



**TESIS DOCTORAL**

## **¿UTOPIÍA DEL HUMOR POSITIVO?**

**El humor, la creatividad, el juego, el arte...  
como mediación en el estado anímico de jóvenes  
con déficit de salud**

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN ARTE**

**UNIVERSIDAD DE GRANADA**

**Granada, España**

**Abril de 2017**

**AUTORA:**

**Cristina de Pinedo Extremera**

**TUTOR Y DIRECTOR:**

**Dr. D. Ricardo Marín Viadel**

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales  
Autora: Cristina de Pinedo Extremera  
ISBN: 978-84-9163-530-7  
URI: <http://hdl.handle.net/10481/48342>





La doctoranda, CRISTINA DE PINEDO EXTREMERA, y el director de la tesis, RICARDO MARÍN VIADEL, garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección del director de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada a 1 de marzo de 2017

Director de la Tesis

Fdo.: Ricardo Marín Viadel

Doctoranda

Fdo.: Cristina de Pinedo Extremera





*Ilustración 0.01: Terapias complementarias. (FA)*

*Tengo al hijo pendiente de esa salud  
que gotea, de esa gota de suero, de  
luz, de vida.*

**Francisco Umbral, "Mortal y rosa"**  
(2007:170)





*Gracias porque me ofrecisteis brazos abiertos,  
miradas expectantes y dejasteis que me  
acercara a vuestro dolor.*

Cristina de Pinedo

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a mi director de tesis D. Ricardo Marín Viadel su dedicación, orientación, ayuda y motivación permanente. He tenido la suerte de tener a mi lado un formidable maestro del que tengo que destacar su impresionante capacidad y experiencia docente e investigadora. Mi más profunda gratitud y deseo de seguir colaborando, a la vez que aprendiendo, en futuros trabajos de investigación.

También quisiera agradecer a todos los profesores, compañeros ¡maestros y amigos! del mi entorno universitario, (Virtudes, Joaquín, Elizaberta, M<sup>a</sup> José, Pablo...) por haber confiado en mí y permitirme formar parte de vuestro entorno, que tantas horas hemos compartido, sufriendo, disfrutando y aprendiendo.

Y a esos amigos y compañeros del humor y el arte que también han dejado su huella en estas páginas: Mercedes, Antonio, Miguel Ángel, Merche, Cuco, Miguel, Sofía, Helena, Leonardo, Susana, Francesco...

Por último, a toda mi familia y en especial a mis padres y hermanos por el apoyo, paciencia e inagotable amor que siempre me brindan y sin el cual no sería capaz de superar aquellos momentos difíciles, ni de disfrutar plenamente de tantos otros más felices.





## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>5</b>
<b>ÍNDICE DE CONTENIDO</b>	<b>7</b>
<b>ÍNDICE DE ILUSTRACIONES</b>	<b>15</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>21</b>
<b>ÍNDICE DE ACRÓNIMOS</b>	<b>23</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>25</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>27</b>
<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>29</b>
<b>CAPÍTULO 1 - PRESENTACIÓN</b>	<b>31</b>
<b>1.1. ANTECEDENTES PERSONALES</b>	<b>31</b>
<b>1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>36</b>
<b>1.3. ESTRUCTURA DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>39</b>
<b>PARTE I</b>	<b>OBJETIVOS Y METODOLOGÍA</b>
<b>CAPÍTULO 2 - SITUACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b>	<b>43</b>
<b>2.1. ESTADO DE LA CUESTIÓN</b>	<b>44</b>
<b>2.1.1. A) INICIATIVAS OCUPACIONALES</b>	<b>46</b>
2.1.1.1 <i>BIBLIOTERAPIA</i> : LECTURA / ESCRITURA CUENTOS Y POEMAS	46
2.1.1.2 NUEVAS TECNOLOGÍAS: Videojuegos/Aplicaciones	51
2.1.1.3 HUMOR	58
2.1.1.4 ACTIVIDADES ARTESANALES	58
<b>2.1.2. B) INICIATIVAS ARTÍSTICO-EXPRESIVAS</b>	<b>60</b>
<b>2.1.3. C) PREPARACIONES E INICIATIVAS ASISTENCIALES</b>	<b>64</b>
2.1.3.1 LÚDICO-EMOCIONAL ANTE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS INVASIVOS	64
2.1.3.2 DE AFRONTAMIENTO LÚDICO DE LA SITUACIÓN	68
<b>2.1.4. D) INICIATIVAS DE INTERVENCIÓN EN EL ESPACIO HOSPITALARIO</b>	<b>71</b>
<b>2.1.5. E) INICIATIVAS INTERNACIONALES. CELEBRACIÓN DE HITOS SOCIALES</b>	<b>78</b>
2.1.5.1 (2013) Día Mundial de la Higiene de manos (5 de Mayo)	79
2.1.5.2 (2014) Día Mundial del Medio Ambiente (5 de Junio)	80
2.1.5.3 (2015) Día Mundial del Niño Hospitalizado (13 de Mayo)	80



2.1.5.4 (2016 - 2017): Conmemoraciones varias	81	
2.1.5.5 Propuestas gemelas: globos/deseos/recursos artísticos	82	
<b>2.2. OBJETIVOS</b>	<b>87</b>	
A) Objetivo General	87	
B) Objetivos Específicos	87	
<b>2.3. HIPÓTESIS</b>	<b>88</b>	
<b>CAPÍTULO 3 - METODOLOGÍA</b>	<b>89</b>	
<b>3.1. METODOLOGÍA CUALITATIVA</b>	<b>89</b>	
<b>3.2. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS</b>	<b>93</b>	
3.2.1. OBSERVACIÓN PARTICIPANTE	93	
3.2.2. CUADERNO DE CAMPO	93	
3.2.3. NARRACIONES DE LOS PARTICIPANTES	94	
3.2.4. DIARIO AUTOBIOGRÁFICO	94	
3.2.5. GRABACIONES EN VÍDEO Y FOTOGRAFÍAS	94	
3.2.6. ENTREVISTAS ESPONTÁNEAS	95	
3.2.7. CREACIONES ARTÍSTICAS COMO INSTRUMENTOS EXPRESIVOS	96	
<b>3.3. DATOS RECOGIDOS Y VALIDACIÓN DE LOS MISMOS</b>	<b>98</b>	
<b>PARTE II</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>101</b>
<b>CAPÍTULO 4 - HUMOR HOSPITALARIO</b>	<b>103</b>	
4.1 APROXIMACIÓN A LA DEFINICIÓN DE HUMOR	103	
4.2 FORMAS DE EXPRESIÓN	105	
4.2.1. HUMOR COMO INSTRUMENTO	105	
4.2.2. HUMOR COMO FORMA DE VER LAS COSAS: UN MODO DE VIDA	107	
4.3 TÉRMINOS Y SIGNIFICADOS	110	
4.3.1. HUMORISMO VS. CÓMICO	110	
4.3.2. DIVERSIÓN	115	
4.3.3. RISA, SONRISA Y CARCAJADA	116	
4.4 DEFINICIONES DEL HUMOR POR HUMORISTAS	122	
4.5 CULTURA Y EVOLUCIÓN DEL HUMOR	128	





<b>4.6 VALORACIÓN DEL HUMOR EN LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA</b>	<b>130</b>
<b>4.7 MANIFESTACIONES POPULARES DEL HUMOR</b>	<b>133</b>
4.7.1. EL CHISTE	133
4.7.2. EL REFRAN	137
<b>4.8 EXTERIORIZACIÓN DEL HUMOR: LA RISA</b>	<b>140</b>
4.8.1. FISIOLÓGIA DE LA RISA	140
4.8.2. FUNCIONES DE LA RISA	142
4.8.2.1 FUNCIÓN MOTIVADORA DE LUCIDEZ	142
4.8.2.2 FUNCIÓN PLACENTERA, DE DIVERSIÓN O DISTENSIÓN	142
4.8.2.3 FUNCIÓN COMUNICATIVA, AFECTIVA Y SOCIAL	142
4.8.2.4 FUNCIÓN INTELECTUAL	143
4.8.2.5 FUNCIÓN CREATIVA	143
4.8.2.6 FUNCIÓN TRANSFORMADORA	143
4.8.2.7 FUNCIÓN PEDAGÓGICA	143
4.8.2.8 FUNCIÓN TERAPÉUTICA	144
4.8.3. DETERMINANTES DE LA RISA	144
<b>4.9 HUMOR EN EL HOSPITAL</b>	<b>146</b>
<b>4.10 CONSECUENCIAS DE LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL</b>	<b>147</b>
4.10.1. NIVEL FÍSICO	147
4.10.2. NIVEL PSICOSOCIAL	149
4.10.2.1 DESARROLLO COGNITIVO	149
A) Consecuencias generales	149
B) Reacción ante la hospitalización SEGÚN FRANJAS DE EDAD	149
4.10.2.2 DESARROLLO AFECTIVO	151
<b>4.11 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL PAYASO DE HOSPITAL</b>	<b>152</b>
<b>4.12 METODOLOGÍA DEL CLOWN DE HOSPITAL</b>	<b>157</b>
4.12.1. BENEFICIOS DE LA LABOR DEL PAYASO HOSPITALARIO	160
4.12.2. FORMACIÓN DE CLOWN, COMO RECURSO DEL PERSONAL SANITARIO	162
<b>4.13 ESTUDIOS DE TERAPIAS CON PAYASOS DE HOSPITAL</b>	<b>163</b>
4.13.1. ESTUDIOS GENERALES	164
4.13.2. ESTUDIOS ESPECÍFICOS	165
4.13.2.1 SOBRE INTERVENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS MÉDICOS	166
4.13.2.2 SOBRE MEJORA DE SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD	168
4.13.2.3 DE ACTUACIÓN EN MENORES ONCOLÓGICOS	168



4.13.3. RISUEÑA CALIDAD ASISTENCIAL	171
<b>4.14 RESULTADOS DE ENTREVISTAS A ‘LOS DOCTORES SONRISA’</b>	<b>172</b>
4.14.1. DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	172
4.14.2. DEL PERSONAL MÉDICO	172
4.14.3. DEL PERSONAL DE MANTENIMIENTO	173
4.14.4. DEL ESTUDIANTADO DE MEDICINA	173
4.14.5. DE LOS PAYASOS DE HOSPITAL	174
<b>4.15 ARTE, ILUSTRACIÓN Y HUMOR: PERSPECTIVA DE TRES AUTORES</b>	<b>176</b>
4.15.1. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ IDÍGORAS	176
4.15.1.1 DATOS BIOGRÁFICO-ARTÍSTICOS	176
4.15.1.2 ENTREVISTA	179
4.15.2. SUSANA RODRÍGUEZ Y L. GÓMEZ HARO	182
4.15.2.1 DATOS BIOGRÁFICO-ARTÍSTICOS	182
4.15.2.2 ENTREVISTA	185
4.15.3. FRANCESCO TONUCCI, “FRATO”	208
4.15.3.1 DATOS BIOGRÁFICO-ARTÍSTICOS	209
4.15.3.2 ENTREVISTA	217
<b>4.16 EL ARTE Y SU RELACIÓN CON EL CLOWN DE HOSPITAL</b>	<b>226</b>
<b>CAPÍTULO 5 - JUEGO Y TERAPIA</b>	<b>231</b>
5.1 SOBRE EL ‘AULA HOSPITALARIA’	231
5.1.1. ORIGEN, EVOLUCIÓN Y MARCO LEGAL	231
5.1.2. OBJETIVOS Y RECURSOS	233
5.1.3. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO	235
<b>5.2 ARTE, JUEGO Y CREATIVIDAD</b>	<b>238</b>
<b>5.3 APROXIMACIÓN AL BINOMIO JUEGO - SALUD</b>	<b>243</b>
5.3.1. CONCEPTOS GENERALES	246
5.3.1.1. TERAPIA DE JUEGO	249
5.3.1.2. JUEGO TERAPÉUTICO	251
5.3.1.3. LUDOTERAPIA	252
5.3.2. POTENCIAL TERAPÉUTICO DEL JUEGO	254
<b>5.4 CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO</b>	<b>257</b>
<b>5.5 DESARROLLO DE LOS FACTORES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO</b>	<b>262</b>



