones se potencian a través del juego y de los aprendizajes de valor lúdico.
- *Valores*. Deben conseguir unos valores, los cuales le serán proporcionados principalmente por sus padres, que guíen su conducta y su forma de actuar.

CAPÍTULO 2:

HOSPITALIZACIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La hospitalización consiste en el ingreso de una persona enferma o herida en un hospital con el fin de examinarlo, diagnosticarlo, tratarlo y curarlo por parte del personal sanitario.

La hospitalización de un paciente produce efectos en su propia realidad, su vida cotidiana se ve alterada tras el ingreso. En el hospital disminuye la intimidad de una persona, ya que normalmente se comparten las habitaciones, mientras que la dependencia aumenta, el día a día pasa a ser controlado y organizado.

En el periodo de tiempo que el paciente se encuentra hospitalizado pasa a ser objeto de estudio y análisis, tanto de lo físico como de lo psíquico, si es necesario. Además, en ciertas ocasiones el sujeto puede atravesar ciertas situaciones de vulnerabilidad, o de incertidumbre, que pueden llegar a agravar el estado general del mismo.

“El ritmo de vida que se le impone a un paciente en el hospital difiere totalmente del que lleva en su casa” (Bermúdez y Torío, 2012, p. 225).

La hospitalización también afecta psíquicamente a los familiares de los pacientes. La espera y el desasosiego en estas situaciones suele ser muy alto, por lo que muchos de los acompañantes, tal y como explican Albístur et al. (2000), se ven incapaces de tolerar la sensación de angustia que les puede llegar a generar la espera, así como la inseguridad ante la posibilidad de muerte de una persona cercana. “El impacto emocional en ellos comienza en el momento en que el paciente ingresa al hospital, desarraigándose de su hogar” (Albístur et al., 2000, p. 248).

La revista de Cruz Roja Española (2004), recoge que “el ingreso en un hospital ocasiona en la persona un proceso traumático y/o crítico que le lleva a sentirse desvinculado de su actividad diaria.”.

No todas las hospitalizaciones han de ser obligatoriamente traumáticas. Sino que en algunas situaciones se puede haber experimentado, por el contrario, un proceso de fortalecimiento denominado, según la psicología positiva, **resiliencia**. Este término se refiere a la capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas y salir fortalecido de ellas.

Tal y como explican Romero, Méndez, Bianco y Castro (2012), tanto los pacientes como la familia y el personal sanitario deben formar un equipo. Este es fundamental y necesario para ayudar a evitar el trauma que puede producir la estancia hospitalaria.

Se debe intentar que el paciente hospitalizado logre llevar en el hospital una vida lo más parecida posible a la que lleva habitualmente fuera de este lugar (Cárdenas y López, 2005-2006; López y Fernández, 2006).

2. HOSPITALIZACIÓN INFANTO-JUVENIL

Normalmente, los niños suelen vivir la hospitalización como una etapa dolorosa y frustrante. Al estar ingresados se les priva de libertad y se siente vulnerables tanto psicológica como socialmente. Al encontrarse ingresados se les separa de su medio habitual, de su vida cotidiana, hacia otro inusual y desconocido para ellos. Tal y como explica Serradas (2005), los niños enfermos hospitalizados no solo se enfrentan al miedo y dolor de los procedimientos médicos, sino que también deben enfrentarse a todos aquellos cambios en su vida diaria que conlleva la hospitalización

La hospitalización infantil supone en el niño una serie de cambios complicados como el dolor, el cambio de rutinas, dolor, pérdida de libertad o desconfianza, entre otros. Estos cambios afectan tanto a su salud como a las situaciones psicológicas adversas que deberá afrontar.

López y Fernández (2006) explican que “los problemas se agravan como consecuencia de la propia enfermedad y por las características de los centros hospitalarios” (p. 554). Debido a esto aumenta el interés por lograr que la atención recibida por parte de los niños ingresados sea mejor, desde el punto de vista psicológico y educativo, además del médico.

Ullán y Belver (2008) atestiguan que cuando los niños son los pacientes, la atención hospitalaria que reciben debe atender no sólo los cuidados físicos, sino que también de tenerse en cuenta todos los cuidados psicosociales necesarios para garantizar el bienestar afectivo hospitalario tanto del niño como de la familia.

Lizasoain y Polaino-Lorente (1992) recalcan las siguientes consecuencias psicológicas producidas por la hospitalización:

- *Alteraciones comportamentales* como agresividad, conducta de oposición, falta de adhesión al tratamiento, mutismo, respuestas de evitación y dependencia afectiva.
- *Alteraciones cognitivas* como déficit de atención o dificultad para concentrarse.
- *Alteraciones emocionales* como miedo, ansiedad, apatía, depresión y falta de interés.

Tal y como se explica en Cruz Roja Española (2004):

El niño o niña hospitalizado, en el momento de quedar ingresado en un centro hospitalario tiene que relacionarse con otras personas que no conoce, en detrimento de su vínculo con sus seres queridos, y por eso es necesario apoyarle para que afronte esta nueva situación de la forma más rápida posible.

Se estima que aproximadamente entre el 50 y el 75% de la población infantil que se encuentra ingresada sufre altos niveles de malestar y de estrés en su etapa de hospitalización (Kain, Wang, Mayes, Krivutza y Teague, 2001; Pedroche, Quiles, Méndez y Ortigosa, 1998).

Son varios los factores que hacen que los niños sientan estrés cuando se encuentran ingresados, desde la infraestructura del hospital hasta la presencia de personas desconocidas, pasando por la ausencia y separación de los familiares y la falta de estimulación social. Alfaro y Atria (2009) sostienen que el estrés que sufren los niños que se encuentran ingresados es producto de la densa atmósfera que provoca la hospitalización, la cual conlleva a separaciones, pérdidas y nuevas rutinas. A su vez, Panizza y Jalluff (2012) indican que el paciente no solo se enfrenta a la pérdida de rutinas y actividades de su vida diaria, sino que también tiene que adquirir hábitos nuevos que le son impuestos por el hospital y que le obligan a tener que obedecer y aceptar los mismos. Al tener que acatar lo que se le impone, el niño pierde su libertad y su autonomía y se siente sumiso ante su enfermedad y todo el proceso que vive durante su hospitalización.

La hospitalización produce gran estrés en los pacientes (Méndez y Ortigosa, 2000). El impacto negativo ante el ingreso depende de la relación entre las fuentes de estrés y los factores amortiguadores del mismo. Las fuentes de estrés son muy diversas, Méndez y Ortigosa (1997) engloban las principales causas de estrés hospitalario en cuatro grandes grupos:

- Estrés derivado de la enfermedad que ha provocado la hospitalización.
- Estrés relacionado con los procedimientos médicos que se han de realizar.
- Estrés vinculado con la organización y estructura del hospital.
- Estrés asociado a la alteración de las relaciones personales.

Los principales temores, entre otros, que tienen los niños ante la hospitalización se centran: en el miedo a lo desconocido, a tener que lidiar con personas extrañas en un lugar nuevo para ellos y a la separación de los familiares y personas queridas. Por otro lado,

Lizasoain y Ochoa (2003) señalan los principales síntomas que presentan los enfermos pediátricos hospitalizados:

(...) alteraciones conductuales: agresividad, desobediencia y conducta de oposición, déficits de atención y dificultad para la concentración, ansiedad: miedos, tensión y ansiedad de separación. Respecto a los miedos infantiles frente a la hospitalización destacaremos, algunos de ellos, siendo evidente que todos estos temores estarán en función del desarrollo cognitivo-emocional del niño: el temor ante lo desconocido, al contacto con un entorno extraño, a la muerte, a la anestesia, a la mutilación corporal, al dolor, a la separación familiar, a las agujas e inyecciones, a la alteración del ritmo normal de vida y de las relaciones con los compañeros, al retraso escolar. También depresión: tristeza, pérdida de interés por las cosas, falta de apetito, pérdida de energía y alteraciones del sueño. (p.79)

Ante el ingreso los niños, tal y como explica Shimabukuro (2011), generan reacciones de desajuste e inadaptación, tales como fobias, angustia patológica, histeria, obsesión o reacciones depresivas. Además, en gran cantidad de ocasiones el niño adopta reacciones defensivas, las cuales implican un retroceso a etapas anteriores del desarrollo.

Entre los miedos y temores que puede adquirir el paciente tras su paso por el hospital, Méndez, Orgilés, López y Espada (2004) recogen que el niño puede sufrir trastornos del sueño o de fatiga debido a dicho miedo, temor, preocupación o ansiedad que la enfermedad provoca en él. Otro aspecto que influye negativamente en el paciente es el cambio físico que puede sufrir debido a la enfermedad, esto puede llegar a influir negativamente en su autoestima, así como en sus relaciones sociales.

Ullán y Belver (2008) (citado en Sánchez, 2013) explican la importancia de un entorno físico adecuado para las características y necesidades de los niños ingresados, ya que ayuda a disminuir su miedo ante el hospital. Es por esto, que las zonas pediátricas de cualquier hospital deberían contar con elementos decorativos que distraigan a los pacientes y que a su vez humanicen el espacio. También deberían contar con lugares preparados para que el niño juegue y se distraiga de su enfermedad, a la vez que se relaciona con otros pacientes.

Cabe destacar que no todos los factores anteriormente citados afecta a todos los pacientes por igual, ya que algunos pueden llegar a adaptarse de forma adecuada al periodo de hospitalización, mientras que por el contrario otros niños no aceptan este proceso y pueden llegar a desarrollar diversos problemas psicológicos.

A pesar de lo explicado anteriormente la hospitalización no siempre tiene que ser negativa. Sino que por el contrario, puede ser una etapa en la vida del niño que le sirva para poder aprender a superar situaciones difíciles, mejorando sus habilidades de afrontamiento de problemas y potenciando su autoestima y su confianza en sí mismo (Méndez y Ortigosa, 2000). Dicha superación de los problemas no se podrá lograr sin el apoyo de sus familiares y amigos cercanos.

3. RESILIENCIA

Cuando pensamos en superar una adversidad, una situación difícil como es el padecimiento de una enfermedad, podemos hablar de resiliencia. Término que en 1970 explicó Michael Rutter (citado por Acosta y Sánchez, 2009) como “la capacidad de un individuo de reaccionar ante la adversidad y recuperarse” (p.25). Se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social. Es decir, no es algo con que los niños nazcan o que adquieran en su desarrollo. El estudio de este constructo ha aumentado en los últimos años con la intención de descubrir sus principales aspectos positivos, como las fortalezas que tienen las personas para enfrentarse a situaciones negativas (Quinto Velásquez, 2005).

La definición de resiliencia, en el ámbito psicológico, se refiere a la capacidad que tiene una persona para sobreponerse ante circunstancias traumáticas. Dicho concepto viene del campo de la física, en el cual se refiere a “la capacidad de un material de recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora” (Becoña, 2006, p.126). Su origen etimológico proviene del latín, en donde **resilio** significa volver atrás. Aunque encontremos ciertas definiciones no existe una conjunta y global, ya que este fenómeno psicológico es difícil de definir, aunque principalmente hace referencia a la superación de situaciones difíciles.

Tal y como explica Becoña (2006), diversos autores conceptualizan este proceso como el conjunto de diferentes factores, ya sean individuales, como familiares y sociales.

González-Arratia (2007) define el término resiliencia como “el resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos de individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la

adversidad de forma constructiva“ (González-Arratia, Reyes, Valdez y González, 2011, p. 53).

Carver y O’Leary, citado por Vera, Carbelo y Vecina (2006) puntualizan que el término resiliencia tiene dos concepciones diferentes. Por un lado la concepción francesa, la cual la define como la **capacidad** de salir ileso ante una adversidad, o incluso llegar a aprender cosas de dicha situación adversa. Por otro lado, la concepción norteamericana se refiere únicamente al **proceso** gracias al cual la persona se conserva de forma íntegra ante un problema. Es decir, la visión norteamericana hace referencia al retorno homeostático de la persona, mientras que la francesa se centra más en la obtención de un beneficio o progreso gracias a la situación adversa.