<b>5.5.1. - I - FACTORES TERAPÉUTICOS QUE FACILITAN LA COMUNICACIÓN</b>	<b>262</b>
5.5.1.1. AUTOEXPRESIÓN	262
5.5.1.2. ACCESO AL INCONSCIENTE	273
5.5.1.3. ENSEÑANZA DIRECTA O INDIRECTA	276
<b>5.5.2. - II - FACTORES TERAPÉUTICOS QUE FOMENTAN LA REGULACIÓN Y EL BIENESTAR EMOCIONAL</b>	<b>281</b>
5.5.2.1. ABRECCIÓN	281
5.5.2.2. CATARSIS	284
5.5.2.3. SUBLIMACIÓN	286
5.5.2.4. EMOCIONES POSITIVAS / AFECTO	287
INFLUENCIA DE LAS EMOCIONES/AFECTOS POSITIVOS EN LAS PERSONAS QUE LOS EXPERIMENTAN	293
EFECTOS DE LAS EMOCIONES POSITIVAS EN LA TERAPIA DE JUEGO	296
5.5.2.5. CONTRACONDICIONAMIENTO DEL AFECTO NEGATIVO Y DE LOS MIEDOS	299
5.5.2.6. INOCULACIÓN / MANEJO DEL ESTRÉS	301
<b>5.5.3. - III - FACTORES TERAPÉUTICOS QUE MEJORAN LAS RELACIONES SOCIALES</b>	<b>306</b>
5.5.3.1. APEGO	306
5.5.3.2. MEJORA DE LA RELACIÓN Y COMPETENCIA SOCIAL	312
5.5.3.3. EMPATÍA	314
5.5.3.4. ALIANZA TERAPÉUTICA O CONSTRUCCIÓN DEL <i>RAPPORT</i>	316
5.5.3.5. COMPETENCIA	323
<b>5.5.4. - IV - FACTORES TERAPÉUTICOS QUE AUMENTAN LAS FORTALEZAS PERSONALES</b>	<b>324</b>
5.5.4.1. DOMINIO / PODER / CONTROL Y AUTOREGULACIÓN	324
5.5.4.2. FANTASÍA DE COMPENSACIÓN	334
5.5.4.3. RESOLUCIÓN CREATIVA DE PROBLEMAS Y PENSAMIENTO CREATIVO	336
5.5.4.4. RESILIENCIA	345
5.5.4.5. DESARROLLO PSICOLÓGICO ACELERADO	351
5.5.4.6. AUTOESTIMA / SENTIDO DE SÍ MISMO	356
5.5.4.7. JUICIO MORAL	358
<b>5.6 OTRAS CLASIFICACIONES DE LOS FACTORES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO</b>	<b>360</b>
5.6.1. VARIACIONES DE LA CLASIFICACIÓN GENERAL	360
5.6.2. DESARROLLO CON CONCEPTOS ELÍPTICOS	361
<b>5.7 EL JUEGO COMO RECURSO EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA</b>	<b>364</b>
5.7.1. EL ÁMBITO HOSPITALARIO INFANTIL	365
5.7.2. LA IMPORTANCIA DEL JUEGO EN ENFERMERÍA	366
5.7.3. USO DEL JUEGO EN LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA	370
5.7.4. EL JUEGO DESDE LA FORMACIÓN SANITARIA: OFICIALIZAR LO LÚDICO	372
<b>PARTE III</b>	<b>INVESTIGACIÓN EMPÍRICA</b>
	<b>375</b>



<b>CAPÍTULO 6 - “VUELO DE ILUSIONES”</b>	<b>377</b>
(EXPERIENCIA CON MENORES HOSPITALIZADOS POR ENFERMEDAD DE LARGA DURACIÓN, PRINCIPALMENTE DE ONCOLOGÍA INFANTIL)	377
<b>6.1. RESUMEN</b>	<b>379</b>
<b>6.2. ABSTRACT</b>	<b>380</b>
<b>6.3. INTRODUCCIÓN</b>	<b>381</b>
<b>6.4. OBJETIVOS</b>	<b>383</b>
A) Objetivo General	383
B) Objetivos Específicos en el entorno hospitalario infantil	383
<b>6.5. METODOLOGÍA</b>	<b>384</b>
<b>6.6. FASES Y DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>385</b>
6.6.1. CONOCIENDO EL ENTORNO Y SUS PROTAGONISTAS	386
6.6.2. COMIENZA LA EXPERIENCIA. (CUADERNO DE CAMPO)	389
6.6.3. HILOS DE ESPERANZA	402
6.6.4. “VOY A VENCERLA”	437
6.6.5. EL VUELO DE LAS ILUSIONES	451
6.6.5.1. TALLER POÉTICO LITERARIO	460
6.6.5.2. REFLEXIONES Y VIVENCIAS	465
6.6.6. EL DÍA SOÑADO	471
<b>6.7. RESULTADOS</b>	<b>487</b>
6.7.1. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS	487
6.7.2. CONCLUSIONES DE LA EXPERIENCIA	489
6.7.3. DATOS RECOGIDOS	490
6.7.4. PERSONAS Y CIRCUNSTANCIAS	491
6.7.4.1. PACIENTES	491
6.7.4.2. PERSONAL Y FAMILIARES	492
6.7.5. RELATOS Y SITUACIONES	494
6.7.6. ENTREVISTAS A LOS PROTAGONISTAS	498
6.7.6.1. ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA	498
6.7.6.2. FORMULACIÓN DE DESEOS: CLASIFICACIÓN	505
6.7.7. DIARIO DE LA COMETA	507
<b>6.8. REFLEXIONES FINALES DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>531</b>



<b>CAPÍTULO 7 - “SILUETAS ROTAS”</b>	<b>535</b>
(EXPERIENCIA CON JÓVENES AFECTADAS POR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA – T.C.A.)	535
<b>7.1. RESUMEN</b>	<b>537</b>
<b>7.2. ABSTRACT</b>	<b>538</b>
<b>7.3. INTRODUCCIÓN</b>	<b>539</b>
<b>7.4. OBJETIVOS</b>	<b>540</b>
A) Objetivo General	540
B) Objetivos Específicos en el entorno de los T.C.A.	540
<b>7.5. METODOLOGÍA</b>	<b>541</b>
7.5.1. PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	541
7.5.2. PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA	541
7.5.3. ESTRUCTURA EDUCATIVA DE LAS SESIONES	541
7.5.4. MATERIALES	542
7.5.4.1. DIDÁCTICOS	542
7.5.4.2. ARTÍSTICOS	542
<b>7.6. FASES Y DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>543</b>
<b>7.6.1. PRIMERA SILUETA: CONOCIÉNDONOS. SESIONES DE PRESENTACIÓN</b>	<b>543</b>
7.6.1.1. EDADES, ESTUDIOS Y OCUPACIÓN ACTUAL	544
7.6.1.2. CONOCIMIENTOS ARTÍSTICOS Y EXPECTATIVAS SOBRE EL TALLER	544
7.6.1.3. PERFIL DEL GRUPO	551
7.6.1.4. SILUETA VISUAL DE PRESENTACIÓN: ESCUDO DE CUALIDADES PERSONALES	552
7.6.1.5. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CLASE: FINAL DE LA PRESENTACIÓN	574
<b>7.6.2. SEGUNDA SILUETA: DIBUJANDO. SESIONES DE DEGRADADO, TRAZOS, SOMBRAS Y VOLUMEN</b>	<b>576</b>
7.6.2.1. DEGRADACIÓN SIMPLE	576
7.6.2.2. DEGRADACIÓN EN ESPACIOS DELIMITADOS	578
7.6.2.3. DIBUJO DE PAISAJES USANDO LA DEGRADACIÓN	580
7.6.2.4. DIBUJO DE RAYADO Y LÍNEAS ALEATORIAS	582
7.6.2.5. DIBUJANDO UNA ESFERA EN NEGATIVO: VOLUMEN Y SOMBRAS	583
7.6.2.6. RETRATANDO TU MANO: DIBUJAR UN MODELO QUE TIENE VOLUMEN	584
7.6.2.7. APRENDIENDO A VER	586
7.6.2.8. DIBUJANDO EN RELIEVE	587
<b>7.6.3. TERCERA SILUETA. DESPLEGLANDO LA CREATIVIDAD: <i>acceptARTE</i></b>	<b>591</b>
7.6.3.1. CREACIÓN DE PERSONAJES. IMAGINACIÓN A PARTIR DE CONTORNOS	591
7.6.3.2. CREATIVIDAD con HOJAS DE ÁRBOL	596
7.6.3.3. RECICLAJE ARTESANAL CON SENTIMIENTO	602



A) FLOR DE RECICLAJE PARA REGALO	602	
B) HUELLAS DE PIEDRA	606	
7.6.3.4. EL HUMOR POSITIVO. RELATO DESDE LO LÚDICO	607	
7.6.3.5. SESIONES GRUPALES DE DISEÑO, NARRATIVA Y COLLAGE	613	
7.6.4. SILUETA FINAL: REFLEXIONANDO (Entrevista estructurada)	616	
<b>7.7. RESULTADOS</b>	<b>618</b>	
7.7.1. DATOS OBTENIDOS MEDIANTE CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN	618	
7.7.2. DATOS OBTENIDOS MEDIANTE INVENTARIO STAI	624	
7.7.3. RESUMEN DE LOS RESULTADOS	629	
<b>7.8. CONCLUSIONES DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>630</b>	
<b>7.9. REFLEXIONES FINALES DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>631</b>	
<b>PARTE IV</b>	<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>633</b>
<b>CAP. 8-CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>635</b>	
8.1. CONCLUSIONES GENERALES	635	
8.1.1. DEL MARCO TEÓRICO	635	
8.1.2. DE LA FASE EMPÍRICA	637	
8.2. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN Y REFLEXIÓN FINAL	639	
<b>REFERENCIAS</b>	<b>643</b>	
1 - BIBLIOGRÁFICAS	643	
2 – REFERENCIAS AUDIOVISUALES	699	
<b>ANEXOS</b>	<b>701</b>	
A.1 DEL CAPÍTULO 6 – EXPERIENCIA ‘VUELO DE ILUSIONES’	701	
A.1.1. PERCEPCIÓN SOCIAL	701	
A.1.2. INFORMACIÓN AUDIO VISUAL	714	
A.2 SOPORTE DIGITAL DE LA TESIS	714	



## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 0.01: Terapias complementarias. (FA)	3
Ilustración 2.01: Clasificación esquemática de las iniciativas terapéuticas ocupacionales	46
Ilustración 4.01: Dibujo del “Humurómetro” realizado por Antonio Fraguas. (www.forges.com)	106
Ilustración 4.02: Dibujo de Agustina Guerrero. “Ataque de risa”. (,)	120
Ilustración 4.03: Dibujo del “Humor” realizado por Ángel Idígoras (A4) y dedicado a la autora. (FA)	123
Ilustración 4.04: Ángel Idígoras realizando la Ilustración sobre el humor (Detalle en Ilustración 4.03). (FA)	124
Ilustración 4.05: Dibujo del “Humor” realizado por Susana Rodríguez en A4. (FA)	125
Ilustración 4.06: Dibujo del “Humor” realizado por Leonardo Gómez Haro en A4. (FA)	126
Ilustración 4.07: Ampliación de la zona dibujada de la Ilustración 4.06. (FA)	127
Ilustración 4.08: Patch Adams en el Hospital Infantil de Montreal). (Foto Pierre P.Poulin-EL MUNDO)	154
Ilustración 4.09: Momentos de preparación del payaso de hospital -1 (FA)	157
Ilustración 4.10: Momentos de preparación del payaso de hospital -2 (FA)	158
Ilustración 4.11: Payasos Hospitalarios en el H.M.I. de Granada. (Foto Ciudad Salud nº23)	159
Ilustración 4.12: A&G Galindo Jiménez (2014). (Recuperado de Velado, 2014:51)	161
Ilustración 4.13: Autor: M.A. Idígoras. (Publicada en diario EL MUNDO, el 4/02/2015, p.16)	177
Ilustración 4.14: M.A. Idígoras posa con una de sus caricaturas: “Al Ross”. (Foto Antonio Salas, 2010) ( )	178
Ilustración 4.15: M.A. Idígoras: “Alex y Popey”. (Foto Antonio Salas, 2010) ( )	179
Ilustración 4.16: Ángel Idígoras, Cuco y Miguel, con la autora, en el H.M.I. de Málaga. (FA)	181
Ilustración 4.17: ‘Personalidad’. (Ed. Larpress, Madrid, 1998) (F. cedida por autor)	183
Ilustración 4.18: Detalles del juego Character Game. de Susana&Leo. (F. de su WEB)	184
Ilustración 4.19: ‘Padres e hijos’ e ‘Impotencia’. (Ed. Larpress Madrid 1998) (Cedidas por su autor)	193
Ilustración 4.20: ‘Cierta vez hubo una oruga’. Imaginarium, 2012 (de la WEB de Susana Rodríguez)	198
Ilustración 4.21: Libros de Susana Rodríguez: ‘Minimini’ y ‘Minianimal’ (Recuperados de su WEB)	199
Ilustración 4.22: Susana Rodríguez y Leonardo Gómez con la autora. Melegís, 2015. (FA)	207
Ilustración 4.23: Francesco Tonucci, ilustrándole su dedicatoria a la autora. Granada, 2016. (FA)	208
Ilustración 4.24: Dedicatoria a la autora del libro “Queridos padres”, de Francesco Tonucci. (FA)	209
Ilustración 4.25: Dibujo de Tonucci en ‘Queridos padres’ (1997). Masera y Tonucci (2004, p.58). (FA)	212
Ilustración 4.26: Tonucci (1997) en ‘Queridos padres’. Masera y Tonucci (2004, p.40-41). (FA)	213
Ilustración 4.27: Tonucci (1997).en ‘Queridos padres’. Masera y Tonucci (2004, p.28-29). (FA)	213
Ilustración 4.28: Tonucci, ‘Creatividad’(1968). De original en exposición de Granada (2016). (FA)	214
Ilustración 4.29: Tonucci, ‘Sucios y felices’(2016). De original en exposición de Granada (2016). (FA)	215
Ilustración 4.30: Tonucci, ‘Seguimos inventando’(2016). De original en exposición de Granada (2016). (FA)	215
Ilustración 4.31: Tonucci, Juego en el hospital (2012). De original en exposición de Granada (2016). (FA)	216
Ilustración 4.32: Tonucci, Diversión natural (2016). De original en exposición de Granada (2016). (FA)	216
Ilustración 4.33: Dibujo de Julia, antes y después de la intervención de los payasos (2002)	227
Ilustración 4.34: Decoración de Idígoras con los Doctores Sonrisa en el H. Gregorio Marañón (2017)	229
Ilustración 5.01: Dos vistas del Aula Hospitalaria del HMI de Granada. (FA)	236
Ilustración 5.02: Poster presentado por personal del Aula Hospitalaria. (FA)	237



Ilustración 5.03: Tonucci (2015). Sobre los derechos del niño en el Blog de su Asociación Pedagógica ( )	243
Ilustración 5.04: Sofía León (2015). “Efecto terapéutico del juego”. (Original propiedad de la autora)	245
Ilustración 5.05: A partir de Marvin et al. (2002) y Schaefer y Drewes (2013). (Elaboración de la autora)	311
Ilustración 5.06: Niveles de juego (Pitillas, 2012) VS Factores Terapéuticos desarrollados (Elaborac. autora)	363
Ilustración 6.01: Ludoteca del Hospital Materno Infantil. Granada. (FA)	386
Ilustración 6.02: Aspectos de la Ludoteca. (FA)	387
Ilustración 6.03: Terraza de la Ludoteca/Ciberaula (FA)	387
Ilustración 6.04: Silueta en la Ciberaula. (FA)	389
Ilustración 6.05: Carmen haciendo deberes. (FA)	390
Ilustración 6.06: Primeros trabajos de papiroflexia de Berti. (FA)	391
Ilustración 6.07: Antonio, Maestro del Aula. (FA)	393
Ilustración 6.08: León de plastilina hecho por Martín. (FA)	394
Ilustración 6.09: Hospital hecho por Román. (FA)	394
Ilustración 6.10: Leones, árbol y serpiente de plastilina hechos por Román. (FA)	395
Ilustración 6.11: Dibujo descriptivo realizado por Mairena. (FA)	396
Ilustración 6.12: Invitación autógrafa de Fátima. (FA)	397
Ilustración 6.13: Preparación con juguetes de una mesa para la fiesta de cumpleaños de Fátima. (FA)	397
Ilustración 6.14: Decoración de los soportes por personal voluntario. (FA)	397
Ilustración 6.15: Diferentes momentos de la implicación del triangulo (familiares, terapeutas y enfermos) con motivo de una celebración colectiva (Día de Andalucía). (FA)	399
Ilustración 6.16: Los niños aprenden una nueva actividad: HACER COMETAS DE HILO. (FA)	402
Ilustración 6.17: Dos momentos de Rocío haciendo una cometa. (FA)	403
Ilustración 6.18: La madre de Sindy la pasea por el Aula. (FA)	406
Ilustración 6.19: La madre y la abuela de una menor se unen a las tareas de los niños. (FA)	408
Ilustración 6.20: Alejo construyendo su avión. (FA)	408
Ilustración 6.21: Detalles de la cometa de Rodo. (FA)	409
Ilustración 6.22: Boceto de la autora de una gran cometa. (FA)	411
Ilustración 6.23: Fotomontaje sobre el Taller de Cometas. (FA)	412
Ilustración 6.24: Acuarela 1, realizada por la pequeña Carmela. (FA)	414
Ilustración 6.25: Acuarela 2, realizada por la pequeña Carmela. (FA)	415
Ilustración 6.26: La autora jugando con Cristina. (Foto de Celia)	417
Ilustración 6.27: Martín iniciando la cometa con pinchitos y familiares también tejiendo cometas. (FA)	418
Ilustración 6.28: Madre de Iván. (FA)	419
Ilustración 6.29: Melissa: haciendo una cometa y detalle de su deseo en el Diario (FA)	420
Ilustración 6.30: Niños escribiendo sus deseos. (FA)	420
Ilustración 6.31: La madre de Mairena escribiendo su deseo. (FA)	421
Ilustración 6.32: Deseo de la madre de Iván. (FA)	421
Ilustración 6.33: Caja con las cometas terminadas. (FA)	422
Ilustración 6.34: El Doctor Bugui Bugui colocando la cometa en su sombrero. (FA)	423
Ilustración 6.35: El Doctor Cambembo con una cometa en su indumentaria. (FA)	423
Ilustración 6.36: Los Doctores Sonrisa escribiendo en el Diario de la Cometa. (FA)	424
Ilustración 6.37: Carlos y su madre tejiendo cometas en la habitación. (FA)	425





Ilustración 6.38: Cometa en negro y gris con su deseo. (FA)	427
Ilustración 6.39: La enfermera Rita escribiendo en el Diario de la Cometa. (FA)	427
Ilustración 6.40: Ramón y la autora decorado la Gran Cometa (Foto de M <sup>a</sup> . José)	428
Ilustración 6.41: Detalle del deseo que dejó Servi en el Diario de la Cometa. (FA)	428
Ilustración 6.42: Ramón decorando una botella, como jarrón. (FA)	429
Ilustración 6.43: José Ant <sup>o</sup> . su madre y la Auxiliar, dejando sus huellas en el cartel. (FA)	430
Ilustración 6.44: Mairena preparada para dejar sus huellas en el cartel. (FA)	431
Ilustración 6.45: M <sup>a</sup> José, la Auxiliar, dejando sus huellas. (FA)	431
Ilustración 6.46: José Ant <sup>o</sup> . su madre y la Auxiliar, dejando sus huellas en el cartel. (Fotos de M <sup>a</sup> José)	432
Ilustración 6.47: La madre de Mairena también dejó sus huellas. (FA)	432
Ilustración 6.48: Composición con diferentes fases del proceso de huellas. (FA)	433
Ilustración 6.49: Cartel terminado con el poema de M.P.G. en el centro. (FA)	434
Ilustración 6.50: Carmen, M <sup>a</sup> José y la autora. (Foto de María)	435
Ilustración 6.51: "Grafiti" realizado por David, en A3, para el concurso de la Diputación. (FA)	437
Ilustración 6.52: Bote de suero con la broma del nombre con el calificativo de "TONTTO". (FA)	439
Ilustración 6.53: David con su cometa y vista ampliada del deseo. (FA)	441
Ilustración 6.54: David muestra su boceto y las bases del concurso. (FA)	443
Ilustración 6.55: Ficha en A5, de presentación de la obra de David al concurso. (FA)	444
Ilustración 6.56: David, junto a la autora, mira el panel y sus posibilidades. (Foto de Helena)	445
Ilustración 6.57: Momentos iniciales de la pintura. (Fotos de Helena)	446
Ilustración 6.58: Dos instantes de David concentrado en su creación. (FA)	447
Ilustración 6.59: Pinturas y material de trabajo sobre reflejo del artista. (FA)	448
Ilustración 6.60: Momento de la pintura del grafiti. (FA)	448
Ilustración 6.61: Grafiti terminado. Sobre escayola (3,00 x 1,20m.). Título: "Seil Feliz". (FA)	449
Ilustración 6.62: David con su madre y la autora, muestra su Diploma. (Foto de Helena)	449
Ilustración 6.63: Helena junto al Grafiti de David, colocado en el pasillo de oncología. (FA)	450
Ilustración 6.64: Cartel anunciador realizado por la autora en tamaño A3. (FA)	451
Ilustración 6.65: María con Manolo, el niño de huesos de cristal. (FA)	453
Ilustración 6.66: Santi el día que se iba de alta, con la autora. (Foto de María)	453
Ilustración 6.67: Chamy y su madre escribiendo en el Diario de la Cometa. (FA)	455
Ilustración 6.68: Detalle del texto dejado por Chamy y su madre. (FA)	455
Ilustración 6.69: Manolo, ayudado por la autora, escribe en el Diario de la Cometa. (FA)	456
Ilustración 6.70: Acróstico y caligrama hecho por David y su madre. (FA)	457
Ilustración 6.71: Rodo escribiendo en Diario de la Cometa. (FA)	458
Ilustración 6.72: Oscar leyendo su poesía al grupo. (FA)	459
Ilustración 6.73: Carmen, Rodo y Rocío con su poema terminado. (FA)	461
Ilustración 6.74: Poesía de Oscar a las enfermeras (FA)	462
Ilustración 6.75: Pifi leyendo el 'Poema a Miguel Ángel'. (FA)	464
Ilustración 6.76: Poema de MPG, que ilustró la Cometa de Huellas (FA)	465
Ilustración 6.77: Loreto (Psicóloga) también quiso dejar su huella. (FA)	467
Ilustración 6.78: Ramón leyendo el poema escrito a sus padres. (FA)	468
Ilustración 6.79: Cometa de huellas y pequeñas cometas con sus deseos. (FA)	470



Ilustración 6.80: Magdalena (Auxiliar) escribiendo en el Diario y besando a Rodo. (FA)	470
Ilustración 6.81: Niños viendo elevarse la Gran Cometa. (Foto de Elena)	471
Ilustración 6.82: La gran cometa, portadora de los deseos. (FA)	471
Ilustración 6.83: Rodo con los globos (FA) y Globos en el techo (Foto de Rodo)	472
Ilustración 6.84: M <sup>a</sup> José (Auxiliar) y Manuel (Técnico) colaborando en los preparativos (FA)	472
Ilustración 6.85: M <sup>a</sup> José y Rodo colocando los poemas en la terraza (FA)	473
Ilustración 6.86: Equipo de trabajo con la Gran Cometa terminada (Foto de Manuel)	473
Ilustración 6.87: Familiares y enfermos empiezan a llegar al Aula (Foto de Elena)	474
Ilustración 6.88: Incluso los niños más delicados también subieron al Aula (FA)	474
Ilustración 6.89: Deseos de los asistentes fijados con grapas a la cometa (FA)	475
Ilustración 6.90: Josema, que desde su pueblo, vino con su padre al acto (FA)	476
Ilustración 6.91: Los niños preparados para Salir a la terraza del Aula con la Cometa (Foto de Elena)	477
Ilustración 6.92: Los portadores de la Cometa, posando para los fotógrafos (Foto de Elena)	478
Ilustración 6.93: Oscar lee su composición en compañía de Rodo y la autora (Foto de Elena)	478
Ilustración 6.94: Fotomontaje de la autora del momento de la lectura (Foto de Elena)	479
Ilustración 6.95: Fotomontaje de la autora de algunos menores durante la lectura (Foto de Elena)	480
Ilustración 6.96: Momentos de inicio del vuelo de la cometa (Foto de Elena)	481
Ilustración 6.97: Dos menores junto a un familiar contemplan el vuelo (Foto de Elena)	482
Ilustración 6.98: La autora, junto a la Delegada de salud, ante algunos medios. (Foto de Elena)	483
Ilustración 6.99: La autora, junto a Manuel, Técnico del Hospital (Foto de Elena)	483
Ilustración 6.100: Lorena y su madre junto a la cometa de huellas (FA)	484
Ilustración 6.101: La autora, junto a Antonio, Maestro del Aula (Foto de Elena)	484
Ilustración 6.102: Antonio, M <sup>a</sup> José e Isabel, también maestra, con la autora (FA)	485
Ilustración 6.103: Habitación de César, que su estado le impidió asistir al vuelo (FA)	486
Ilustración 6.104: Diario de la Cometa. Reflexiones de los Payasos de Hospital. (FA)	508
Ilustración 6.105: Diario de la Cometa. Reflexiones de Chamy, su madre y otros niños. (FA)	509
Ilustración 6.106: Diario de la Cometa. Reflexiones de Rita (enfermera) y Sergio. (FA)	510
Ilustración 6.107: Diario de la Cometa. Reflexiones de Melissa (voluntaria) y David. (FA)	511
Ilustración 6.108: Diario de la Cometa. Reflexiones de Carmen. (FA)	512
Ilustración 6.109: Diario de la Cometa. Reflexiones de la hermana de Darío. (FA)	513
Ilustración 6.110: Diario de la Cometa. Reflexiones de Carmen y Paloma (Auxiliares). (FA)	514
Ilustración 6.111: Diario de la Cometa. Reflexiones de algunos familiares. (FA)	515
Ilustración 6.112: Diario de la Cometa. Reflexiones de Darío y de su madre. (FA)	516
Ilustración 6.113: Diario de la Cometa. Reflexiones de Pifi (Auxiliar). (FA)	517
Ilustración 6.114: Diario de la Cometa. Reflexiones de Oscar y Manuel. (FA)	518
Ilustración 6.115: Diario de la Cometa. Reflexiones de Manolo. (FA)	519
Ilustración 6.116: Diario de la Cometa. Reflexiones de Ramón y Raquel. (FA)	520
Ilustración 6.117: Diario de la Cometa. Reflexiones de Magdalena (Auxiliar). (FA)	521
Ilustración 6.118: Diario de la Cometa. Reflexiones de Delia, madre de Oscar. (FA)	522
Ilustración 6.119: Diario de la Cometa. Reflexiones de Helena. (FA)	523
Ilustración 6.120: Diario de la Cometa. Reflexiones de la "Dra. Flora, Sapofrita". (FA)	524
Ilustración 6.121: Diario de la Cometa. Reflexiones de M <sup>a</sup> Jesús (Pág. 1/2). (FA)	525