La caracterización de dicho término se puede entender como “un proceso que puede ser promovido y cuyos resultados no serán homogéneos ni estables en todos los ámbitos del desarrollo, por lo tanto no es una capacidad fija, sino que puede variar a través del tiempo y de las circunstancias” (Infante, 2003, citado en Domínguez, 2015, p. 12).

La maestra Edith Grotberg (2005) entiende que la resiliencia forma parte del proceso evolutivo del individuo y que se debe promover e incentivar desde los primeros años de vida. Es una capacidad humana universal que sirve para enfrentarse y superar las situaciones difíciles que nos plantea la vida.

Melillo, Rodríguez y Suárez Ojeda (2005) explican que a lo largo de la vida de una persona el estado de resiliencia de la misma sufre variaciones, etapas en las que la capacidad para enfrentarse a situaciones adversas es mayor o menor. En definitiva, que no siempre existen las mismas fuerzas para reponerse ante un problema.

Para Andrusiewicz (2008) la resiliencia se encuentra sustentada, al menos en cinco pilares, fundamentales para su obtención. Dichos pilares son la *autoestima*, las *relaciones sociales* de la persona, el *sentido del humor*, la *iniciativa* y la *creatividad*. Por otra parte, también defiende la necesidad de que el niño que se encuentra hospitalizado realice juegos y actividades de distracción, ya que contribuyen a la resiliencia, ayudándole a comprender y aceptar los cambios y alteraciones, físicas y psicológicas, que sufre durante el periodo de ingreso. Los juegos y actividades lúdicas ayudan a que crezca la autoestima del paciente y sea capaz de pensar en un futuro esperanzador.

Seligman (2009) recalca el carácter protector de la capacidad de recuperación, de la fortaleza (resiliencia) en los niños, ya que los que la poseen tienen menor probabilidad de desarrollar una depresión.

En referencia al juego como apoyo para enfrentarse a los problemas, se crean nuevos métodos de intervención hospitalaria que ayudan a minimizar las reacciones negativas surgidas en los pacientes. Además, dichos métodos ayudan a mejorar la calidad de vida del enfermo, aliviando la ansiedad, el sufrimiento y el dolor que padecen al encontrarse ingresados.

Las pedagogas Lizasoáin y Ochoa (2003) de la Universidad de Navarra, señalan que el juego es una actividad que poco a poco se ha incorporado a gran parte de hospitales puesto que realiza una función educativa, terapéutica y recreativa. Las actividades lúdicas hacen que el niño se divierta, pero no solo eso, sino que también ayudan a su desarrollo y a superar sus problemas y sus miedos.

Las actividades lúdico-educativas pretenden generar en el hospital un ambiente creativo, dinámico y participativo que sirva para estimular al paciente, ayudando a mejorar las relaciones con otros pacientes, quitándole importancia a la enfermedad y potenciando la distracción.

CAPÍTULO 3:

ANIMACIÓN HOSPITALARIA

1. INTRODUCCIÓN

El término animación cultural (Trilla, 1997; Pérez, 2006), es utilizado muy frecuentemente desde un punto de vista algo negativo, ya que tal y como mencionan Bermúdez, De Sousa y Pereira (2011), desde dicho punto de vista se entiende que esta animación:

(...) no es una educación directiva, ni un consumo cultural, ni - sólo - entretenimiento, ni utilización de técnicas asépticas, ni – sólo - una acción generosa, ni – sólo - la suma de actividades, no es una política institucional, ni una importación de modelos, tampoco un negocio (p. 96).

Teniendo en cuenta los aspectos negativos de este término, se define la animación sociocultural como “una metodología de intervención de carácter intencional y propositivo que promueve la participación, el desarrollo de valores sociales y culturales, orientada a la promoción individual y a la transformación comunitaria” (Pérez, 2006, p. 4).

Dentro de las perspectivas actuales que existen dentro de la animación sociocultural se encuentra la animación hospitalaria, de la cual se intenta ahondar en la vertiente educativa que posee.

El interés de la animación hospitalaria surge a raíz de querer mejorar la atención que reciben los pacientes hospitalizados en pediatría. La experiencia que vive el niño durante su ingreso puede no ser la más adecuada, por eso se intenta prestarle una mayor atención al paciente en lugar de a la enfermedad, la cual pasaría como a un segundo plano. Para ello se procura ofrecerle al niño un ambiente adecuado que cubra sus necesidades lúdicas, afectivas, emocionales y educativas; además de atender y curar su enfermedad, Bermúdez et al. (2011).

Los pediatras hospitalarios han corroborado el deterioro tanto psicológico como intelectual que sufren los niños cuando se encuentran hospitalizados. Así mismo, tal y como explica Rodríguez (2002) (citado en Marchena y Martín, 2002), se ha observado que la distracción, mantenerse ocupados, ayuda a mejorar su estado tanto mental como psicológico, reduciendo las situaciones depresivas que se pudieran llegar a producir debido a su ingreso.

Rollins (2009) (citado en Molina, 2015) expone la necesidad de espacios comunes dedicados al juego en el hospital, en los cuales puedan participar los familiares. Se ha demostrado que estos lugares son beneficiosos para afrontar y reducir el impacto psicológico de la enfermedad y de los tratamientos. Además, favorecen las relaciones entre los pacientes y las familias, creándose vínculos de apoyo o incluso de amistad entre ellas.

La animación hospitalaria se crea para intentar disminuir los momentos negativos que sufren los niños durante su hospitalización y procurar hacer que esa situación sea mejor para ellos. No solo llega a producir efectos beneficiosos en el paciente pediátrico, sino que también es beneficioso para sus familiares.

“La animación hospitalaria está diseñada para la población que permanece ingresada en centros hospitalarios y dispone por ende, de mucho tiempo libre” (Bermúdez y Torío, 2012, p. 227-228).

Tal y como advierte Palomo (1995), cuando el niño se aburre de forma continuada se va entristeciendo paulatinamente, por lo que puede llegar a adoptar una actitud indiferente y pasiva ante aquellas cosas que antes le parecían divertidas y le entretenían. Es por esto por lo que se debe intentar potenciar el juego en el hospital, ya que le aporta bienestar y confianza al paciente, a la vez que cumple con las funciones recreativa, educativa y terapéutica.

María Teresa Bermúdez (2009), profesora en la Universidad de Oviedo señala la importancia de la animación hospitalaria, la cual favorece la atención integral del paciente, además de ser un instrumento fundamental para su participación directa y activa en el hospital. Asimismo, la animación en contextos hospitalarios proporciona tanto compañía como apoyo emocional.

Waldoks (citado por Gala, Lupiani, Bernalte, Lupiani, Dávila y Miret, 2005) explica que el sentido del humor nos ayuda a sobrellevar las situaciones desagradables, superar lo inesperado e, incluso, sonreír ante momentos difíciles. Por su parte, Hased (2001) afirma que el humor tiene un efecto preventivo ante el estrés, dicho efecto del humor es el más reconocido y aceptado científicamente.

2. PAYASOS DE HOSPITAL

La titiritera y payasa de hospital Elena Santa Cruz, citado en Romero, Méndez, Bianco y Castro (2012) expone lo siguiente:

“Cuando en medio del llanto florece la risa, cuando las miradas cómplices sostienen la alegría, cuando una mano apretada acompaña el dolor... La vida nos hace un guiño, se pone una nariz roja, y con rostro de payaso nos dice que todo es posible y que vale la pena seguir luchando protegidos y guiados por la esperanza” (p. 18)

Podemos definir el término payaso de hospital como “un profesional con una formación específica de adaptación del arte del payaso al medio hospitalario obtenida en un sistema formal o no formal de educación y cuya actividad puede ser o no remunerativa” (Romero et al., 2012, p. 36).

Aquellos que realizan payasos de hospital suelen ser personas que forman parte de asociaciones sin ánimo de lucro o realizan voluntariado social, tal y como recogen Romero et al (2012).

Tal y como explican Meisel, Chellew, Ponsell, Ferreira, Bordas y García-Banda (2009):

El humor y la risa son estrategias conductuales muy utilizadas para reducir el miedo, el estrés y la ansiedad en el ámbito hospitalario. La intervención de los payasos de hospital es uno de los programas que emplea el humor para reducir el malestar psicológico infantil en el contexto sanitario (p. 605).

El clown hace todo lo que él quiere hacer, es decir, se revela, transgrede lo prohibido, desobedece, se divierte y juega, es decir, hace todo aquello que quiere, por eso el niño proyecta en el payaso hospitalario sus proyectos y sus deseos. Mediante el juego se estimula la imaginación y se activan diversas emociones en el niño, todo esto ayuda a que se conecte a su entorno, es decir, a su mundo.

Esta actividad se empezó a realizar solo en el área de pediatría, aunque actualmente se ha extendido a otras áreas y colectivos debido al progreso social que genera, así como los beneficios que aporta a la sociedad.

Para la profesora Velásquez (2010) de la Universidad Pontificia Bolivariana (citado en Domínguez, 2015), la intervención del payaso de hospital consiste en l:

(...) un actuar espontáneo e improvisado que se logra a partir de la interacción con el otro, lo que significa asumir la representación de un personaje que detrás de una nariz roja intenta expresar diversas formas de percibir los

acontecimientos de la vida, considerando al humor como una de sus principales herramientas para ayudar en la mejoría de los pacientes hospitalizados (p. 13).

El clown “no busca diagnósticos, o “tratamientos”, no se centra en las enfermedades ni en la espera de resultados. Él actúa sin preocuparse por el después, vivenciando el presente y haciendo de esta vivencia lo que vendrá a ser terapéutico.” (Baliari y Rosado, 2010, p.10).

El payaso de hospital “interviene en la cotidianidad, para acariciarla y para cuestionarla. El sentido se altera, y el objetivo es inmiscuirse en los pasillos del hospital, donde las personas transitan vulnerables e indiferentes, para pasar a habitar el hospital con nuevas partituras de existencia” (Jaluff y Panizza, 2012, p. 30).

Los autores Romero, Méndez, Bianco y Castro (2013) explican lo siguiente:

(...) los payasos proponen un espacio lúdico, sin prisa y sin pausa, en un tiempo sin tiempo, permitiendo abrir la posibilidad de viajar con la imaginación y soñar despiertos, de externalizar emociones, miedos, ansiedades, fantasías y recobrar la alegría y el placer de jugar (p. 25).

El primer programa de payasos de hospital, *Clowns Care Unit*, fue creado en Estados Unidos en 1986 por Michael Christensen. Este payaso intentó transmitir en el área de pediatría la alegría que produce el circo. Según Joh Towsen (1976), “la capacidad del payaso para evocar sentimientos de superioridad en el espectador juega un papel importante durante todo su trabajo” (p. 206). Para Henderson, el payaso es “la encarnación de la esperanza ante la esperanza, y de la posibilidad frente a lo imposible”.

Tal y como sostiene Camacho (2003) citado por Panizza y Jalluff (2014), “el humor facilita el proceso de recuperación ayudando a tomar distancia respecto de los problemas, interrumpir pensamientos obsesivos, aportando una mirada alternativa, descomprimiendo la situación, promoviendo mejores alianzas terapéuticas, creando un clima positivo, favoreciendo la comunicación, entre otros aspectos” (p. 3).

Esta filosofía sigue viva en estos momentos, por lo que se está intentando que esté presente en más lugares. Tal y como explican Romero et al. (2012):

“En la actualidad se está trabajando con la Universidad de Haifa para preparar un programa de Maestría en Psicodrama y Psicoterapia bajo los auspicios de la Escuela de Graduados de la Universidad de Artes Creativas (...) El objetivo es

enriquecer al grupo brindándole herramientas para que su trabajo en los hospitales sea un trabajo profesional, que permita a los payasos integrarse en los equipos de salud como parte del equipo multidisciplinario” (p. 46).