Ilustración 6.122: Diario de la Cometa. Reflexiones de M <sup>a</sup> Jesús (Pág. 2/2). (FA)	526
Ilustración 6.123: Diario de la Cometa. Reflexiones de María (Auxiliar). (FA)	527
Ilustración 6.124: Diario de la Cometa. Reflexiones de Ana (Auxiliar) y de una madre. (FA)	528
Ilustración 6.125: Diario de la Cometa. Acróstico realizado por David y su madre. (FA)	529
Ilustración 6.126: Diario de la Cometa. Caligrama realizado por David y su madre. (FA)	530
Ilustración 7.01: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: Maya. (FA)	554
Ilustración 7.02: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: Mariana. (FA)	556
Ilustración 7.03: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: Martina. (FA)	558
Ilustración 7.04: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: Beatriz. (FA)	560
Ilustración 7.05: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: Carmela. (FA)	562
Ilustración 7.06: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: Ana. (FA)	564
Ilustración 7.07: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: Pili. (FA)	566
Ilustración 7.08: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: Juani. (FA)	568
Ilustración 7.09: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: M <sup>a</sup> Ángeles. (FA)	570
Ilustración 7.10: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: Cristina. (FA)	572
Ilustración 7.11: Tamaño A-5. Modelo diario para seguimiento de sesiones.	575
Ilustración 7.12: Tamaño A-3. Ejercicios de degradación simples.	577
Ilustración 7.13: Tamaño A-3. Degradación en superficies delimitadas. Autora: Beatriz.	578
Ilustración 7.14: Tamaño A-3. Degradación en superficies delimitadas. Autora: Martina.	578
Ilustración 7.15: Tamaño A-3. Degradación en superficies delimitadas. Autora: Ángeles.	579
Ilustración 7.16: Tamaño A-3. Degradación en superficies delimitadas. Autora: Mariana.	579
Ilustración 7.17: Tamaño A-4 x 2. Autoras: Ana y Amparo.	580
Ilustración 7.18: Tamaño A-4. Aplicación de degradado. Autora: Marina.	581
Ilustración 7.19: Tamaño A-3. Ejercicio de soltura de trazo y paralelas. Autora: Carmela.	582
Ilustración 7.20: Tamaño A-3. Ejercicio de soltura de trazo y paralelas. Autora: Miriam.	582
Ilustración 7.21: Tamaño A-3. Ejercicio de volumen y sombras. Autora: Ana.	583
Ilustración 7.22: Tamaño A-3. Exposición en clase de ejercicios de volumen y sombras.	584
Ilustración 7.23: Tamaño A-4. Ejercicio "lo que ve el ojo". Autora: Miriam.	585
Ilustración 7.24: Tamaño A-4. Ejercicio "aprendiendo a ver". Autora: Beatriz.	586
Ilustración 7.25: Tamaño A-3. Ejercicio "dibujando en relieve". Autora: Maya.	587
Ilustración 7.26: Tamaño A-3. Ejercicio "dibujando en relieve". Autora: Amparo.	588
Ilustración 7.27: Tamaño A-3. Primer intento de Carmela.	589
Ilustración 7.28: Tamaño A-3. Dibujo final (en casa) de Carmela.	590
Ilustración 7.29: Tamaño A-4. Dibujo del personaje "Liria". Autora: Ángeles.	591
Ilustración 7.30: Descripción del personaje "Liria", por su autora. (FA).	592
Ilustración 7.31: Tamaño A-4. Dibujo del personaje "Bicho raro". Autora: Carmela.	593
Ilustración 7.32: Descripción del personaje "Bicho raro", por su autora. (FA).	593
Ilustración 7.33: Tamaño A-4. Dibujo del personaje "Pitugaso". Autora: Maya.	595
Ilustración 7.34: Descripción e historia del personaje creado por Maya. (FA).	595
Ilustración 7.35: Tamaño A-4. Dibujo del personaje "Rimbo". Autora: Juani.	596
Ilustración 7.36: Tamaño A-4. Creación con hojas. Autora: Cristina.	597
Ilustración 7.37: Tamaño A-4. Creación con hojas. Autora: Maya.	598



Ilustración 7.38: Tamaño A-4. Creación con hojas. Autora: Ana. _____	598
Ilustración 7.39: Maya realizando su composición. (FA). _____	599
Ilustración 7.40: Amparo muestra su creación terminada. (FA). _____	599
Ilustración 7.41: Simpática y original creación de Miriam. (FA). _____	600
Ilustración 7.42: Tamaño A-4. Martina compone una niña volando una cometa. (FA). _____	601
Ilustración 7.43: Tamaño A-4. Composición de Carmela. (FA). _____	601
Ilustración 7.44: Ana muestra su “Flor de reciclaje” terminada. (FA). _____	602
Ilustración 7.45: Fase de pintado de una flor y otra ya terminada. (FA). _____	603
Ilustración 7.46: Las delgadas manos de Ana dedican a su madre el regalo de la flor. (FA). _____	603
Ilustración 7.47: Martina escribe su dedicatoria. (FA). _____	604
Ilustración 7.48: María dedicando la “Flor de reciclaje” a su madre. (FA). _____	605
Ilustración 7.49: “Huellas de piedra”. Trabajos realizados. (FA). _____	606
Ilustración 7.50: Alumnas muestran sus trabajos finalizados. (FA). _____	606
Ilustración 7.51: Amparo escribiendo la “Historia del árbol”. (FA). _____	607
Ilustración 7.52: Beatriz dibujando una parte del árbol. (FA). _____	608
Ilustración 7.53: Los grupos despliegan completamente los árboles. (FA). _____	608
Ilustración 7.54: Debatiendo en grupo sobre los trabajos finalizados -1. (FA). _____	609
Ilustración 7.55: Debatiendo en grupo sobre los trabajos finalizados -2. (FA). _____	609
Ilustración 7.56: Algunos de los títulos de los trabajos en grupo de creación del árbol. _____	610
Ilustración 7.57: Detalle del texto que alude a las raíces de uno de los árboles. (FA). _____	611
Ilustración 7.58: “Árboles de la felicidad”, terminados. (FA). _____	612
Ilustración 7.59: Tamaño A-4. Trabajo de collage en equipo. (FA). _____	613
Ilustración 7.60: Tamaño A-4 x 2. Trabajo “Efecto fiesta deseado” (Nombres autoras tachados) (FA). _____	614
Ilustración 7.61: Tamaño A-4. Trabajo en grupo “Qué nada te pare”. (FA). _____	614
Ilustración 7.62: Tamaño A-4. Caligrama del trabajo en grupo “Qué nada te pare”. (FA). _____	615
Ilustración A1.01: Cartel anunciador del “Vuelo de Ilusiones”, realizado por la autora, en A3. (FA) _____	701
Ilustración A1.02: Anuncio del acto en el periódico “IDEAL”, de Granada. (FA) _____	702
Ilustración A1.03: Eco del acto en el periódico “IDEAL”, de Granada. Foto de la página. (FA) _____	703
Ilustración A1.04: Eco del acto en el periódico “IDEAL”, de Granada. Artículo 1/2 (FA) _____	704
Ilustración A1.05: Eco del acto en el periódico “IDEAL”, de Granada. Foto Artículo 2/2 (FA) _____	705
Ilustración A1.06: Eco del acto en el periódico “20 MINUTOS”, de Granada. (FA) _____	706
Ilustración A1.07: Eco del acto en el periódico “LA OPINIÓN”, de Granada. (FA) _____	707
Ilustración A1.08: Eco del acto en el periódico “CIUDAD SALUD”, de Granada.(Pág.1) (FA) _____	708
Ilustración A1.09: Detalles del periódico “CIUDAD SALUD”, de Granada. (Págs. 1 y 7) (FA) _____	709
Ilustración A1.10: Eco del acto en “GRANADA DIGITAL”, (Captura de pantalla). (FA) _____	710
Ilustración A1.11: Eco del acto en el periódico “IDEAL.es”, (Captura de pantalla). (FA) _____	711
Ilustración A1.12: Transcripción de la noticia en la WEB del SAS. (FA) _____	712
Ilustración A1.13: Eco del acto en el la WEB del SAS. (Captura de pantalla). (FA) _____	713



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.01 Estudios de Iniciativas Terapéuticas Ocupacionales. Biblioterapia. (Síntesis de la autora)	50
Tabla 2.02 Síntesis de la autora sobre recursos lúdicos On-line, a partir de Ávila (2005)	53
Tabla 2.03 Estudios de Iniciativas Terapéuticas Ocupacionales. Nuevas Tecnologías. (Síntesis de la autora)	57
Tabla 2.04 Investigaciones Proyecto CurArte (2004-2012) a partir de la síntesis de Ávila (2014:87-88)	61
Tabla 4.01 Síntesis de la autora sobre las consecuencias físicas de la hospitalización infantil.	148
Tabla 4.02 Síntesis de la autora elaborada a partir de Ortigosa y Méndez (2000:80-83).	150
Tabla 5.01 Comparativa de Factores Terapéuticos de 1993 a 2001 (Clasificación de la autora)	258
Tabla 5.02 Comparativa de Factores Terapéuticos de 2010 - 2012 (Clasificación de la autora)	259
Tabla 5.03 Comparativa de Factores Terapéuticos de 2013 - 2014 (Clasificación de la autora)	260
Tabla 5.04 Comparativa de Factores Terapéuticos de 2015 - 2017 (Clasificación de la autora)	261
Tabla 5.05 Expresión del juego postraumático a partir de Terr (1981:744-754) (Síntesis de la autora)	272
Tabla 5.06 Influencia de las emociones positivas, en las cualidades del pensamiento (Síntesis de la autora)	293
Tabla 5.07 Influencia de las emociones positivas, en las cualidades sociales (Síntesis de la autora)	294
Tabla 5.08 Influencia de las emociones positivas, en el sistema corporal (Síntesis de la autora)	294
Tabla 5.09 Influencia de las emociones positivas, en terapia de juego (Síntesis de la autora)	296
Tabla 5.10 Influencia de las emociones positivas, en la salud (Síntesis de la autora)	297
Tabla 5.11 Influencia de las emociones positivas, en el afrontamiento de la enfermedad (Síntesis de la autora)	297
Tabla 5.12 Influencia de las emociones positivas, en la resolución de problemas -1 (Síntesis de la autora)	341
Tabla 5.13 Influencia de las emociones positivas, en la resolución de problemas -2 (Síntesis de la autora)	342
Tabla 5.14 Comparativa de Factores Terapéuticos menos relevantes (1997-2014) (Clasificación de la autora)	361
Tabla 7.01 Relación de participantes en la experiencia.	544
Tabla 7.02 Uso de materiales.	547
Tabla 7.03 Conocimiento y preferencias de artistas.	550
Tabla 7.04 Artistas y obras preferidas.	551
Tabla 7.05 Símbolos más utilizados en los escudos personales.	574
Tabla 7.06 Resultados NUMÉRICOS del cuestionario de satisfacción.	619
Tabla 7.07 Resultados PORCENTUALES del cuestionario de satisfacción.	620
Tabla 7.08 Gráfica de resultados PORCENTUALES de la Pregunta 1.	621
Tabla 7.09 Gráfica de resultados PORCENTUALES de la Pregunta 2.	621
Tabla 7.10 Gráfica de resultados PORCENTUALES de la Pregunta 3.	622
Tabla 7.11 Gráfica de resultados PORCENTUALES de la Pregunta 4.	622
Tabla 7.12 Resultados en PERCENTILES del Cuestionario STAI.	625
Tabla 7.13 Resultados en DECATIPOS del Cuestionario STAI.	626
Tabla 7.14 Resumen variación media en Decatipos de la A-E y A-R.	627
Tabla 7.15 Gráfica del comportamiento de la A-E en relación a la media.	628
Tabla 7.16 Gráfica del comportamiento de la A-R en relación a la media.	628





## ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

<b>A/E</b>	Ansiedad como Estado
<b>A/R</b>	Ansiedad como Rasgo
<b>AECC</b>	Asociación española contra el cáncer
<b>AN</b>	Anorexia nerviosa
<b>AVOI</b>	Asociación Voluntarios de Oncología Infantil, de Málaga
<b>BN</b>	Bulimia nerviosa
<b>BOJA</b>	Boletín Oficial de la Junta de Andalucía
<b>FA</b>	Fotografía de la autora
<b>HMI</b>	Hospital Materno Infantil
<b>HOPE</b>	<i>Hospital Organization of Pedagogues in Europe</i> (Organización Europea de Pedagogos Hospitalarios)
<b>OMS</b>	Organización mundial de la salud
<b>RAE</b>	Real Academia Española de la Lengua
<b>RD</b>	Real decreto
<b>RET</b>	Rational Emotive Therapy (Terapia racional emotiva)
<b>SAS</b>	Servicio Andaluz de Salud
<b>STAI</b>	State-Trait Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad Estado-Rango)
<b>TCA</b>	Trastornos de la conducta alimentaria
<b>UCI</b>	Unidad de cuidados intensivos
<b>VN</b>	Virgen de las Nieves (Referido al HMI o Complejo Sanitario, de Granada)
<b>TED</b>	<i>Technology Entertainment Desing</i> (conferencia) Tecnologías Entrenamiento Diseño
<b>TDAH</b>	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
<b>TIC</b>	Tecnologías de la Información y la Comunicación







## RESUMEN

Esta investigación profundiza en el papel e interacción del humor, el arte, la creatividad y el juego en el ámbito de jóvenes en situación de déficit de salud. Partiendo de que los vínculos afectivos generados desde esos elementos pueden ser terapéuticos y hacer mejorar, se han desarrollado propuestas lúdico-artístico-terapéuticas que han favorecido la disrupción en el espacio/tiempo clínico-patológico, permitiendo una mejor aceptación de la enfermedad y procurando en ese entorno -paciente, familiar y personal sanitario- efectos saludables, capaces de paliar los estados de estrés emocional, sufrimiento, dolor, ansiedad, soledad...

Se recoge el diseño, desarrollo y evaluación de dos experiencias llevadas a cabo en ambientes, situaciones y patologías distintas, pero con el denominador común de tratarse de menores y adolescentes en situación precaria de salud. Estas experiencias han demostrado las hipótesis de ésta investigación. Los referidos elementos son factores terapéuticos que actúan como adyuvantes esenciales en la reducción de los efectos negativos de la enfermedad.

La metodología ha sido mixta, utilizando métodos de investigación cualitativa, obteniendo datos y empleando instrumentos de análisis a través de un contacto directo con los participantes y su entorno. Cuando las circunstancias de la experiencia lo han permitido, también de modo cuantitativo, usando el Inventario Pre-Post de Ansiedad Rasgo-Estado, de Spielberger (STAI) para confirmar que la actividad lúdico-creativa resulta ser favorecedora de la reducción de ansiedad y es, por tanto, terapéutica.

También se ha reforzado la todavía escasa conexión documental entre las disciplinas artística y sanitaria realizando un estudio pormenorizado de los factores terapéuticos del juego.

### **Palabras clave:**

Ludoterapia, Humor hospitalario, Actividad artístico-curativa, Menores hospitalizados, Ansiedad, Trastornos alimentarios, Factores adyuvantes terapéuticos.





## ABSTRACT

The present research focuses on the interaction between factors such as humour, art, creativity and playfulness in the context of youths with a health deficit. Taking as a starting point that the emotional links facilitated by these elements can play a therapeutical role and can be causal factors for a health improvement, we have developed proposals with a ludic, artistic and therapeutical character. Such proposals have favoured a spatiotemporal interruption of the clinical / pathological process, allowing a better acceptance of the disease, and producing healthy effects in the agents involved (patient, family, medical staff). Such effects have ameliorated the emotional stress, suffering, pain, anxiety and solitude.

The dissertation includes the design, development and evaluation of two experiences carried out within different atmospheres, situations and pathologies, although both involving children or teenagers with precarious health. Such experiences have confirmed the hypotheses of our research and demonstrated that the above-mentioned factors have a therapeutical role, acting as essential contributing factors to the reduction of the negative effects of disease.

Our methodology is mixed, using qualitative research methods, gathering data and employing instruments of analysis through direct contact with the patients and their surroundings. When circumstances allowed, we have used quantitative methods such as the Spielberger's Pre-Post Trait-State Anxiety Inventory (STAI) which confirms that ludic-creative activity reduces stress and is, therefore, therapeutical.

All this has contributed to potentiate the still poorly-documented connection between the artistic and medical fields by means of a detailed study of the therapeutical aspects of playing.

### **Keywords:**

Ludotherapy, Hospital humour, Artistic-healing activity, Hospitalized children, Anxiety, Eating disorders, Contributing therapeutical factors





# PRESENTACIÓN





## CAPÍTULO 1 - PRESENTACIÓN

*La risa, la sonrisa, el optimismo y el juego, aceleran la recuperación y la curación de cualquier enfermedad.*

Holden (1999:107)

### 1.1. ANTECEDENTES PERSONALES

Desde hace algunos lustros y en diversas circunstancias -voluntariados, campos de trabajo, talleres...- me he acercado a colectivos en los que el sufrimiento, la necesidad, la angustia, se hacían patentes y, en muchos casos, apenas se contaba con poco más de una sonrisa o un gesto de ternura como único elemento de ayuda y, desde aquí, puedo decir con rotundidad que, en bastantes ocasiones, ese gesto, ese acercamiento, ese apoyo, esa comprensión, han supuesto un importante alivio.

En el verano de 2005 y por casualidad, realicé un curso de **clown** en el Instituto San Pio X, de Madrid. Fue como un sueño cargado con una desbordante felicidad. Fue un **dar** y **recibir** intenso. Tras esa fascinante y renovadora experiencia, descubrí multitud de sensaciones, emociones... Una fuerza que, cuestionando mi rutina y mi forma de ver las cosas, me movían a experimentar, en mi entorno diario, comportamientos, actitudes de relación, desenfado y humor que habían aflorado en ese curso y que, con anterioridad, no me permitía.

Se generó en mí un despertar.

Aquella primera experiencia me creó interiormente una nueva energía e ilusión. Al año siguiente, sumida aún en la inquietud, encontré la convocatoria de un nuevo curso de clown, que esta vez se hacía en Granada y, convencida, me aventuré. Comenzó con un “bautizo de payaso”, estrenando una hermosa nariz roja que se nos repartió a cada uno: cálida, reluciente, mágica...

Simultáneamente estaba cursando mi último año de carrera en la Facultad de Bellas Artes de Granada y, como prolongación del mi curso y asumiéndolo como parte del proceso de desarrollo que ya había iniciado, me aventuré a invitar a los compañeros de clase a ser “pequeños clowns”, dándoles la oportunidad de expresarse, mostrarse tal como son, compartir, comunicar mediante el juego, desinhibiéndose, creando complicidad entre ellos, de alguna forma, siguiendo los planteamiento de Barra (2010:25), que define el juego como: “espacio potencial, en el que somos libres de ser creativos, por lo que se usa la personalidad y, a través de él, descubrimos nuestro yo”.



Necesitaba transmitir esa fuerza (¿mágica?) que había logrado tras una continua puesta a prueba y superación del excesivo convencionalismo, prudencia, vergüenza, durante el desarrollo de los cursos. Con la colaboración y apoyo del Departamento de Escultura de la Facultad de Bellas Artes, impartí unas inolvidables sesiones “lectivas” que a todos nos abrieron los ojos sobre lo que, con el humor, se puede conseguir.

Tras haber realizado en clase actividades basadas en el juego como medio de descubrirse a sí mismo y el surgir espontáneo de la sonrisa, decidí llevar una propuesta similar a un entorno social diversificado y distinto del universitario: para ello, y previa grabación de un casete con risas provocadas en situaciones cómicas creadas entre varias personas, pensé reproducirla en un autobús urbano, en el que tal situación fuese una sorpresa para los usuarios. Tras solicitar los permisos oportunos, ultimar algunos detalles y “calzarme” mi nariz roja y mi peluca, llevé a cabo la propuesta y pude descubrir nuevos e interesantes aspectos del ser humano.

Transcurrió el tiempo y llegó el momento de hacer el Proyecto Fin Carrera y gracias a ello, pude constatar **como el buen humor mejora el estado de ánimo** sobre todo, a partir del contacto con los Payasos de Hospital, verdaderos *Doctores de la Sonrisa* que, desde la fundación Theodora (<http://es.theodora.org/es>), realizan una ingente labor.

El mágico contacto se inició con una llamada a Merche, mi querida *Sapofrita*, que me indicó qué pasos deberíamos de seguir... los escritos y trámites propios con la Fundación y esperar la confirmación desde Madrid, del Proyecto. Después contacté con Miguel, también *Doctor Sonrisa* y, por fin, me asomé a ese mundo increíble en el que la sonrisa te la ahoga una lágrima, se oculta la debilidad con una fortaleza aparente y se “ignora” el dolor -propio y ajeno- para que las fuerzas no nos abandonen.

En la primera tarde con ellos subimos a la *Ludoteca*, donde suelen cambiarse. Conversábamos sobre su trabajo y experiencia. Según decían, sería un día relajado para ellos.

Poco a poco, a la vez que hablaban, las dos grandes maletas que tenían consigo, comenzaban a vaciarse, mostrando diversos y coloridos objetos que iban transformando a Miguel y a Cuco, en los entrañables *Dr. Cambembo* y *Dr. Bugui-Bugui*.

Con la ilusión de la niña que va el primer día a clase, con sus libros oliendo a tinta de imprenta, el cuaderno sin emborronar y el lápiz aún sin morder por el extremo, comencé a acompañar a los *Doctores* a las habitaciones a fin de incorporar sus enseñanzas a los deberes de *mi cole*: el Proyecto fin de Carrera.

Pero no había otras niñas para aprender conmigo y yo, de pronto, tuve la impresión de que allí, ni siquiera había niñez... aquello no podía ser un mundo infantil.





Y los uniformes se habían cambiado por unos pijamas como descoloridos, con el único adorno de unos lazos para sujetárselos; los lápices por termómetros o jeringas y los juguetes, eran esos fríos hierros con ruedas, que sujetan recipientes de cristal y que, poco a poco, bajan gotas de esperanza a esos brazos inocentes...

Los propios *Doctores*, al principio, eran conscientes de que no todo el mundo puede enfrentarse, de buenas a primeras, a ese tipo de situaciones y me pedían que no les acompañase a determinadas habitaciones.

Supe que tenía que sacar fuerzas de donde fuera, porque veía que los payasos lo hacían, y su esfuerzo valía la pena: en el pasillo de Oncología, la madre de un niño nos comentó: “*Os estábamos esperando, no sabíamos si vendrías por ser Semana Santa; mi chiquillo lleva todo el día esperando ilusionado..., por favor, pasad, pasad*”. Una de mis primeras alegrías al comprobar, cómo unos minutos de ternura llenaron un largo y vacío día. ¡Cuántas horas inacabables hay en un hospital!

Salí especialmente conmovida, por la fuerza de voluntad del niño para jugar a pesar de su gravedad y el cambio que de situación que, al marcharnos, habíamos dejado en el ambiente.

Tiempo después, tuve la oportunidad de experimentar en mí, lo que al salir de aquella habitación me dijo mi admirado *Cuco*:

“Es duro y difícil trabajar con los niños que más tiempo llevan en el hospital, los de oncología. Además de su gravedad, son pacientes que tratas mucho, que te conocen de mucho tiempo, todo el que ellos llevan ingresados. Es imposible obviar su seguimiento porque los padres te comentan si empeora o no... empieza así una relación íntima, de amistad en la que resulta difícil distanciarse del problema para poder sacar tu personaje. Los tratas como a un amigo”.

*Dr. Bugui-Bugui.* (Reflexión extraída de entrevista. Punto 4.14.5)

¡Y tanto que es duro! Algunas veces, al salir a la calle, es cuando se derrumban y se puede ver el hueco que ha dejado en sus almas todo el amor que han dado. No es de extrañar que de vez en cuando tengan que acudir a sesiones de terapia que refuercen esa capacidad de transmitir ternura, envuelta en el humor, a quien tanto la necesita.

A continuación vinieron otros días, otras habitaciones, otras experiencias y el convencimiento, cada vez más arraigado, de que era una labor terapéutica la que realizaban y que sus simpáticas recetas de: “*un beso cada dos horas*” o “*un minuto de paciencia tres veces al día*”, por fuerza tenían que curar.

Me permitieron integrarme en sus actividades y casi llegaron a considerarme como una más de ellos. Nunca se lo agradeceré suficiente.



Después de conocer algo ese mundo y compartir aquellas experiencias; después de comprobar *lo que vale una sonrisa y lo poco que cuesta...* ese entorno ya era para mí, como un lugar ávido de aire distinto, donde siempre es bien recibida una simple mirada de comprensión...

Finalicé el Proyecto Fin de Carrera “*El Humor como Arteterapia*” y ese final supuso el principio de un trabajo más ambicioso, el germen de un proyecto de investigación iniciado con la realización del Máster *Artes Visuales y Educación. Un enfoque Construccionista*, cuyas prácticas de su Trabajo Final, tutorizado por la Doctora Martínez Vázquez, fueron decisivas para encauzar el mismo. Con los antecedentes descritos, ¿dónde mejor se podrían emplear esas obligadas *horas de prácticas* que en ese difícil ámbito de un hospital infantil, que además de brindarme la oportunidad de investigar me permitía colaborar para mejorar su entorno humano?

De ahí surgió el Trabajo Fin de Máster “**Vuelo de ilusiones**” (de Pinedo, 2012) del que, como una investigación empírica, se expondrán aspectos de marcada influencia de la experiencia llevada a cabo y que fue decisiva para el desarrollo de la presente investigación (Capítulo 6).

Una vez finalizado el Máster fue el momento de buscar el lugar en el que desarrollar mi actividad profesional y, como no podía ser de otra manera debido a las circunstancias citadas, mi inquietud por el apasionante y misterioso mundo del Clown y sus diversos contenidos –arte, humanidad, juego, sentimiento, creatividad, humor...- me llevó a ofrecerme a empresas e instituciones que, por sus especiales características, me han permitido desarrollar líneas de trabajo en las que **he constatado que el buen humor es un recurso que mejora el estado de ánimo con el que la persona se enfrenta a la tensión y a la frustración y le permite también, con cierto grado de éxito, afrontar una situación difícil**. Uno de los centros en lo que tuve la ocasión de realizar una sustitución como monitora de Arte y Creatividad, fue en una unidad para el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (jóvenes con anorexia/bulimia) que me posibilitó, una vez más, a pesar de la no muy larga estancia, constatar que las artes plásticas y creativas, ligadas al humor y el juego, son herramientas favorecedoras de la mejora del estado anímico para la ayuda en el tratamiento y recuperación de la salud.

De esa actividad laboral, surgió el trabajo titulado “**Siluetas Rotas**” (de Pinedo, Rodríguez, Oblaré y Martínez, 2012) que, como otra importante experiencia completa la investigación empírica de ésta Tesis (Capítulo 7).