Son varios los centros donde podemos encontrar a los payasos de hospital. En España, las principales asociaciones que llevan a cabo esta actividad pueden verse en tabla 1.

Tabla 1.
Principales asociaciones de payasos de hospital en España.

Terapiclown (Brugos)	Fundación Theodora (Madrid)
Hazmerreir (Canarias)	Saniclown (Madrid)
PapaPullas (Cataluña)	Sonrisa Médica (Mallorca)
Salut i Clowns (Cataluña)	Pupaclown (Murcia)
XaropClown (Girona)	Clowntigo (Oviedo)
Algaraklown (Guipúzcoa)	PayaSOSPital (Valencia)

El juego y el humor ayudan al niño a exteriorizar sus problemas y mediante la risa descarga tensiones, las cuales le producen placer. “Al respecto médicos, científicos y psicólogos coinciden en los efectos beneficiosos, ya que mejora la circulación sanguínea, dilata los vasos, relaja los músculos, oxigena los pulmones, produce endorfinas y combate los estados depresivos, ansiosos y de angustia” (Panizza, 2015, p. 14).

El humor es muy importante dentro de la hospitalización y de la educación, debido fundamentalmente a las siguientes razones:

- Porque es necesario dar una respuesta afirmativa ante la sociedad pesimista, desencantada y apática (Garanto, 1983).
- Porque es un elemento de comprensión de la realidad. (Fernández, 1999).
- Porque genera un estilo de enseñanza-aprendizaje.
- Porque nos ayuda a pensar y estimula la creatividad.

3. ARTETERAPIA

Este término hace referencia a una disciplina que a través de la creación artística como medio de comunicación busca ayudar a que el bienestar de las personas mejore a través de la potenciación de sus fortalezas y de la expresión libre de pensamientos. Dicha disciplina utiliza diferentes lenguajes artísticos, como la pintura o la música, de forma terapéutica.

La psicóloga y artoterapeuta Mireia Bassols, (2006) define este término de la siguiente manera:

El arteterapia es un acompañamiento y una ayuda a la persona en dificultades sociales, educativas, personales,... de tal manera que el trabajo realizado a partir de sus creaciones plásticas, sonoras, dramáticas, teatrales, escritas,... generen un proceso de transformación de sí misma y le ayuden a integrarse en sus grupos de referencia social, de una manera crítica y creativa.

Dalley (1987) define el *Arte Terapia* como la utilización del arte desde un punto de vista terapéutico, donde lo principal es la persona y el proceso. Desde esta visión el arte es utilizado como una forma de comunicación no verbal en la que prima el proceso de dicha comunicación y su relación con otros procesos psicológicos, restándole importancia al resultado estético del arte.

Este método utiliza la creación artística como vía para la exploración interior y la expresión no verbal de ideas, emociones o sentimientos. “El trabajo artístico-terapéutico se basa en el proceso creativo y en la necesidad y beneficios de la expresión humana” (Callejón, Granados, 2003, p. 138).

A través de la arteterapia se intenta lograr que el paciente que se encuentra hospitalizado pueda sobrellevar esta situación gracias a la creación y a la expresión emocional. Ayuda a superar las situaciones negativas que se pueden producir durante el ingreso y así evitar que estas influyan negativamente en su recuperación.

Es una modalidad de intervención beneficiosa para el paciente, a través de la cual indaga en sus emociones y vierte todas aquellas que sean negativas, aquellas que puedan frustrarle, en la creación artística, que le sirve como herramienta para la comunicación, la autoexpresión y el crecimiento personal. Gracias a este método se contribuye a la disminución del efecto negativo que produce la hospitalización en el paciente, ya que ocupa su tiempo libre en realizar actividades y se distrae de su enfermedad, lo que favorece a que esta mejore (González-Simancas y Polaino-Lorente, 1990). “Se pretende ayudar al niño a restablecer su capacidad natural para relacionarse consigo mismo y con el mundo que le rodea de un modo satisfactorio y saludable” (Sánchez, 2013, p. 14).

Su finalidad consiste en crear un espacio en el que el niño hospitalizado se encuentre cómodo y pueda crear libremente. Un lugar en el que recupere su capacidad de ser un niño en un espacio de normalidad, promoviendo ante todo sentimientos agradables y positivos

para él. En este espacio se ensalzan diferentes formas de ver y de sobrellevar la situación por la que están pasando, potenciando la relación con otros pacientes que están viviendo la misma situación.

4. MUSICOTERAPIA

Josefa Lacárcel (1995) de la Universidad de Murcia, define la musicoterapia como:

(...) terapia basada en la producción y audición de la música, escogida ésta por sus resonancias afectivas, por las posibilidades que da al individuo para expresarse a nivel individual y de grupo, y de reaccionar a la vez según su sensibilidad, y también al unísono con los otros. (p. 9)

Otra definición de este término explica que la musicoterapia “es el empleo de la música para alcanzar objetivos terapéuticos: la recuperación, conservación y mejoría de la salud mental y física” *National Association for Music Therapy* (1980) p. 1 (citado en Kenneth, 1998, p.5).

Para la autora Serafina Poch (2001), la musicoterapia es “la aplicación científica del arte de la música y la danza con finalidad terapéutica, para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano, a través de la acción del musicoterapeuta” (p.93)

La música enriquece la vida, por ese es muy necesario que esta forme parte de la vida de todos los niños y especialmente de aquellos con problemas para formar un ambiente musical rico y controlado en estímulos. La experiencia sensorial formada por un buen ambiente musical le va a aportar al niño un desarrollo emocional, psicofisiológico y social equilibrado.

No solo se utiliza la música en esta vertiente terapéutica, sino que también el sonido en todas sus formas posibles. Además, también es necesario el movimiento, ya que la música es movimiento (Lacárcel, 1995).

La musicoterapia se utiliza de tres formas diferentes según Lacárcel (1995):

- *Activa*: El niño juega, manipula instrumentos, canta...
- *Receptiva*: El niño escucha.
- *Receptivo-Activa Interdisciplinar*: Apoyo a otras actividades.

A través de la música se pretende ayudar al ser humano diversos modos (musicoterapia preventiva), así como al ser humano enfermo (musicoterapia curativa) (Poch, 2001).

5. MAGIA COMO TERAPIA

Paulo Coelho dice que “la magia es un puente que te permite ir del mundo visible hacia el invisible. Y aprender las lecciones de ambos mundos” (citado en Fundación Abracadabra, 2014, p.8)

La magia es terapéutica, lleva la ilusión y la alegría a aquellos que más lo necesitan, los niños hospitalizados. El asombro es la mejor herramienta o terapia.

Son muy pocos los estudios y conocimientos que se tienen sobre el efecto terapéutico que tiene la magia sobre los pacientes hospitalizados, ya que es una actividad que está comenzando recientemente a realizarse y a crecer. La Fundación Abracadabra es la primera que ha utilizado la magia de forma terapéutica. Lo que dicha fundación pretende es llevar la magia a los colectivos más desfavorecidos.

La Fundación Abracadabra (organización de acción social sin ánimo de lucro que trabaja en todo el territorio) lleva la magia a los niños que se encuentran hospitalizados gracias a sus magos solidarios, los cuales primero visitan a los niños que no pueden desplazarse hasta el aula donde se realiza el espectáculo. Las actuaciones que se organizan en los hospitales son espectáculos muy alegres, participativos y alegres, en los cuales se reúnen tanto niños como familiares y personal médico.

Esta fundación también crea talleres de magia, los cuales ayudan a aumentar la ilusión de los pacientes. Gracias a estas actividades los niños aprenden magia que en un futuro podrán enseñar a sus familiares y amigos.

Comenzaron llevando la magia a niños hospitalizados y después a enfermos de cualquier edad. Además, también han realizado talleres de magia con jóvenes ingresados en unidades psiquiátricas, así como con aquellos que se encuentran en riesgo de exclusión social en centros de acogida.

La magia produce en los niños hospitalizados ilusión, capacitación y ayuda a que crezca su autoestima, ya que se dan cuenta de que son capaces de realizar ellos mismos los trucos y las actividades que los magos les proponen.

Tal y como cuenta García en Fundación Abracadabra (2014) se ha comprobado que “el valor terapéutico de la magia se consigue no sólo con shows sino también con clases de magia en las que los chicos y chicas se convierten en auténticos magos” (p. 3).

Los magos solidarios buscan devolver la ilusión a todas aquellas personas que se encuentran en situaciones difíciles y creen que la han perdido. Pretenden ilusionar a todos aquellos que se encuentran en un estado emocional difícil.

La magia es un don que consigue dibujar sonrisas y regalar esperanza a los que más la necesitan. Puesto que es un don los magos lo comparten con aquellos que necesitan ilusionarse y sonreír.

Esta fundación regala magia de dos formas diferentes: actuaciones y talleres. Las actuaciones consisten en espectáculos interactivos y alegres en lugares en los la risa es necesaria. Por otro lado, los talleres son clases de magia adaptadas para aquellos que las van a recibir y en las que los participantes pueden desarrollar la creatividad y la autoestima (Fundación Abracadabra, 2014).

Dentro de este trabajo nos vamos a centrar en los talleres realizados por magos solidarios pertenecientes a la Fundación Abracadabra, los cuales son para jóvenes que se encuentran ingresados en unidades psiquiátricas. Estos talleres han comenzado en 2014. Ese año se llevaron a cabo cuarenta talleres en la unidad de psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Estas actividades permitieron que adolescentes de 12 a 17 años disfrutaran todas las semanas de talleres mágicos que duraban entre dos y tres horas. En ellos los jóvenes aprendieron la magia de ilusionar y de relacionarse fuera del miedo y de la preocupación que los aferra (Fundación Abracadabra, 2014).

SEGUNDA PARTE:
ESTUDIO EMPÍRICO

MÉTODO

1. PARTICIPANTES

En la siguiente investigación, la población que ha participado está conformada por trescientos setenta y ocho niños y niñas, principalmente adolescentes, que se encuentran ingresados en las unidades psiquiátricas del hospital General Universitario Gregorio Marañón y del hospital Universitario Infantil Niño Jesús, ambos situados en la ciudad de Madrid. Todos los sujetos han participado en los talleres de magia que se han realizado en dichos hospitales entre los meses de enero y julio de 2015 por parte de la Fundación Abracadabra.

La muestra con la que se ha trabajado es una muestra intencional o por conveniencia, la cual consiste en “la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo” (Casal y Mateu, 2003) y en la que “las unidades de la muestra se eligen de acuerdo a su fácil disponibilidad” (Mejía, 2000), ya que ambos hospitales permitieron el acceso a sus unidades de psiquiatría. Todos los datos han sido proporcionados al Grupo de Investigación de Excelencia (GR179 de Castilla y León) en “Psicología de la Educación” por parte de la Fundación Abracadabra, con la finalidad de que fueran revisados y estudiados.

La muestra de pacientes está formada por 278 sujetos: 89 varones (23,54%) y 289 mujeres (76,46%) (Figura 1).