Paralelamente continué mi labor formativa en la que, cada vez era más consciente de la amplitud del campo que se me abría y de lo mucho que tenía que aprender, al tiempo que iniciaba diversas colaboraciones con estamentos universitarios, fundamentalmente prestando mi colaboración en diversos Másteres, en los que he podido realizar alguna aportación a sus alumnos en temas de Artemediación y Ludoterapia.



En los últimos años, alternando con mi actual actividad docente de las asignaturas de Didáctica de la Expresión Plástica que integran el Grado de Magisterio, he trabajado intensamente tratando de dar cuerpo a mis vivencias, ordenar y contrastar mis investigaciones, presentar ponencias y comunicaciones en congresos... todo ello con el fin de concretar en ésta investigación lo experimentado que, de alguna forma, demandaba una recopilación, una investigación lo más profunda y rigurosa posible, pues el objetivo final valía la pena: tratar de demostrar el valor del juego, el humor, el arte, la creatividad, como adyuvantes<sup>1</sup> terapéuticos y poder despejar la interrogación del título de ésta investigación: “*¿Utopía del humor positivo?*”

Los acercamientos a esos difíciles mundos de jóvenes enfermos y las importantes connotaciones familiares que ello conlleva, con la intención de realizar una investigación de casos, características, consecuencias... requería una frialdad y una abstracción de sentimientos que considero no siempre he tenido, bien porque no poseo la capacidad necesaria para acercarme con la imparcial visión de una analista, bien porque el entorno en sí, tremendamente variable en cuanto a las personas y sus circunstancias, dificulta en gran manera ese tipo de tarea. Por tanto, en la investigación empírica, el dato cualitativo podría estar impregnado de sentimiento; la metodología quedar influida por la emoción; el análisis afectado por el impacto de una vivencia pero, en cualquier caso, se presentarán los relatos de unos hechos reflejando fielmente el trabajo realizado.

En cualquier caso, y consciente de que una sonrisa, un momento de entrega y atención a un/a pequeño/a o a un familiar, supone un instante de mágico olvido en su dura realidad, he procurado –consciente y gustosa- abundar en ello.

---

<sup>1</sup> Adyuvante (Del lat. adiūvans, -antis, que ayuda): aditamento que mejora o estimula la respuesta a la enfermedad.



## 1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

*El humor cura, sana y nos integra.*  
(Rodríguez Idígoras, 2002:11)

A lo largo de la trayectoria hasta ahora descrita, muchas han sido las interrogantes que me han ido saliendo al paso:

¿Es posible despertar sueños de salud en un entorno donde ésta se encuentra tan afectada?

¿Es fácil desear el bien tanpreciado de la salud en lugares donde las decepciones y sufrimientos apenas dejan hueco para la esperanza?

¿Se puede o se debe fomentar el humor y la sonrisa en contextos tan poco propicios?

¿Qué sería de la tristeza sin humor? ¿Qué sería de la vida sin la sonrisa?

Por último, y partiendo de una propuesta de interiorización ¿respondemos con el mismo “humor” a todas las personas y en las mismas situaciones?

Es el momento de recordar a Virtudes, **mi querida maestra**, que ya durante los primeros pasos dados en la dirección en que ha discurrido esta línea de trabajo, me transmitió, en un simple mensaje, toda la seguridad que iba a necesitar en el recorrido, reforzando sobremanera mis planteamientos:

“Partimos de nuestra convicción de que los vínculos afectivos que seamos capaces de generar a través del humor y los procesos creativos, pueden ser terapéuticos y hacer mejorar...” (Citado por de Pinedo, 2009:7).

Tratar de fomentar esos vínculos afectivos y contribuir a que el ambiente en entornos de enfermedad sea más agradable sería el fin último de los trabajos y actividades realizadas; por ello, en el convencimiento de que es posible dar un giro a la rutina, sobre todo hospitalaria, llenándola de ilusión a través de distintas actividades, tratando de contribuir y generar, de manera particular, otras formas o propuestas, *“actividades que produzcan bienestar”* y que, por eso, como dice López Fernández Cao (2006a), son terapia.

Estas actividades surgen desde un *“estar”*; un estar junto a un “colectivo vulnerable (...) que exige adherirnos a un proceso de acompañamiento, largo o corto, en la introspección, (...) que requiere ofrecer un lugar, ofrecer la escucha y ofrecerse a acompañar a la persona” (López y Martínez, 2008:16). Este *acompañamiento* que, por el hecho de serlo, ya es terapia, -como la define J.P Klein (2006a)-, *que alivia la enfermedad*, y del que pueden surgir propuestas para avivar la ilusión



que hagan percibir que “el tiempo hospitalario puede ser un tiempo para descubrir, para aprender, para pensar, en definitiva, un tiempo creativo” (Pascale y Ávila, 2007:241).

La presente investigación ha pretendido indagar en las posibilidades, aplicaciones y repercusiones del **humor positivo** -humor que trabaja desde y para la alegría de la persona- en el ámbito de menores y jóvenes en situación de déficit de salud y sensibilizar sobre su papel transformador (ambiental y personal) de ese contexto.

Según necesidades y circunstancias se ha actuado desde diferentes propuestas basadas en **el humor, el juego, el arte y la creatividad** que ayudaran a una mejor aceptación de la enfermedad y representaran un aporte significativo a la mejora de las distintas patologías.

Los antecedentes vividos habían revelado las posibilidades del **humor como forma de expresión**, de conocerse a uno mismo, de compartir, de comunicar mediante el juego, la creatividad o el arte, descubriendo lo que con el humor se puede conseguir.

Se plantea el recorrido como un viaje por el hermoso camino del humor positivo, ya que el sentido del humor trabaja desde, y para, la alegría de la persona, profundizando en sus consecuencias, que provocan la elevación del estado de ánimo.

Se pretende concienciar y sensibilizar sobre el importante e imprescindible papel del humor en la vida, en la sociedad, a la vez que se hace un reconocimiento a su mejor exponente: el clown, y de forma específica en **clown de hospital**, o payaso hospitalario. Ya Aires (2002:3) propicia revitalizar ese personaje, consciente de su importante papel en la sociedad actual: “Es ahora más importante que nunca reavivar esta figura, en un mundo donde el aburrimiento es el gran mal a evitar”; no por ello consideramos que el humor y la risa sea el remedio de todos los males, pero sí una manera de contribuir a una vida mejor.

La risa despierta y permite en toda persona ver el lado jocoso de la vida, haciéndola más saludable. Pensamos que es imprescindible, más aún, en el ámbito hospitalario donde el humor está, con frecuencia, ausente; precisamente es en ese ambiente donde la risa distrae la atención y ameniza el tiempo, modificando, así mismo, la actitud ante el dolor, creando una disposición más positivista. Así, la risa debería ser un aliado precioso del tratamiento de la enfermedad, como lo recoge Winnicott (1971:32) cuando afirma:

“El sentido del humor es el aliado del terapeuta, que saca de él un sentimiento de confianza y la sensación de tener “muñeca” para maniobrar. Es una evidencia de la imaginación creativa del niño y de su felicidad”.

Al respecto, destacaremos las metáforas que hace Luis Herrán (2001:79):

“El humor es como una “muleta” que contribuye a empezar a resolver un problema de una persona o, mejor aún, como un guante que se pone el terapeuta para que no le resbale el mango del destornillador y poder sacar, con más facilidad, el tornillo que se resiste. Es un



mago sin magia... ¿o quizás con magia? Pues eso no tiene magia, la magia está dentro de cada uno, si se provoca, se busca y se pone en práctica”.

“Buscando un paralelismo ferroviario, el tren representa a la persona, la risa los raíles en los que se apoya el tren, y la estación de llegada, el objetivo propuesto en la intervención del terapeuta” (p.98).

Humor como un apoyo, una muleta, una actitud, una manera de ser en la vida, de ver la vida, de vivir la vida (Francia, 1996:36) que consigue, como afirma Dooley (1941), que “lo que se presenta como triste y terrible, aparezca ahora como insignificante y divertido, o al menos tolerable”, (citado por Rodríguez Idígoras, 2002:131). El humor es también una valiosa estrategia educativa (Carbelo, 2004:45), es una forma de educación (Fernández Solís 2003:33).

Por eso esta investigación, como la definición de terapia que aporta Samuel Shem, “es como la vida: sin mapa de carreteras, sin mapa de instrucciones. Lo que hace que una terapia funcione es lo que hace que una buena amistad funcione: que dos amigos se sientan comprendidos, que se conozcan mejor mutuamente. Uno es capaz de hacer más cosas porque siente que el amigo está con él y porque ambos desean verse más a menudo” (Citado por García-Valdecasas, 2004:13).



### 1.3. ESTRUCTURA DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN

Se ha estructurado la presente Tesis en una **PRESENTACIÓN** (Capítulo 1), que a modo de preámbulo muestra al lector los antecedentes, circunstancias y motivación del presente trabajo. A continuación, cuatro grandes apartados:

Una **primera parte** o **INTRODUCCIÓN**, en la que se recogen los OBJETIVOS (Capítulo 2) y METODOLOGÍA (Capítulo 3) de la investigación.

En los dos siguientes capítulos, que dentro de un **MARCO TEÓRICO** componen la **segunda parte**, se expondrá el estudio de los dos pilares o elementos cuya influencia consideramos fundamental en una mejora de actitud frente a situaciones de déficit de salud, agrupados en los bloques de HUMOR HOSPITALARIO (Capítulo 4) y JUEGO TERAPÉUTICO (Capítulo 5).

La **tercera parte** o de **INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**, recoge dos experiencias (Capítulos 6 y 7) llevadas a cabo en entornos y situaciones distintas, con el denominador común de tratarse de menores y adolescentes en situación de enfermedad.

Es preciso señalar que cada una de las experiencias recoge una investigación que se podría considerar autónoma o independiente, con sus propios objetivos, metodología, exposición, análisis, conclusiones... pero que, juntas, refuerzan los planteamientos y resultados de esta Tesis.

Por razones obvias se omiten en ambas experiencias los nombres reales de los protagonistas a pesar de contar con la autorización de los mismos o de sus tutores, para la posible difusión de datos o imágenes, habiendo sido notificados que la recogida de información era con carácter de estudio y análisis investigador.

El Capítulo 6 "VUELO DE IUSIONES" consiste en un estudio de las experiencias realizadas con menores entre 0-16 años hospitalizados por enfermedad de larga duración (en su mayoría oncológicas) en el Hospital Materno Infantil, de Granada, desde el triple análisis de todos los que intervienen en el proceso: personal sanitario, familiares y, cómo no, el menor enfermo.

En el Capítulo 7 se presenta "SILUETAS ROTAS", que describe la experiencia y los resultados del trabajo de investigación de un "Taller de Arte" realizado, a lo largo de cuatro meses, en la Unidad Multidisciplinar de Trastornos de la Conducta Alimentaria ELCA-Granada, con un grupo 14 chicas jóvenes, de entre 15 y 28 años, con trastornos de conducta alimentaria (TCA), en el que se utilizaron recursos didácticos relacionados con las artes plásticas y creativas, como principal herramienta de tratamiento-recuperación, valorando la influencia de esa actividad artística, en su ansiedad, autoestima y estado anímico, analizando en qué medida puede ser terapéutica.

Por último, una **cuarta parte** o **CONCLUSIÓN** con los capítulos de RESULTADOS y CONCLUSIONES, cerrando con las **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS** consultadas. Dos **ANEXOS**, del Capítulo 6 y con el soporte digital de la investigación, cerrarán la misma.







## PARTE I

# OBJETIVOS Y METODOLOGÍA





## CAPÍTULO 2 - SITUACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Nos encontramos en una situación en que bastantes investigaciones, casi siempre empíricas, aportan resultados concluyentes de que **las manifestaciones lúdico-artísticas fundamentadas en el sentido del humor, por la ilusión, fuerza y optimismo que provocan, son adyuvantes necesarios en la recuperación de la salud**, aunque –como ampliaremos en el Apartado 8.2 referido a futuras líneas de investigación-, existe muy poca confirmación científica sobre los mecanismos fisiológicos benéficos derivados de las intervenciones terapéuticas y es que, aún teniendo intereses comunes y complementarios Arteterapia y Ciencia, sin embargo, no existe la deseable empatía y reconocimiento entre ambas, aunque desde los sectores implicados se argumente que el arteterapia es más que la suma de la psicología y el arte.

Según Barbero (2003), se puede afirmar que: del diagnóstico de la enfermedad o padecimiento, se encarga el médico; de curar los síntomas, la enfermera, el trabajador social, puede actuar sobre la carencia en los recursos económicos de quienes la padecen, el psicólogo puede ayudar a afrontar los posibles miedos y consecuencias de la enfermedad pero, ¿quién se hará cargo del sufrimiento de los jóvenes enfermos? Por lo tanto, ¿qué tipo de profesional se ocupará de que, esas circunstancias de déficit de salud, no supongan, para ese colectivo, una utopía del humor positivo?

Reformulando, de forma optimista y constructiva el planteamiento anterior, y teniendo en cuenta los objetivos y título de esta investigación, se podría responder a esa cuestión defendiendo que, los agentes encargados del bienestar, alegría, gozo, felicidad del paciente son todas aquellas prácticas que utilizan el juego, el humor, el arte, la creatividad... como estrategias de intervención en el campo de la salud-enfermedad juvenil.