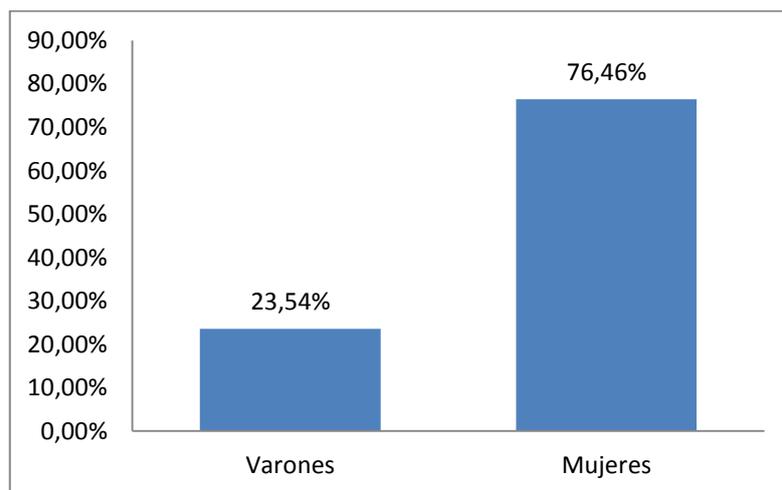


Figura 1. Sexo de los pacientes

Los sujetos se encuentran hospitalizados en dos hospitales, siendo 173 (42,86%) los ingresados en el hospital General Universitario Gregorio Marañón y 205 (57,14%) en el hospital Universitario Infantil Niño Jesús (Figura 2).

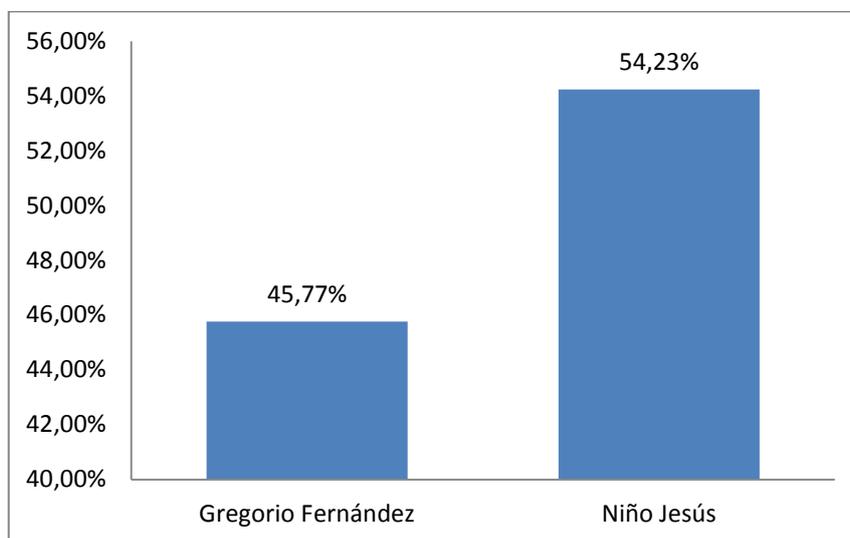


Figura 2. Hospital de ingreso

Si estudiamos las variables sexo y hospital de forma conjunta obtenemos que en el hospital General Universitario Gregorio Marañón 65 de los pacientes son varones (37,57%) y 108 son mujeres (62,47%). Por otro lado, en el hospital Universitario Infantil Niño Jesús, 24 son varones (11,71%) y 181 son mujeres (88,29%) (Tabla 2).

Tabla 2.

Relación sexo y hospital

<i>Gregorio Marañón</i>		<i>Niño Jesús</i>	
Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
65	108	24	181

En cuanto a las edades de los participantes, estas se distribuyen de la siguiente manera, habiendo cuatro pacientes entre los 7 y los 10 años (1,06%), ciento treinta y nueve entre los 11 y los 14 años (36,77%) y doscientos treinta y cinco pacientes entre los 15 y los 18 años (62,17%) (Figura 3).

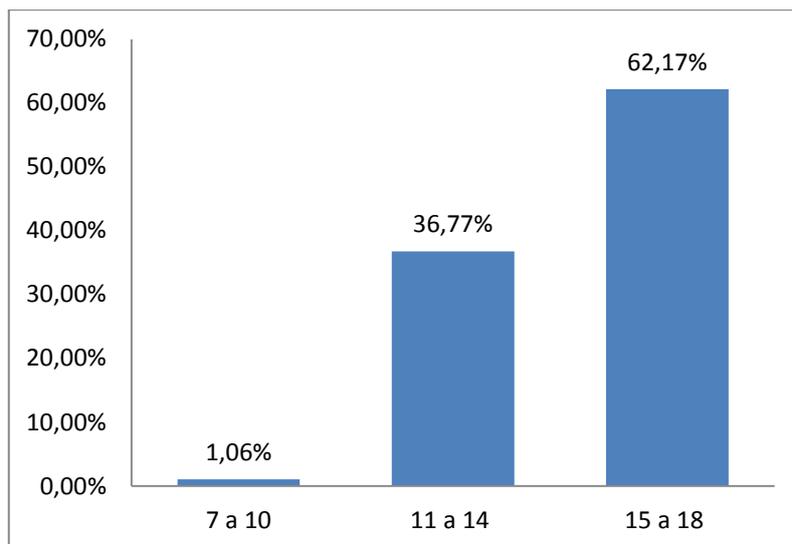


Figura 3. Edades de los pacientes

Relacionando las edades con los sexos de los sujetos se ha observado que en cuanto al sexo masculino; un único paciente tiene entre 7 y 10 años (1,12%), veinticinco tienen entre 11 y 14 años (28,09%) y sesenta y tres tienen entre 15 y 18 años (70,79%).

Por otro lado, en el sexo femenino; tres pacientes tienen entre 7 y 10 años (1,04%), ciento catorce tienen entre 11 y 14 años (39,45%) y ciento setenta y dos tienen entre 15 y 18 años (59,52%) (Figura 4).

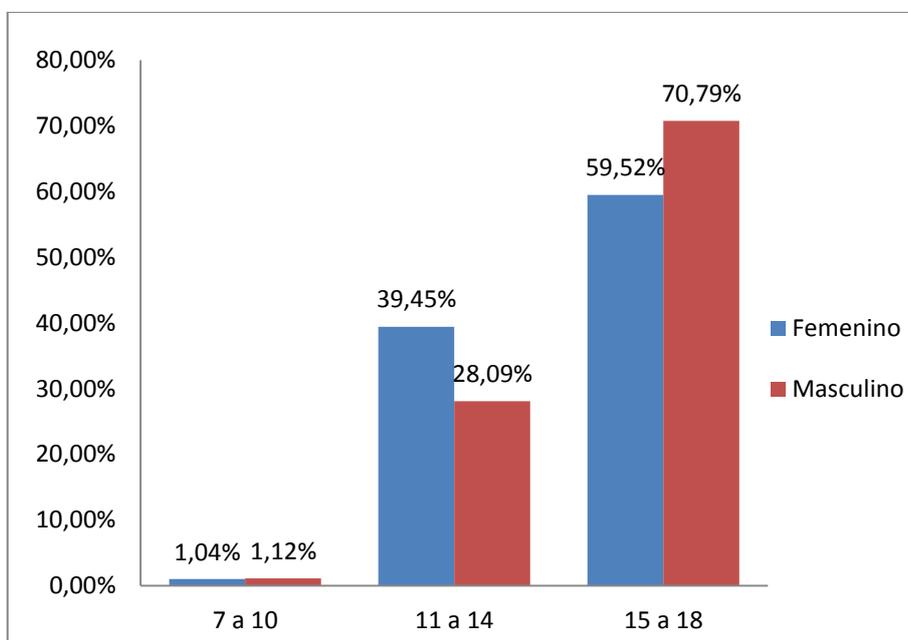


Figura 4. Relación sexo y edad

En cuanto las edades y los hospitales se ha observado que en el hospital General Universitario Gregorio Marañón; un único participante tiene entre 7 y 10 años (0,58%),

sesenta y uno tienen entre 11 y 14 años (35,26%) y ciento once participantes tienen entre 15 y 18 años (64,16%).

En contraste, en el hospital Universitario Infantil Niño Jesús; tres participantes tienen entre 7 y 10 años (1,46%), setenta y ocho tienen entre 11 y 14 años (38,05%) y ciento veinticuatro participantes tienen entre 15 y 18 años (60,49%) (Figura 5).

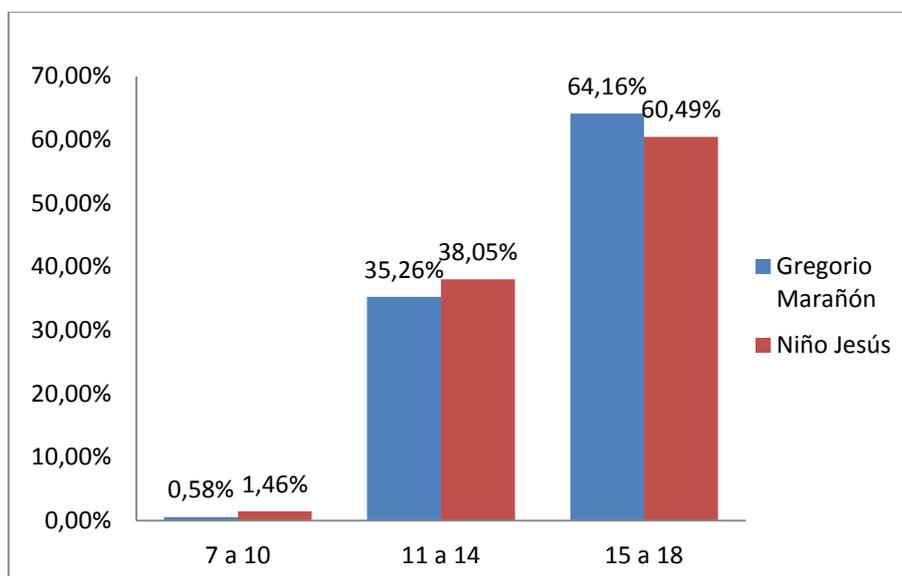


Figura 5. Relación hospital y edad.

Todos los sujetos que han participado en los talleres se encuentran hospitalizados en el área psiquiátrica de ambos hospitales debido a diversos trastornos de los que han sido diagnosticados. Dichos trastornos son los de la tabla 3.

Tabla 3.

Trastornos de los pacientes

Auto heteroagresividad	Trastorno bipolar
Esquizofrenia paranoide	Trastorno de ansiedad
Ideación autolítica	Trastorno de comportamiento
Inestabilidad emocional	Trastorno de conducta
Maniaco	Trastorno de conducta alimenticia
Mutismo selectivo	Trastorno de personalidad
Retraso mental moderado	Trastorno depresivo
Sobreingesta medicamentosa	Trastorno general del desarrollo
Trastorno adaptativo	Trastorno psicótico

A continuación se expone la relación de los trastornos psiquiátricos según el hospital y según el sexo de los pacientes de cada hospital que han participado en los talleres. Así como el total de sujetos diagnosticados con cada trastorno (Tabla 4).

Tabla 4.
Relación trastornos, sexo y hospital.

<i>Trastorno</i>	<i>Gregorio Marañón</i>		<i>Niño Jesús</i>		<i>Total</i>
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	
Auto heteroagresividad	2	0	0	0	2
Esquizofrenia paranoide	0	1	0	0	1
Ideación autolítica	3	19	0	7	29
Inestabilidad emocional	3	2	0	0	5
Maniaco	3	0	0	0	3
Mutismo selectivo	0	2	0	0	2
Retraso mental moderado	0	1	0	0	1
Sobreingesta medicamentosa	0	2	0	0	2
Trastorno Conducta Alimenticia	7	19	22	159	207
Trastorno adaptativo	0	6	0	1	7
Trastorno de ansiedad	1	3	0	0	4
Trastorno bipolar	0	2	0	0	2
Trastorno de comportamiento	1	0	0	2	3
Trastorno de conducta	21	20	0	1	42
Trastorno depresivo	8	20	0	11	39
Trastorno general del desarrollo	2	0	0	0	2
Trastorno de personalidad	1	7	0	0	8
Trastorno psicótico	13	4	2	0	19

2. PROCEDIMIENTO

Primeramente se realizaron treinta seis talleres de magia, realizados por la Fundación Abracadabra, entre los meses de enero y julio de 2015. Dichos talleres se llevaron a cabo en las unidades psiquiátricas del hospital General Universitario Gregorio Marañón y del hospital Universitario Infantil Niño Jesús, ambos situados en la ciudad de Madrid. Todos fueron realizados por un mago voluntario perteneciente a dicha fundación que acudía a los hospitales. Además, los voluntarios, familiares o personal sanitario ayudaban al mago en todo lo necesario para así lograr que todo saliera perfecto.

Al finalizar la actividad todos los participantes escribían en un cuaderno o en unas cartas de magia, ambos proporcionados por parte del mago, lo que pensaban o sentían de la actividad. Todos los testimonios fueron anónimos y personales sin que se sintieran obligados a escribir algo determinado, sino al contrario, se les dejaba total libertad para

que expresaran lo que habían sentido o vivido durante ese rato. Dichas opiniones fueron cedidas por la Fundación Abracadabra al Grupo de Investigación de Excelencia (GR179 de Castilla y León) en “Psicología de la Educación” para su estudio.

Una vez recogidos los testimonios de los 378 sujetos se procedió a la transcripción y categorización de los mismos. Primeramente se anotaron todas las categorías adquiridas de las transcripciones de todos los testimonios obtenidos.

Posteriormente se ha procedido a revisar, reducir y unificar las categorías iniciales para así llegar a obtener las finales con sus correspondientes categorías. Se ha utilizado el método de análisis dimensional, para así lograr simplificar las mismas y ayudar a escoger las más relevantes y que englobaban mejor todos los aspectos.

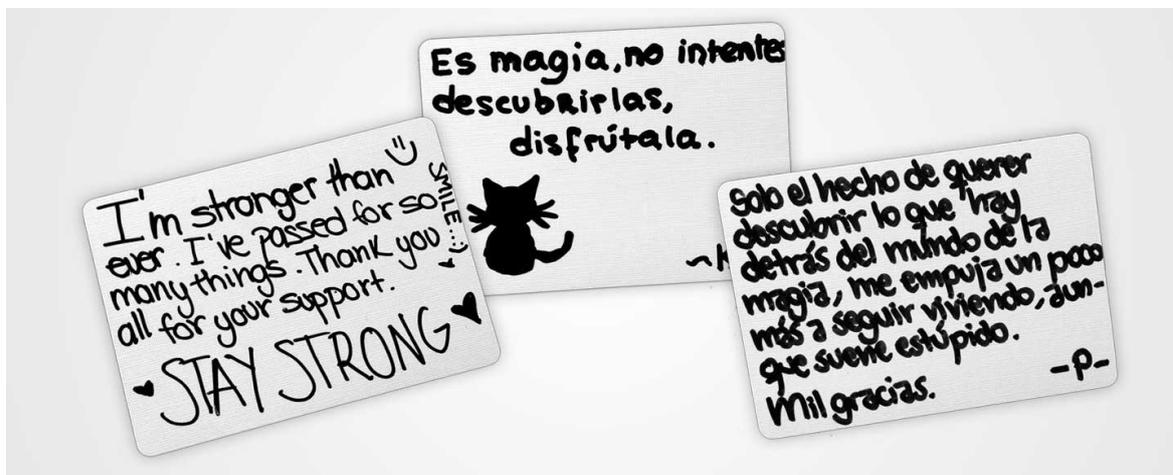
Tras numerosas revisiones y unificaciones finalmente han sido cinco las categorías seleccionadas, con sus correspondientes subcategorías, las cuales tratan de englobar todas las ideas aportadas en los testimonios. Las categorías definitivas son las siguientes: ocio y entretenimiento, originalidad, terapia, aprendizaje y pensar.

Una vez definidas las categorías y subcategorías se procedió a elaborar un cuestionario, que se encuentra en fase de revisión y evaluación de expertos, que englobase las mismas, el cual se les proporcionará a los participantes en posteriores talleres para así recoger de forma más rápida y sencilla sus sentimientos y pensamientos. Las preguntas que forman parte del mismo se han redactado de diversas maneras con la intención de captar la atención de los jóvenes y lograr que las realicen sinceramente y no de forma aleatoria.

Finalmente, se enviará tanto el cuestionario como las categorías definidas a diversos expertos, tanto magos como profesores del área de Psicología, con la intención de que den sus opiniones sobre los mismos para mejorar y revisar todos los aspectos necesario. La finalidad de consultar a los expertos es la validación del cuestionario que se logrará concluir más adelante, en posteriores estudios.

3. INSTRUMENTOS

Para la recogida de datos se han utilizado cuadernos y cartas de Bicycle de dorso blanco.



Estos materiales han sido entregados al finalizar los talleres en el hospital por parte del mago solidario que realizaba el taller.

En las cartas y en los cuadernos el sujeto tenía libertad para escribir como se había sentido durante o después del taller o todo lo que quisiera relacionado con las actividades que acababa de realizar.

Las cartas utilizadas pertenecían a una baraja Bicycle con uno de sus dorsos en blanco. Es una idea atractiva para los niños, ya que al haber estado realizando actividades de magia les puede llamar la atención el escribir en una baraja en lugar de un papel normal.

Para la simplificación de categorías, ya que primeramente se obtuvo gran número de las mismas, se ha realizado un pequeño análisis dimensional. El *análisis dimensional* técnica utilizada por el catedrático Francisco Secadas, es una herramienta que sirve para reducir el número de variables de un estudio.

A través de este instrumento se fueron comparando todas las variables entre sí para ver cuáles eran más importantes, así como cuales podían coincidir con otras o ser muy parecidas entre sí.

Esta herramienta nos ayuda a analizar con mayor facilidad el sistema objeto de estudio, debido a la simplificación de variables implicadas, así como a reducir el número de ensayos que debe realizarse para averiguar el comportamiento o respuesta del sistema.

4. DISEÑO

Se ha utilizado una metodología mixta, que integra tanto un enfoque cualitativo como cuantitativo. Este enfoque implica una visión amplia y creativa, permitiendo una mayor profundización y conocimiento del objeto de estudio. Se ha elegido esta metodología por la necesidad de cuantificar testimonios verbales en cada variable.

4.1. Diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa

Entre estos enfoques cualitativo y cuantitativo existen una serie de diferencias principales (Tabla 5).

Tabla 5.

Diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA
Centrada en la fenomenología y comprensión	Basada en la inducción probabilística del positivismo lógico
Observación naturista sin control	Medición penetrante y controlada
Subjetiva	Objetiva
Inferencias de sus datos	Inferencias más allá de los datos
Exploratoria, inductiva y descriptiva	Confirmatoria, inferencial y deductiva
Orientada al proceso	Orientada al resultado
Datos “ricos y profundos”	Datos “sólidos y repetibles”
No generalizable	Generalizable
Holista	Particularista
Realidad dinámica	Realidad estática

Fuente: Cabrero y Richart (1996) y Reichart (1986) citado en Valdivieso-León (2015).

Como explica Salgado (2007), la investigación mixta hace referencia a la complementariedad existente entre el método cualitativo y cuantitativo, creándose un paradigma nuevo que se ha legitimado con el paso de los años. Es difícil que un investigador utilice únicamente un único enfoque a la hora de la construcción del conocimiento científico, ya que ambos son complementarios (Vera, 2005).

Según LeCompte (1995) (citado en Valdivieso-León, 2015), la *investigación cualitativa* se podría considerar:

“una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de las observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y video cassettes, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos” (p. 122).

El objetivo de la investigación cualitativa, según Stake (1995), se centra en tratar de comprender y analizar los hechos, tanto en el papel personal del investigador desde el comienzo de la investigación, como en la interpretación de los acontecimientos, por lo que se espera una descripción densa, una comprensión experiencial y múltiples realidades (Valdivieso-León, 2015).

Stake (1995) afirmó que “el objetivo de la investigación cualitativa es la comprensión, centrando la indagación en los hechos”.

Para Stake (1995) el investigador construye el conocimiento, en lugar de descubrirlo. Además, destaca el carácter holístico, empírico, interpretativo y empático, como aspectos diferenciales de un estudio cualitativo.

Tal y como explican Taylor y Bogdan (1987), el concepto de metodología hace referencia al modo en el que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas a los mismos. “Nuestros supuestos, intereses y propósitos nos llevan a elegir una u otra metodología” (Taylor y Bogdan, 1987, p. 1).

“La frase "metodología cualitativa" se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (Taylor y Bogdan, 1987, p. 3). Las características principales de la metodología cualitativa, según Taylor y Bogdan, son:

- Es inductiva.
- El investigador ve a las personas y al escenario desde una perspectiva holística.
- Los investigadores son sensibles a los efectos que ellos provocan sobre las personas investigadas.
- Procuran comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.
- Aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
- Considera valiosas todas las perspectivas.
- Es un método humanista, ya que a través influye en el modo de ver a las personas que son investigadas.
- Tiene mucha importancia la validez.
- Cualquier persona y escenario es dígno de estudio.
- Es un arte en el que el modo de conducir el estudio es flexible.

La *investigación cuantitativa* según Hurtado de Barrera (2002) (citado en Valdivieso-León, 2015), es:

“aquella que maneja datos numéricos, emplea métodos cuantitativos de análisis, busca causas prestando atención a la interpretación o visión subjetiva de cada quien, enfatiza el control, se centra en la confirmación más que en la solución de problemas concretos y generaliza más que limitarse a un contexto” (p. 122).

La investigación cuantitativa se centra principalmente en buscar causas, persiguiendo siempre el control y la explicación (Stake, 1995). Esta metodología se basa en la validez, la confiabilidad y la muestra (Álvarez-Gayou, 2003).

Este método de investigación social se basa en el paradigma explicativo. Principalmente utiliza información cuantitativa para describir o explicar los fenómenos que estudia.

Edelmira G. La Rosa (1995) explica la necesidad de claridad entre los elementos de investigación desde el inicio hasta el fin para que pueda existir metodología cuantitativa.

Las principales diferencias entre la investigación cualitativa y cuantitativa, tal y cómo explica Stake (2007, p.42) son:

- La distinción entre la explicación y comprensión persigue la indagación.
- La distinción entre el papel personal e impersonal del investigador.
- La distinción entre conocimiento descubierto y construido.

4.2. Metodología mixta en este estudio

La metodología mixta, tal y como explican Uribe, Covarrubias y Uribe (2009), nos permite “transitar de lo cualitativo a lo cuantitativo y de lo cuantitativo a lo cualitativo en el proceso de maximizar y minimizar las categorías durante el trabajo de campo” (p. 136).

Este trabajo utiliza una metodología mixta. La transcripción de los testimonios de los sujetos y su posterior categorización serían métodos de metodología cualitativa, puesto que se trabaja con datos escritos. Cuando se contabiliza el número de testimonios correspondientes a cada categoría final se trabaja con resultados numéricos y porcentajes, es por eso que este método pertenece a la metodología cuantitativa.

Al trabajar tanto con métodos cualitativos como cuantitativos se considera que este trabajo utiliza una metodología mixta. En la cual se contabiliza el número de opiniones que se encuentran correspondidas con cada una de las categorías finales obtenidas.

4.3. Diseño pre-experimental

En esta investigación se ha utilizado un diseño pre-experimental en el que no hay pretest, sino que hay intervención y posteriormente posttest. Ávila (2006, p. 68) explica que en este tipo de diseño “se analiza una sola variable y prácticamente no existe ningún tipo de control. No existe la manipulación de la variable independiente ni se utiliza grupo control.”

En la investigación pre-experimental no existe la posibilidad de comparar diversos grupos, ya que solo existe un único grupo con el que se trabaja –que no es estable, pues los sujetos son dados de alta por el servicio médico, aunque en ocasiones tienen que volver a ser ingresados-.