De acuerdo con Pintó (2011), cada día aumentan los esfuerzos por atender las necesidades psicológicas, emocionales y sociales de los niños enfermos y por esto, cada vez son más numerosos los estudios, las iniciativas, proyectos, experiencias que, desde distintas áreas, disciplinas, ámbitos y, con diferentes recursos basados en lo lúdico, en el humor y la creatividad, que ayudan a mejorar el estado de ánimo, el bienestar, la salud de los niños enfermos y contribuir al desarrollo de programas de humanización de los hospitales para que el impacto del ingreso sea lo menos traumático posible.



## 2.1. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Como defendemos, la conciencia sobre la importancia del humor, la creatividad, el juego y el arte, a modo de elementos terapéuticos es cada vez mayor, sin embargo, en la investigación, es un terreno que no lleva demasiado tiempo trabajándose pues no es tan amplio el número de publicaciones en comparación con otros ámbitos de conocimiento. Hace pocas décadas que estos contenidos han ido cobrando importancia según las primeras publicaciones encontradas y, en la actualidad, no son demasiado numerosos. Además, la mayoría de estudios encontrados son extranjeros, sobre todo, de Estados Unidos, Reino Unido, Brasil, Portugal, Colombia siendo un número reducido los trabajos en español. Otra idea que corrobora ese carácter de novedad de la cuestión, es que no ha sido, hasta hace muy poco, en 2014, cuando se han realizado, por ejemplo, las primeras ediciones de encuentros como: el I Congreso Nacional de Juegos de Salud (Madrid) y el I Congreso Iberoamericano de terapias recreativas en pediatría oncológica (Oporto). Incluso se ha tenido que esperar al año 2012 para que se constituya el I Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud (Denia, Valencia).

En el panorama nacional e internacional del cuidado de niños enfermos y hospitalizados, conforme avanzan los años, se desarrollan más iniciativas, proyectos, investigaciones, experiencias con resultados positivos para la salud y de las que trataremos de dejar constancia en este apartado. Es reseñable que tales acciones no siguen un modelo o estructura únicos; cada una tiene su metodología, sus instrumentos, pero es importante referir, de acuerdo con Ibáñez y Baquero (2009), que no se trata únicamente de metodologías pasivas destinadas a ser un incentivo para la “diversión” de los niños, por el hecho de estar basadas en el juego, sino que su objetivo radica en dirigir la atención a un estímulo y modificar la percepción de los diferentes factores que alteran su bienestar permitiendo, por tanto, al paciente transformar el padecimiento (Méndez y Levobic, 2012) y dar una resignificación a la enfermedad (de Araujo Mitre, 2004).

Pilar González Carrión (2007), en su Tesis Doctoral realizada en la Universidad de Granada titulada “El cáncer durante la infancia: experiencias y necesidades” nos recuerda que:

En Andalucía, desde hace algo más de una década se viene desarrollando el programa de "Atención integral al niño hospitalizado", aquí, además de contemplar aspectos sanitarios y psicológicos se incluyen también aspectos pedagógicos y lúdicos, pretendiendo tratar tanto al enfermo como a su enfermedad (...). Aquí, -en el centro sanitario- el juego toma especial relevancia como manifestación espontánea, que le permite desarrollar todas sus capacidades (p.60).

En el presente epígrafe se hará referencia a algunas de estas investigaciones que recogen prácticas significativas y que parten de la convicción común, que “el doloroso proceso que experimentan los niños durante la hospitalización se hace al menos tolerable cuando juegan” (Fontes, Mondini, Moraes, Bacheaga, y Maximino, 2010:96).



Son iniciativas, proyectos e investigaciones que tendrán una estructura, objetivos o formatos diferentes y utilizarán distintas estrategias de intervención como ya esbozaba Romagosa (citado por Ibáñez y Baquero 2009:13):

“El juego (payasos, manualidades, cuentos, canciones, vídeos y biblioteca) y el desarrollo de talleres (manualidades, psicomotricidad, estimulación, papiroflexia, etc.) contribuyen a crear un ambiente agradable y lúdico que favorece el optimismo frente a la enfermedad (evitando la ansiedad, tristeza, la baja autoestima) y la hospitalización, evita el aislamiento, (el rechazo al personal sanitario y/o tratamientos) permite mantener su creatividad e imaginación, estimula el aprendizaje y el pensamiento, le ayudan a descargar tensiones y expresar sus emociones, contribuye a la salud mental e incluso una mejor evolución de la enfermedad”.

Se detallan a continuación algunas de esas estrategias mencionadas en la cita anterior demostrando su efectividad en el ámbito sanitario con algunos estudios. De este modo se comprobará que, en el medio hospitalario, el juego, y por lo tanto la creatividad y el arte, se convierten como diría (Penón, 2006:123) en “herramientas terapéuticas” a través distintas iniciativas que, dada su diversidad y disparidad se clasifican por ámbitos<sup>2</sup>:

- A) Iniciativas ocupacionales
- B) Iniciativas lúdico-artístico-creativo-expresivas
- C) Iniciativas asistenciales
- D) Iniciativas de intervención en el espacio hospitalario
- E) Iniciativas internacionales de celebración de hitos sociales

Matizaremos que, como se detallará a lo largo de la exposición de cada una de esas actividades, los recursos utilizados (cuentos, humor, juegos...) que se concretan en ellas, están vinculados, de un modo u otro, con esta Tesis, bien porque se han tratado o han sido utilizados por parte de la investigadora.

---

<sup>2</sup> Todas esas iniciativas cumplen con la legislación actual. Por un lado, con la **Carta Europea de los Derechos del niño Hospitalizado** establecida por el Parlamento Europeo en el año 1986 y ratificada por España, que proclama en su artículo 4º un total de 23 puntos; el **punto 5** hace alusión al derecho de disponer durante la permanencia en el hospital de juguetes libros y audiovisuales adecuados a su edad. Es imprescindible hacer mención al **Decreto 246/2005** pues, a diferencia de las anteriores referencias legislativas ésta, además de valorar el carácter educativo, introduce y hace hincapié a la función lúdica de estos espacios. Así en el **artículo 11.3 afirma**: “Los centros hospitalarios (...) dispondrán de espacios destinados a «salas lúdicas» o «salas lúdico-pedagógicas» que permitan el desarrollo de las actividades lúdicas y formativas de todas las personas menores de edad ingresadas. Dichas salas dispondrán de mobiliario adecuado y estarán dotadas del material lúdico-pedagógico adaptado a los requerimientos propios de las diferentes etapas educativas y de desarrollo (...). Cuando las circunstancias lo aconsejen, las salas podrán ser utilizadas en actividades lúdicas”. Una exposición amplia de esta normativa la haremos en los **Puntos 5.1.1 y 5.1.2** al describir las “**Aulas Hospitalarias**”

### 2.1.1. A) INICIATIVAS OCUPACIONALES

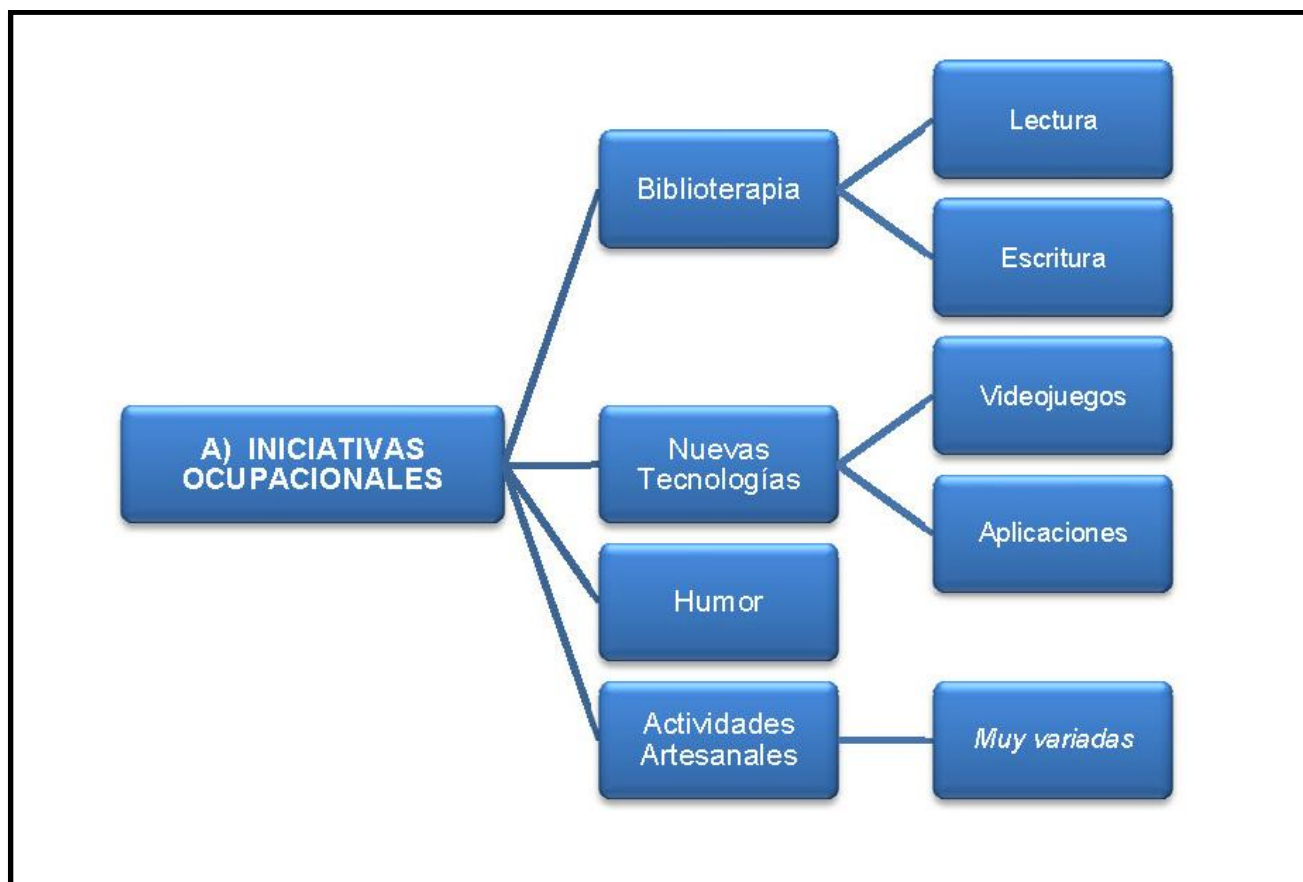


Ilustración 2.01: Clasificación esquemática de las iniciativas terapéuticas ocupacionales

#### 2.1.1.1 BIBLIOTERAPIA: LECTURA / ESCRITURA CUENTOS Y POEMAS

Es habitual que asociaciones de voluntarios, familiares, incluso los mismos pacientes, en el contexto que estamos tratando, empleen este recurso para acompañar y hacer más llevadera la estancia hospitalaria. El potencial terapéutico de la lectura ha hecho que las investigaciones acuñen distintos términos específicos de este recurso como: **lectoterapia** (Rico, 2004), **biblioterapia** (Serradas, 1999; Rico, 2004) y **literaterapia** (Bojorge, 2012), pues: “el libro es un reactivo del espíritu y puede ser una medicina” (Rico, 2004:114)

Ya Serradas (1999:233) consideraba “la lectura como un instrumento de desarrollo personal y como medio para distraer y curar (biblioterapia)”. También este recurso puede considerarse terapéutico en el contexto hospitalario, según un reciente estudio (Hernández y Rabadán, 2014) en el que se valora la lectura de cuentos:



“no únicamente como una fuente de placer o diversión para el niño (...) sino como un medio de evasión, ante la traumática situación que le ha tocado afrontar (...) el cuento, empleado con fines terapéuticos posibilita el desarrollo personal del paciente pediátrico, al afrontar los problemas psicológicos derivados de la hospitalización (...) ayuda a comprender la ardua realidad a la que se enfrenta, superando miedos e, incluso, modificando actitudes o creencias preconcebidas acerca del hospital y los profesionales que lo asisten” (p.130).

Las lecturas, según Rico (2004), pueden ser utilizadas y seleccionadas por los terapeutas o educadores según tres parámetros diferenciados:

- a) Ser “lecturas de base” que la persona conoce de toda su vida, especialmente de la infancia y se asocian a situaciones relevantes;
- b) Lecturas que estaban haciendo en el momento del problema
- c) Lecturas que se pueden recomendar de autoayuda.

Como ponen de manifiesto Méndez, Orgilés, López-Roig y Espada (2004:148): “en ocasiones se han utilizado cuentos para ayudar a los niños a comprender su enfermedad, el tratamiento y mostrarles estrategias para afrontar el cáncer -o cualquier otra enfermedad- y los cambios que se han producido en su vida”.

Existe bibliografía infantil-juvenil específica que da respuesta a una amplia variedad de circunstancias de enfermedad. Así, por ejemplo, encontramos algunos libros como: “*Cuentos para contar a tu hijo cuando está enfermo*” Zijnen (2003), que incluye consejos y sugerencias para acompañar de forma delicada y atenta al niño enfermo consiguiendo que se sienta mejor, además incluye dieciséis cuentos pensados para reforzar el proceso de curación. Otro es “*Pídeme un deseo antes de dormir*”, de M<sup>a</sup> José Díaz Canas y otros autores (2010), que recoge una serie de cuentos ilustrados sobre niños con cáncer; finalmente reseñar el libro llamado “*Minutos muertos*” escrito por Carolina Oblaré (2003), una de las directoras de la Unidad de TCA, ELCA, de Granada, un relato autobiográfico, que permite comprender al lector los pensamientos y sentimientos de una joven con anorexia y bulimia, mientras padece su “lucha interior entre ser o desaparecer, vivir o morir”.