En este trabajo solo hay un diseño y posteriormente posttest, el cual se intentará pasar con un grupo control y otro experimental, para poder obtener así resultados más fiables.

RESULTADOS

1. CATEGORIZACIÓN

Tras la lectura de todos los testimonios recogidos se procedió a la categorización de los mismos debido al gran volumen de datos cualitativos obtenidos. Se decidió elaborar un sistema de categorización, el cual permitiera comparar, comprobar y organizar la información recogida de una forma conceptual. Thiebaut (1998), citado en Valdivieso-León (2015) define esto como “la creación de unidades de análisis relevantes y significativas, ya que son clasificaciones básicas de conceptos estructuradas de forma lógica para poder organizar nuestros pensamientos”,

Hernández, Fernández y Baptista (2006) explican que las categorías se pueden formar utilizando una palabra, la cual se establece como criterio unificador, consiguiendo así que todas aquellas ideas que estén relacionadas aparezcan englobadas en una misma categoría. Además, es recomendable dividir la categoría en subcategorías cuando dentro de la misma se aglutinan demasiadas ideas. Esta división facilita el análisis de las ideas.

La categorización en este estudio se realizó a través del método etic, es decir, después de obtener la información por parte de los sujetos. Tal y como defiende este método, las categorías y subcategorías han sido creadas a partir de los testimonios recogidos.

1.1. Categorías y subcategorías encontradas

Tras la revisión de todos los datos se procedió a la categorización y revisión de la misma. Se utilizó el análisis dimensional con el objetivo de simplificar las categorías para así obtener aquellas que son más importantes y que ayudan a recoger y analizar mejor toda la información.

En la Tabla 5, se observa como una vez realizado se obtuvo el siguiente sistema de categorías (Anexo 1).

Tabla 5.

Sistema de categorización de expresión de sentimientos en adolescentes hospitalizados

CÓDIGO	CATEGORÍA	CÓDIGO	SUB-CATEGORÍA
A	Entretenimiento y Ocio		
B	Originalidad (Descubrimiento)	B1	Misterio
		B2	Fantasia
		B3	Sorpresa
C	Terapia	C1	Ayuda-Alivio
		C2	Distracción
		C3	Bienestar
		C4	Alegría
		C5	Energía
		C6	Tranquilidad
D	Aprendizaje	D1	Esfuerzo
		D2	Participar
		D3	Arte
		D4	Interés
E	Pensar	E1	Reflexionar
		E2	Nostalgia

Este sistema de categorización no se encuentra validado debido a la falta de tiempo, por lo que posteriormente se enviará a una serie de expertos o evaluadores, tanto del ámbito de la psicología como del de la magia, con el fin de conocer su opinión acerca de una serie de aspectos que se han diseñado (Anexo 2).

En primer lugar, se les pedirá que valoren el “grado de acuerdo” a siete cuestiones (de 1-desacuerdo a 4-acuerdo):

1. ¿Es adecuada la *forma de presentación* de las categorías?
2. ¿Considera adecuada *la fuente* de la que se han tomado las definiciones?
3. ¿Está de acuerdo con la *denominación de las categorías (etiqueta)*?
4. ¿Están bien *definidas las categorías*?
5. ¿Está de acuerdo con la *denominación de las sub-categorías (sub-etiquetas)*?
6. ¿Están bien *definidas las sub-categorías*?
7. ¿Los ejemplos obtenidos de las transcripciones de las entrevistas *ilustran* las categorías?

En segundo lugar, se les pedirá que respondan a una serie de preguntas. En caso de que su respuesta sea afirmativa deberán explicar sus razones a través de una respuesta abierta:

1. Cambiaría el nombre de alguna categoría. ¿Qué categoría o categorías y cuál es su propuesta?

2. Cambiaría el nombre de alguna subcategoría. ¿Qué subcategoría o subcategorías y cuál es su propuesta?
3. Agruparía algunas categorías. ¿Qué categorías agruparía y por qué?
4. Organizaría las categorías y subcategorías de otra forma. ¿Cuál es su propuesta?

1.2. Número de testimonios por categorías

Se muestran los porcentajes de los testimonios que fueron relacionados con cada categoría. Al ser tan extensos algunas de las opiniones de los sujetos fue imposible adjudicarlas solo una única categoría, por lo que algunas opiniones se relacionan con varias categorías. Obteniendo un total de 578 respuestas que se adjudicaron a diferentes categorías.

En la tabla 6 aparecen reflejados el número de veces que se ha expresado cada una de las categorías finales, así como el porcentaje, expresado en tanto por ciento, de cada una de ellas.

Tabla 6.

Frecuencia. Número de sujetos que expresa cada categoría

Categoría y Subcategorías	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
A	195	33,74
B1	18	3,11
B2	27	4,67
B3	35	6,06
C1	16	2,77
C2	68	11,76
C3	45	7,79
C4	104	17,99
C5	5	0,87
C6	4	0,69
D1	4	0,69
D2	20	3,46
D3	5	0,87
D4	18	3,11
E1	2	0,35
E2	12	2,08

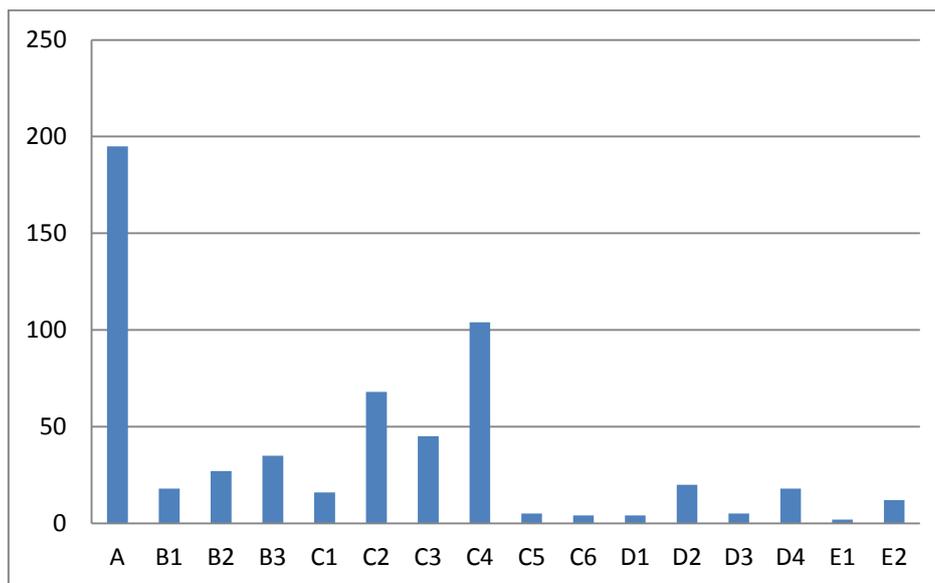


Figura 6. Número de sujetos que expresa cada categoría.

Con este gráfico podemos observar que las categorías más repetidas por los sujetos de los talleres cuando expresan sus emociones en relación al mismo son: A, entretenimiento y ocio; C2, distracción y C4, alegría. Esto significa que estas actividades suponen un periodo de distracción y alegría en su vida hospitalaria, a la vez que les entretiene y divierte. Con estos datos nos damos cuenta que la magia es beneficiosa para los niños hospitalizados y que ellos así lo consideran.

Otra categoría expresada por los participantes es la referente al bienestar, ya que consideran que el taller afecta de forma significativa en su vida dentro del hospital y, esta es beneficiosa para ellos y positivo para su bienestar.

La transcripción de las expresiones de los participantes muestran la gran aceptación ante los juegos de magia, así como sus opiniones positivas hacia los mismos y hacia los efectos positivos que estos provocan en ellos.

2. CUESTIONARIO

Una vez obtenida la categorización se ha procedido a la realización de un cuestionario, el cual englobe todas las opiniones de los sujetos, es decir, todas las categorías recogidas. Este cuestionario se ha realizado con el objetivo de pasarlo entre los sujetos de talleres posteriores, para así recoger sus opiniones acerca del mismo de una forma más rápida y sencilla.

Se ha intentado realizar un cuestionario que fuera sencillo y rápido, ya que va a ser realizado por niños. Por esto ha primado la importancia de realizar preguntas que fueran

atrayentes y que el sujeto pueda entenderlas fácilmente sin perder la concentración y conteste de forma sincera.

Con la intención de realizar un cuestionario atrayente para los pacientes se han propuesto preguntas de diversos tipos o formatos, con el objetivo de captar su atención en cada una de ellas

Este cuestionario no se encuentra validado debido a la falta de tiempo, por lo que posteriormente se enviará a una serie de expertos o evaluadores, tanto del ámbito de la psicología como del de la magia, con el fin de conocer su opinión. Además, también se realizará una prueba con algunos participantes en los talleres de magia para ver si entienden las cuestiones y si es adecuado para su edad.

Debido a la falta de tiempo el cuestionario no se encuentra validado, aunque si se pretende realizar esta validación posteriormente. Para llevarla a cabo se les pedirá a los expertos que respondan a una serie de preguntas. En caso de que su respuesta sea afirmativa deberán explicar sus razones a través de una respuesta abierta: (Anexo 3)

1. Cambiaría alguna pregunta del cuestionario. ¿Qué pregunta o preguntas y cuál es su propuesta?
2. Quitaría o añadiría alguna pregunta. ¿Qué pregunta o preguntas y cuál es su propuesta?
3. Es confuso que las preguntas sean de distintos tipos. ¿Cuál es su propuesta?
4. Cambiaría el formato de las preguntas. ¿Cuál es su propuesta?
5. Agruparía algunas preguntas. ¿Qué preguntas agruparía y por qué?
6. Organizaría las preguntas de otra forma. ¿Cuál es su propuesta?
7. Falta alguna categoría por englobar en el cuestionario. ¿Qué categoría o categorías y cuál es su propuesta?

CONCLUSIONES

1. APORTACIONES MÁS RELEVANTES.

Este es el primer estudio piloto que trata de identificar los efectos psicológicos y educativos que producen los talleres de magia sobre los adolescentes hospitalizados en el área de psiquiatría. Así como el efecto que estos talleres tienen sobre el entorno de los pacientes, es decir, sus familiares, médicos y enfermeros.

Tras una revisión de todos los conocimientos disponibles sobre el tema, primeramente se ha hecho una búsqueda bibliográfica sobre el bienestar psicológico de los niños, para pasar posteriormente al estudio de la situación hospitalaria infanto-juvenil. Finalmente se ha realizado una revisión sobre la animación hospitalaria y todos los tipos existentes de la misma.

La principal aportación de este estudio es la realización de un sistema de categorización de los pensamientos y sentimientos de los pacientes tras la realización de talleres de magia. Se han obtenido **cinco categorías**, las cuales son: (A) Entretenimiento y ocio; (B) Originalidad (descubrimiento); (C) Terapia; (D) Aprendizaje y (E) Pensar. Además, dentro de las mismas, excepto en entretenimiento y ocio, se han encontrado unas subcategorías que tratan de abarcar todo lo posible dentro de la categoría.

Al contabilizar el número de respuestas dadas por cada participante se observa que las categorías o subcategorías que consideran **más** importantes son (A) Entretenimiento y ocio; (C4) Alegría y (C2) Distracción. Por el contrario, las **menos** utilizadas por los sujetos son: (E1) Reflexionar; (C6) Tranquilidad; (D1) Esfuerzo; (C5) Energía y (D3) Arte.

Se ha realizado una categorización de los sentimientos positivos expresados libremente por los adolescentes tras la realización de talleres de magia. Esta categorización permitirá la realización de futuros talleres, así como el estudio de los mismos, a partir del sistema de categorías realizado.

Se ha hecho una aportación tecnológico-instrumental, esta es la creación de un cuestionario que facilita la recogida de los sentimientos y pensamientos de los participantes de los talleres. Este cuestionario se encuentra en proceso, ya que se pretende validarlo por una serie de expertos de diversas áreas relacionadas con este estudio. Una vez validado el cuestionario se utilizará en talleres futuros.

Tras la revisión de todos los testimonios se ha observado que los sujetos consideran estas actividades beneficiosas para su día a día en el hospital, así como para su bienestar psicológico. Esto se ha podido observar en las emociones positivas que han transmitido tanto en las cartas como en los cuadernos. Dichas emociones han sido categorizadas y tras el estudio de las respuestas dadas llegamos a la conclusión de que los participantes de los talleres consideran los mismos como un momento de ocio y entretenimiento en su vida hospitalaria que les produce alegría y les ayuda a distraerse de sus problemas.

2. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La primera limitación encontrada ha sido la temporalidad de la realización de este trabajo. Con esto hago referencia al poco tiempo disponible para poder abarcar todas las ideas pensadas y llevarlas a cabo.

También consideramos una limitación el hecho de no tener grupo control y experimental, es decir, no haber podido contar con un diseño más potente en el control de los efectos de la variable dependiente: talleres de magia.

La dificultad para poder acceder a los hospitales es otra de las limitaciones con las que hemos contado, ya que no todos los hospitales están interesados en este tipo de actividades.

Además se debe tener en cuenta que en una de las unidades psiquiátricas con las que se ha trabajado la muestra se encuentra muy sesgada, ya que la gran parte de los pacientes son del sexo femenino con trastornos alimenticios.

3. LÍNEAS FUTURAS

En próximas investigaciones se procedería a evaluar por expertos tanto el sistema de categorización como el cuestionario para validarlos.

Además, una vez validado el cuestionario se pasaría a los sujetos en diferentes talleres de magia que se realicen en los hospitales. Una vez obtenidos los datos de los cuestionarios se analizarían los mismos, para así poder estudiar el efecto que estos producen en los pacientes y ver si son positivos para ellos. Y si se confirman nuestras categorías.

Los resultados obtenidos en los cuestionarios, en caso de ser positivos, serían fundamentales para la realización y ampliación de talleres de magia en hospitales. Así

como para el estudio de los efectos terapéuticos que la magia puede producir en los niños y jóvenes que se encuentran ingresados, en este caso en psiquiatría.

Una vez conocidos los efectos positivos que los talleres de magia producen en los pacientes se intentará que estos se realicen en mayor número de hospitales, así como en diferentes áreas hospitalarias en las que se encuentren hospitalizados niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, I. y Sánchez, Y. (2009) Manifestación de la Resiliencia como Factor de Protección en Enfermos Crónico-Terminales Hospitalizados. *Psicología Iberoamericana*, 17(2), 24-32.
- Albístur, M.C., Bacigalupo, J.C., Gerez, J., Uzal, M., Ebeid, A., Maciel, M., y Soto, J.J. (2000). La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Médica del Uruguay*, 16, 243-256.
- Alfaro, A. y Atria, R. (2009). Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. *Revista Pediatría Electrónica*, 6(1), 36-54. Recuperado de http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/pdf/4_FACTORES_AMBIENTALES.pdf
- Álvarez-Gayou, J.L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós Educador.
- Andrusiewicz, V. (2008). *El juego como potenciador de la resiliencia. El payaso de hospital... y el espacio de juego*. Argentina: Campo Grupal.
- Aspinwal, L.G. (2001). Dealing with adversity: Self-regulation, coping, adaptation, and health. *The Black-well hadbook of social pychology*, 1, 159-614.
- Ávila, H.L. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación*. Edición electrónica. Texto completo en www.eumed.net/libros/2006c/203/
- Bassols, M. (2006). El arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 19-25.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.
- Benatuil, D. (2002). El bienestar psicológico en adolescentes desde una perspectiva cualitativa. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 3, 43-58.
- Bermúdez, M. T. y Torío, S. (2012). La percepción de las familias ante la animación hospitalaria: estudio realizado en el hospital Materno-Infantil de Oviedo. *SIPS - revista interuniversitaria de pedagogía social*, 20, 223-242.
- Bermúdez, M.T., De Sousa, M., y Pereira, M.R. (2011). La animación hospitalaria en el Centro Hospitalario de Chaves (Portugal). *Campo abierto*, 30(1), 97-108.
- Bermúdez, M.T. (2009). A Animação hospitalar no contexto da Terceira Idade. En J. Dantas Lima y M. de Sosa Lopes (Coord.), *Animação Sociocultural na Terceira*

- Idade* (pp.249-257). Chaves: Intervenção-Associação para a Promoção e Divulgação Cultural.
- Baliari, B. y Rosado, T. (2010) Lo esencial es invisible a los ojos: payasos que humanizan y promueven salud. *Aletheia*, (31), 4-15.
- Callejón, M.D., y Granados, M. I. (2003). Creatividad, expresión y arte: terapia para educación del siglo XXI. Un recurso para la integración. *Escuela abierta*, 6, 129-147.
- Cárdenas, R. y López, F. (2005-2006). Hacia la construcción de un modelo social de la *Pedagogía Hospitalaria*. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 12-13, 59-70.
- Carretero, B., Martínez, E., Martínez, N.L., y Pellín, R. (2014). Eficacia de la terapia con magos en niños hospitalizados de larga duración. *Revista de Fundamentos de Psicología*, 6(1), 21-30.
- Casal, J. y Mateu, E. (2003). Tipos de muestreo. *Revista Epidemiológica Medicina Preventiva*, 1, 3-7.
- Carver, C.S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*, 54, 245-266.
- Casal, J. y Mateu, E. (2003). Tipos de muestreo. *Revista Epidemiológica de Medicina Preventiva*, 1, 3-7.
- Cruz Roja Juventud Galicia (2004). *Animación Hospitalaria. Guía de orientación y recursos*. Madrid: Cruz Roja Española.
- Cuervo, M.E. (2013). *Pedagogía del humor y la fantasía en el hospital a través del clown. Payasos de hospital* (Trabajo fin de grado). Universidad de Valladolid, Palencia, España.
- Dalley, T. (1987). *El arte como terapia*. Barcelona: Herder.
- Fernández, J.D. (2003). El sentido del humor como recurso pedagógico: hacia una didáctica de las didácticas. *Pulso*, 26, 143-157.
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, 91, 330-335.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.

- Fredrickson, B.L. y Branigan, C. (2001). Positive emotions. En T.J. Mayne y G.A. Bonnano (eds.), *Emotion: current issues and future directions* (pp. 123-151). Nueva York: Guilford Press
- Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300-319.
- Frijda, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fundación Abracadabra (2014). Memoria 2014. Regalamos magia con toda la ilusión. Recuperado de <https://www.fundacionabracadabra.org/images/memorias-actividades/2014.pdf>
- Gala, F., Lupiani, M., Bernalte, A., Gómez, A., López, J. A., Miret, M., Lupiani, S., y Barreto, M. (2005). El humor, la alegría y la salud. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 75, 40-48
- Garanto, J. (1983) *Psicología del humor*. Barcelona: Herder.
- Germán, C. y Marcé, J.J. (2000). Nuevo paradigma de salud. *Salud pública y educación para la salud*, 1, 15-27.
- González-Arratia, N., Reyes, M., Valdez, J., y González, S. (2011) Resiliencia, autoestima y personalidad resistente en niños y adolescentes con antecedente de maltrato. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología Social y de la Salud*, 1(1), 51-62.
- González-Simancas, J.L. y Polaino-Lorente, A. (1990). *Pedagogía hospitalaria. Actividades educativas en ambientes clínicos*. Madrid: Narcea.
- Hassed, C. (2001). How humour keeps you well. *Aust Fam Physician*, 30, 25-8.
- Henderson, J. (2005). *Drama 407 Mask and Clown*. Unpublished coursepack, Summer Semester University of Alberta: Edmonton, Alberta, Canadá.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. B. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Illich, I. (1978). *Némesis médica*. México: Joaquín Mortiz-Planeta.
- Infante, F. (2005). *La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Jaluff, L. y Panizza, M.E. (2012). *Payasos de hospital*. Montevideo: Psicolibros.
- Kain, Z., Wang S., Mayes, L., Krivutza, D., y Teague B. (2001). Sensory stimuli and anxiety in children undergoing surgery: A randomized, controlled trial. *Anesthesia and Analgesia*, 92, 897-903.

- Kenneth, E. (1998). *Musicoterapia. Métodos y prácticas*. Barcelona: Barcelona Publishers.
- Koller, D. y Gryski, C. (2000). El niño amenazado de muerte y el payaso que promueve la vida: hacia un modelo de payasos terapéuticos (clowing). *eCAM*, 5(1), 17-25.
- Lacárcel, J. (1995). *Musicoterapia en educación especial*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-22.
- Lizasoáin, O. y Ochoa, B. (2003). Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. *Osasunaz*, 5, 75-85.
- López, I. y Fernández, A. (2006). Hospitalización infantil y atención psico-educativa en contextos excepcionales de aprendizaje. *Revista de Educación*, 341, 553-577.
- Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
- Marchena, R. y Martín, J.A. (2002). *De la integración a una educación para todos*. Madrid: CEPE.
- Meisel, V., Chellew, K, Ponsell, E, Ferreira, A, Bordas, L., y García-Banda, G. (2009). El efecto de los «payasos de hospital» en el malestar psicológico y las conductas desadaptativas de niños y niñas sometidos a cirugía menor. *Psicothema*, 21, (4), 604-609.
- Mejía, J. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones Sociales*, 5, 165-180.
- Melillo, A., Rodríguez, D. y Suárez Ojeda, E. N., (2004) *Resiliencia y subetividad. Los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Méndez, F. y Ortigosa, J. (2000) *Estrés por hospitalización. Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Méndez, X., Orgilés, M., López, S., y Espada J. (2004) Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*, 1(1), 139-154.
- Molina, M. C. (2015). *Abordajes del niño, niña y joven hospitalizado desde la perspectiva de la resiliencia*. Documento presentado en el Congreso Internacional de Pedagogía Hospitalaria. Bogotá, Colombia.

- Palomino, P.A., Grande, M.L., y Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(1), 71-91.
- Panizza, M. E. y Jalluff, L. (2014) *¿Juegos y humor en la currícula universitaria? Herramientas del payaso hospitalario para el trabajo en salud*. Recuperado de http://formularios.extension.edu.uy/ExtensoExpositor2013/archivos/138_resumen_386.pdf
- Pedroche, S., Quiles, M., Méndez, F., y Ortigosa, J. (1998, noviembre). *Influencia del tipo de hospitalización en la ansiedad infantil ante la intervención quirúrgica*. Documento presentado en el IV Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta. Sevilla.
- Pérez, G. (2006). *Qué es la Animación Sociocultural: Epistemología y Valores*. Madrid: Narcea.
- Poch, S. (2001). Importancia de la musicoterapia en el área emocional del ser humano. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 42, 91-113.
- Rodríguez, B. (2015). *La intervención de los Payasos de Hospital y su incidencia para generar y/o fortalecer el proceso de resiliencia en niños con diagnóstico oncológico que se encuentran hospitalizados* (trabajo fin de grado). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- Rollins, J.A. (2009). The Influence of Two Hospitals' Designs and Policies on Social Interaction and Privacy as Coping Factors for Children with Cancer and Their Families. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 26(6), 340-353.
- Romero, A., Méndez, L., Bianco, M.M., y Castro, V. (2012). *Payasos de hospital. Lo terapéutico del clown*. Buenos Aires: Hormé.
- Sánchez, C. (2013). *Arteterapia en la hospitalización infantil. Interacciones entre los acompañantes y los niños hospitalizados* (Trabajo fin de máster). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- San Martín H. (1995). *Salud y enfermedad*. México: La prensa médica mexicana.
- Sanmartín, J. (1987). *SIPE: Análisis Dimensional para Macintosh*. Valencia: Facultad de Psicología, Software.
- Secadas, F. y Sanmartín, J. (1990). *Análisis Dimensional: programa de ordenador*. Valencia: Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento.
- Secadas, F. (1968). *Análisis Dimensional: Práctica del Método*. Madrid: CSIC.

- Seligman, M. (2009). Resilient kids learn better. *Monitor*, 40, 32-33.
- Serradas, M (2005). Una experiencia de trabajo en el contexto hospitalario: programa de atención psicopedagógica para el niño y adolescente oncológico y su grupo familiar. *Extramuros*, 22(8), 1-8. Recuperado de http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-74802005000100011&lng=es&nrm=i
- Shimabukuro, J. (2011). *El niño hospitalizado: repercusión psicológica*. Recuperado de <http://psicologiaclinicaydelasaludidued.blogspot.com/2011/03/el-nino-hospitalizado-repercusion.html>.
- Stake, R.E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Recuperado de <http://201.147.150.252:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1216/bogdan1988.pdf?sequence=1>
- Towsen, J. (1976). *Clowns*. New York: Hawthorn Books.
- Trilla, J. (1997). *Animación Sociocultural. Teorías, preguntas y ámbitos*. Barcelona: Ariel.
- Ullán, A.M. y Belver, M.H. (2008). *Cuando los pacientes son niños. Humanización y calidad en la hospitalización pediátrica*. Madrid: Eneida.
- Ullán, A.M. y Belver, M.H. (2007). *Informe Curarte 2007. Fundación CurArte*. Salamanca: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Valdivieso-León, L. (2015). *Comportamiento familiar y atribuciones causales de los éxitos y fracasos escolares de los hijos en edades tempranas* (Tesis doctoral inédita). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.
- Vecina, M.L. (2006). Emociones Positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 9-17.
- Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M.L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.

ANEXOS

ANEXO 1. CATEGORIZACIÓN EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS EN ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS.

CÓDIGO	CATEGORÍA	DEFINICIÓN	SUBCATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	Ejemplos
A	Entretención y Ocio	<p>Ocio 2. m. Tiempo libre de una persona. 3. m. Diversión u ocupación reposada, especialmente en obras de ingenio, porque estas se toman regularmente por descanso de otras tareas.</p> <p>Entretención 2. tr. Hacer menos molesto y más llevadero algo.</p>				<p>“Me ha gustado mucho y ha estado muy entretenida” “He disfrutado mucho con la actividad, me ha entretenido la mañana” “Me lo he pasado genial, es muy entretenido.”</p>
B	Originalidad (Descubrimiento)	2. f. Actitud, comportamiento o acción originales 6. adj. Que tiene, en sí o en sus obras o comportamiento, carácter de novedad.	Misterio	B1	1. m. Cosa arcana o muy recóndita, que no se puede comprender o explicar.	<p>“Me han gustado mucho los trucos, eran bastante originales.” “La magia de hoy ha sido impresionante y fantástica” “Me han sorprendido las ilusiones ópticas” “Me ha gustado mucho, es una</p>
			Fantasía	B2	4. f. Grado superior de la imaginación; la imaginación en cuanto inventa o produce.	
			Sorpresa	B3	2. tr. Conmover, suspender o maravillar con algo imprevisto, raro o incomprensible.	

						experiencia interesante y que no estamos acostumbrados a ver”
C	Terapia	<p>1. f. Tratamiento de una enfermedad o de cualquier otra disfunción.</p> <p>2. f. Tratamiento destinado a solucionar problemas psicológicos.</p>	Ayuda-Alivio	C1	<p>Ayudar</p> <p>4. prnl. Valerse de la cooperación o ayuda de alguien.</p> <p>Alivio</p> <p>2. tr. Quitar a alguien o algo parte del peso que sobre él o ello carga.</p> <p>Alivio</p> <p>4. tr. Disminuir o mitigar las enfermedades, las fatigas del cuerpo o las aflicciones del ánimo.</p>	<p>“He podido olvidar por un gran rato todas mis cosas malas”</p> <p>“Me ha encantado, que sepáis que he aprendido a comprender las cosas de una manera muy buena”</p> <p>“Me he quedado “patidifusa”, ha conseguido alegrarme y quitarme el dolor de tripa”</p>
			Distracción	C2	<p>2. f. Cosa que atrae la atención apartándola de aquello a que está aplicada, y en especial un espectáculo o un juego que sirve para el descanso.</p>	<p>“La verdad es que cosas como estas ayudan mucho y las agradezco un montón.”</p> <p>“Gracias por</p>
			Bienestar	C3	<p>2. m. Vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad.</p>	<p>hacerme desconectar y ayudarme a</p>

					3. m. Estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica. Saludable 1. adj. Que sirve para conservar o restablecer la salud corporal.	sentirme mejor” “Te doy las gracias de todo corazón, porque mi día últimamente empieza mal y me cuesta mucho sonreír, pero hoy tú y tu magia me han sacado una gran sonrisa”	
			Alegría	C4	1. f. Sentimiento grato y vivo que suele manifestarse con signos exteriores. 2. f. Palabras, gestos o actos con que se expresa el júbilo o alegría.		
			Energía	C5	1. f. Eficacia, poder, virtud para obrar.		
			Tranquilidad	C6	1. f. Cualidad de tranquilo. Tranquilo 2. adj. Dicho de una persona: Que se toma las cosas con tiempo, sin nerviosismos ni agobios, y que no se preocupa por quedar bien o mal ante la opinión de los demás.		
D	Aprendizaje	3. m.	Psicol.	Esfuerzo	D1	2. m. Empleo enérgico	“Me ha gustado

		<p>Adquisición por la práctica de una conducta duradera.</p> <p>Aprender</p> <p>1. tr. Adquirir el conocimiento de algo por medio del estudio o de la experiencia.</p>			<p>del vigor o actividad del ánimo para conseguir algo venciendo dificultades.</p> <p>3. m. Ánimo, vigor, brío, valor.</p> <p>4. m. Empleo de elementos costosos en la consecución de algún fin.</p>	<p>saber cómo se hacía, porque me encanta hacérselo a alguien.”</p> <p>“He aprendido a comprender las cosas de una manera muy buena.”</p> <p>“Me gusta mucho que los espectadores participen, sois grandes magos.”</p> <p>“La magia es el arte de crear ilusión a las personas y en mí se ha creado gracias a ustedes.”</p>
			Participar	D2	1. intr. Dicho de una persona: Tomar parte en algo.	
			Arte	D3	1. m. o f. Capacidad, habilidad para hacer algo.	
			Interés	D4	4. m. Inclinação del ánimo hacia un objeto, una persona, una narración, etc.	
E	Pensar	<p>1. tr. Formar o combinar ideas o juicios en la mente.</p> <p>2. tr. Examinar mentalmente algo con atención para formar un juicio.</p> <p>6. intr. Recordar o traer a la mente algo o a alguien.</p>	Reflexionar	E1	1. intr. Pensar atenta y detenidamente sobre algo.	<p>“Me ha encantado la magia, y me ha hecho pensar mucho en los porqués de estar aquí”</p> <p>“He flipado con los trucos que habéis hecho y me ha ayudado a pensar en positivo”</p>
			Nostalgia	E2	1. tr. Recordar algo o a	

					<p>alguien, o traerlos a la memoria.</p> <p>2. tr. Dicho de una cosa: Traer algo a la imaginación por asociación de ideas.</p>	<p>“El hecho de pensar las sonrisas y los buenos ratos que voy a poder hacer pasar a la gente que quiero me vuelve a ilusionar.”</p> <p>“Me he sentido otra vez una niña sonriendo como antes.”</p> <p>“He sentido mucha ilusión y muchas ganas de reír, como si volviera a mí la niña que era.”</p> <p>“La magia te hace sentir como cuando eras pequeño”</p>
--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 2. EVALUACIÓN DE LA CATEGORIZACIÓN

¹ Todas las definiciones están textual y tipográficamente tomadas del *Diccionario de la Real Lengua Española (2014, 23.ª ed.)*.

Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española (23a ed.).

Consultado en <http://www.rae.es/>

MARQUE SÍ O NO Y EN CASO AFIRMATIVO RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

1. Cambiaría el nombre de alguna categoría	Si o No
¿Qué categoría o categorías y cuál es su propuesta?	
2. Cambiaría el nombre de alguna subcategoría	Si o No
¿Qué subcategoría o subcategorías y cuál es su propuesta?	
3. Agruparía algunas categorías	Si o No
¿Qué categorías agruparía y por qué?	
4. Organizaría las categorías y subcategorías de otra forma	Si o No
¿Cuál es su propuesta?	

EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS EN ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS

EXPERTO

Nombre y Apellidos:
Líneas de trabajo (especialización):
Puesto:
Universidad:

Valore el "grado de acuerdo" con las siguientes cuestiones (desde: 1-desacuerdo a 4-acuerdo).

1. ¿Es adecuada la <i>forma de presentación</i> de las categorías?	1 2 3 4
2. ¿Considera adecuada <i>la fuente</i> de la que se han tomado las definiciones?	1 2 3 4
3. ¿Está de acuerdo con la <i>denominación de las categorías (etiqueta)</i> ?	1 2 3 4
4. ¿Están bien <i>definidas las categorías</i> ?	1 2 3 4
5. ¿Está de acuerdo con la <i>denominación de las sub-categorías (sub-etiquetas)</i> ?	1 2 3 4
6. ¿Están bien <i>definidas las sub-categorías</i> ?	1 2 3 4
7. ¿Los ejemplos obtenidos de las transcripciones de las entrevistas <i>ilustran</i> las categorías?	1 2 3 4

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

EVALUACIÓN CATEGORIZACIÓN de
EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS EN ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS

MAGO

Nombre y Apellidos:
Ciudad:

Ha trabajado en:	Hospitales	Asociaciones	Residencias	Centros educativos
------------------	------------	--------------	-------------	--------------------

Valore el "grado de acuerdo" con las siguientes cuestiones (desde: 1-desacuerdo a 4-acuerdo).

8. ¿Es adecuada la <i>forma de presentación</i> de las categorías?	1 2 3 4
9. ¿Considera adecuada <i>la fuente</i> de la que se han tomado las definiciones?	1 2 3 4
10. ¿Está de acuerdo con la <i>denominación de las categorías (etiqueta)</i> ?	1 2 3 4
11. ¿Están bien <i>definidas las categorías</i> ?	1 2 3 4
12. ¿Está de acuerdo con la <i>denominación de las sub-categorías (sub-etiquetas)</i> ?	1 2 3 4
13. ¿Están bien <i>definidas las sub-categorías</i> ?	1 2 3 4
14. ¿Los ejemplos obtenidos de las transcripciones de las entrevistas <i>ilustran</i> las categorías?	1 2 3 4

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3. EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO

¹ Todas las definiciones están textual y tipográficamente tomadas del Diccionario de la Real Lengua Española (2014, 23.^a ed.).

Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española (23a ed.).

Consultado en <http://www.rae.es/>

MARQUE SÍ O NO Y EN CASO AFIRMATIVO RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

1. Cambiaría alguna pregunta del cuestionario	Si o No
¿Qué pregunta o preguntas y cuál es su propuesta?	
2. Quitaría o añadiría alguna pregunta	Si o No
¿Qué pregunta o preguntas y cuál es su propuesta	
3. Es confuso que las preguntas sean de distintos tipos	Si o No
¿Cuál es su propuesta	
4. Cambiaría el formato de las preguntas	Si o No
¿Cuál es su propuesta?	
5. Agruparía algunas preguntas	Si o No
¿Qué preguntas agruparía y por qué?	
6. Organizaría las preguntas de otra forma	Si o No
¿Cuál es su propuesta?	
7. Falta alguna categoría por englobar en el cuestionario	
¿Qué categoría o categorías y cuál es su propuesta?	