Albano (2011) recuerda que se utiliza el recurso de los cuentos por su cualidad de “pacificar las emociones y producir placidez con virtudes sedativas y curativas” (p.377). Además, en los resultados de su estudio destaca que en los momentos de lectura a los menores hospitalizados: “ninguno de los niños estuvo disperso, indiferente, ni triste en ninguna de las sesiones (...) Mejoró especialmente en: cambios generales (86.6%), relajación (60.0%) y espontaneidad e interacción con la familia (33.3% cada uno)” (p.375-376). Este mismo estudio también llega a la conclusión de que la lectura tiene efectos beneficiosos al analizar algunos de los dibujos elaborados por los pacientes, antes y después de la intervención de las sesiones de historias infantiles, pues los niños en sus creaciones, después de que les



leyeran cuentos, coinciden en tener un mayor aprovechamiento del espacio, un perfeccionamiento en la distribución dentro del papel, de los elementos gráficos y los colores usados eran más llamativos, vivos, alegres, hecho que pudiera indicar un mejor estado de ánimo, además hay un predominio por el gusto y la elección del rojo, preferencia que manifiestan y verbalizan varios niños participantes en el estudio.

De modo complementario, Ejzenberg (2003) considera que para alcanzar los resultados relajantes y beneficiosos, la lectura puede ser acompañada por dramatizaciones, marionetas, música y libros con figuras para colorear.

Castanha, Ribeiro y Zagonel (2005) proponen que el personal enfermero, como cuidador, se convierta en “contador de historias” en el hospital infantil pues es un instrumento que:

“transforma la realidad vivida en un sueño (...) establece la relación interpersonal enfermero-niño y los personajes de las historias. Esa modalidad de cuidados auxilia en la recuperación, aceptación de la condición en que se encuentra, adaptación al nuevo espacio y trae beneficios al estado general del niño enfermo. Funciona como terapia que ayuda a liberar la fantasía y eliminar la tristeza y las sensaciones desagradables, permitiendo al enfermero desarrollar el cuidado sensible” (p.94).

Aunque existen diversos estudios sobre la lectura en el hospital destacaremos, por su afinidad con lo artístico-creativo, el Trabajo fin de Máster de Chenda Francisca Ramírez Vega (2010) titulado “*Historias dentro del hospital: taller de animación a la lectura y escritura en el Aula Hospitalaria Ramón y Cajal*” que tiene como fin contribuir a la mejora del estado de ánimo y bienestar, a la calidad de vida de los niños y adolescentes de 3 a 14 años enfermos hospitalizados a través de la participación en taller de animación a la lectura de libros, relatos, cómics y escritura de cuentos, poemas, completando estas propuestas con actividades artísticas como la creación de un cartel, un cromolibro, una flor o marcapáginas.

También en Granada se han hecho distintas investigaciones sobre los cuentos en el hospital. Así, ya en 1993, Rodríguez del Castillo, en su estudio evaluaba la repercusión que tuvo, durante año y medio, la Biblioteca Infantil del Hospital Virgen de las Nieves, que surgió con la intención y anhelo de llevar la lectura a los pequeños pacientes ingresados, para tratar de aliviar su situación a través de la distracción y la evasión que genera la lectura. Concluye que la propuesta fue bien acogida por parte de los niños, por lo que se decidió continuar con la actividad.

Otro proyecto, realizado en el Hospital Universitario San Cecilio, de Granada (Orihuela, Cuenca, García, Vélez, Belda Mercado y Campos López, 2010), consistió en el diseño y evaluación de un cuento informativo dirigido a los niños pendientes de ser intervenidos quirúrgicamente para familiarizarlos con dicho proceso a fin de disminuir su miedo, generar su confianza y aumentar su cooperación. Ese cuento se entregaba en la consulta de anestesia para que pudiera leerlo en casa e interactuar con él, coloreándolo o personalizándolo con las pegatinas que contenía.





Posteriormente se evaluó su repercusión a través de entrevistas en las que los niños, manifestaron que les había gustado mucho el cuento, habían comprendido la historia y el mensaje, poniendo mucho interés en su lectura. Por lo tanto, estos autores defienden, que este tipo de cuento informativo puede ser un instrumento que, bien diseñado, sirve para conocer qué es un hospital y la comprensión de sus procedimientos, procesos y tratamientos, sirviendo también como herramienta de ayuda a padres, por lo que es de uso bastante recomendable.

Otra investigación (Peralta y García, 2014), también llevada a cabo en el HMI Virgen de las Nieves, de Granada, a través de la Asociación *Entrelibros*, que forma parte del voluntariado semanal del hospital, consistió en un estudio de casos de socioterapia a través de lectura de cuentos con adolescentes que ingresaron diagnosticados de anorexia y su recuperación fue bastante satisfactoria. Los participantes respondieron bastante bien a las reflexiones de las lecturas expresando sus sentimientos, por lo que esa investigación llega a la conclusión de que: “la lectura unida a un proceso de escucha simpática, beneficia a las personas que padecen enfermedades relacionadas con las emociones” (p.260).

Como trabajo de investigación en el área de oncología reseñar la Tesis Doctoral de Pilar Carrasco Llunch (2009) titulada “Estudio de la literatura infantil en niños hospitalizados”, un trabajo realizado en Murcia sobre la influencia benéfica de los cuentos en niños y adolescentes hospitalizados para paliar el miedo y aumentar la autoestima. La investigación ha sido realizada a sesenta niños de 5 a 13 años, dieciocho de ellos enfermos de cáncer.

Para finalizar, es importante puntualizar que, aunque el desarrollo del apartado se haya centrado en la lectura, también es interesante el potencial que tienen los textos de elaboración propia, los relatos personales que los enfermos hospitalizados escriben y crean; palabras que pueden ser leídas por otros y les sirven de medio de expresión. Narrar, contar la propia historia, implica expresar, compartir, desahogar, reorganizar los pensamientos y por eso ya es terapéutico. En esta línea van las propuestas que, a través de distintos planteamientos (poesías, cuentos, deseos, diario de la cometa, etc.), han utilizado la escritura en la parte empírica de nuestra investigación.



<b>RESUMEN de ESTUDIOS SOBRE INICIATIVAS TERAPÉUTICAS</b>		
<b>A) OCUPACIONALES</b>		
<b>1 - BIBLIOTERAPIA : Lectura/escritura cuentos y poemas</b>		
<b>Autor/es</b>	<b>Año</b>	<b>Propuesta/Resultado</b>
<b>Rodríguez Castillo</b>	1993	Repercusión de la creación de la biblioteca en HMI Virgen de las Nieves (Granada). Aliviar situación de los menores, mediante distracción y evasión.
<b>Ejzenberg</b>	2003	Considera que, para mejor eficacia, la lectura debe ser acompañada por dramatizaciones, marionetas y libros coloreables.
<b>Méndez, Orgilés, López-Roig y Espada.</b>	2004	Valoración del cuento para ayudar a comprender la enfermedad y tratamiento; estrategias para afrontar cáncer y los cambios producidos en su vida, a consecuencia de la enfermedad.
<b>Rico</b>	2004	Formas de usar los cuentos para que sean terapéuticos: A) "Lecturas de base" (Conocidas de siempre) B) Lecturas que se hacían al surgir el problema C) De autoayuda
<b>Castanha, Ribeiro y Zagonel</b>	2005	Propone que los enfermeros y cuidadores sean "contadores de historias" como transformadoras de la realidad, que son terapia al liberar la fantasía
<b>Carrasco Llunch</b>	2009. T.D.	Influencia benéfica de los cuentos para paliar el miedo y aumentar la autoestima (En 60 niños de 5/13 años)
<b>Ramírez Vega</b>	2010 T.F.M.	Mejorar el estado de ánimo y bienestar con actividades artísticas, además de taller de lectura
<b>Orihuela, Cuenca, García, Vélez, Belda Mercado y Campos López</b>	2010	En el Hosp.Univer.San Cecilio (Granada), diseño y evaluación de cuento informativo dirigido a menores pendientes de intervención quirúrgica
<b>Albano</b>	2011	Los cuentos tienen la cualidad de pacificar emociones con virtudes sedativas y curativas
<b>Hernández y Rabadán</b>	2014	Afrontamiento de los problemas psicológicos de la hospitalización
<b>Peralta y García, con asociación Entrelibros</b>	2014	En el HMI Virgen de las Nieves (Granada) estudio de socioterapia, mediante lectura de cuentos, con adolescentes de anorexia y resultados de recuperación satisfactoria.

Tabla 2.01 Estudios de Iniciativas Terapéuticas Ocupacionales. Biblioterapia. (Síntesis de la autora)



### 2.1.1.2 NUEVAS TECNOLOGÍAS: VIDEOJUEGOS/APLICACIONES

Actualmente, ¿qué joven no tiene próximo el acceso a las nuevas tecnologías o la posibilidad de jugar a un videojuego, dedicando una parte importante de su tiempo a esa actividad que está tan presente en su ambiente? Durante la enfermedad y la hospitalización, las nuevas tecnologías y, más aún, las aplicaciones lúdicas digitales y virtuales, se convierten en un buen instrumento para pasar el tiempo y distraerse. Esa “diversión” ya es, en sí misma, terapéutica para el paciente porque le permite distanciarse de sus preocupaciones, pues los videojuegos, y en general, las nuevas tecnologías, “propician la competencia entre estímulos y cargan la limitada capacidad atencional del paciente” (Miró, Nieto y Huguet, 2007:52) provocando que el dolor se quede en un segundo plano de consideración/percepción. Además, como afirma Perandones (2011b:266) el videojuego produce una “anestesia virtual” un concepto sugerente que define como:

“Un método que demuestra disminuir la terapia farmacológica al reducir el dolor que se asocia a intervenciones médicas y quirúrgicas, proporcionando a los pacientes hospitalizados una distracción a través de una unidad móvil de videojuegos o de sistemas de realidad virtual”.

Y es que existen evidencias, en varios estudios, de que los videojuegos reducen uno de los síntomas más molestos de la enfermedad: el dolor. Así, en la revisión bibliográfica que hacen Miró, Nieto y Huguet, (2007:61) llegaban a la conclusión de que:

“Todos los estudios revisados muestran que -el videojuego- es una técnica eficaz, tanto para reducir el componente sensorial de dolor (intensidad del dolor), como el emocional (desagradabilidad, molestia, ansiedad y malestar emocional); una efectividad que ha sido demostrada en un amplio rango de problemas y procedimientos médicos que causan dolor (por ejemplo: pacientes quemados, intervenciones dentales, pacientes con cáncer sometidos a la implantación de catéteres), así como en condiciones de laboratorio con la inducción experimental de dolor”.

Destacaremos el estudio de Jeffrey, Kim, Kant, Joseph y Rizzo (2006), llevado a cabo en Childrens Hospital Los Angeles (EEUU), con 20 niños que aleatoriamente fueron divididos en dos grupos; unos que siguieron el tratamiento sin distracciones y otros que pudieron entretenerse con el juego de realidad virtual *Street Luge*. El estudio concluyó que los niños que no habían tenido distracciones durante el tratamiento, experimentaron un incremento del dolor cuatro veces mayor que los que sí habían jugado durante el mismo.

Otra investigación muy reciente llevada a cabo con estudiantes universitarios sanos y vinculada a la actividad artística (Cabas, Velázquez, Romero y Cadavid, 2015), tiene el objetivo de explorar la influencia de la distracción mediante el videojuego en el manejo del dolor producido experimentalmente, comparándolo con el efecto del entretenimiento



tradicional (coloreado). Con la actividad plástica del coloreado, se pidió a los participantes que colorearan con lápices de todos los colores, el mayor número posible de círculos de una plantilla de papel con múltiples circunferencias. Por otro lado, fue usado el videojuego comercial *Bubble Shooter*® invitando a los alumnos a que, con el ratón del ordenador, dispararan bolas de colores, para juntar un mínimo de tres que, de ese modo, desaparecerían evitando que se llenara la pantalla con ellas. Se observó que ambas actividades, videojuego y coloreado, tenían una influencia beneficiosa en las variables del dolor, permitiendo que éste fuera más llevadero. De un modo más específico, observando y comparando resultados obtenidos en el estudio mediante las dos técnicas (coloreado y videojuego), se puede ver que este tipo de actividad digital favorece, más que el coloreado, las variables de: umbral (número de segundos desde que el participante sumergía la mano en el estímulo doloroso hasta que informaba que empezaba a sentir dolor), la tolerancia (número total de segundos que el participante logró mantener la mano en el estímulo) la estimación del tiempo (duración del estímulo doloroso o tiempo pensando en el dolor). Por el contrario, la actividad plástica del coloreado permitía, en mayor medida que el videojuego, sentir la intensidad del dolor y los componentes del catastrofismo es decir: la desesperanza (creencia del individuo de no poder influir sobre el estímulo doloroso), la magnificación (tiene que ver con las propiedades amenazantes del dolor) y la rumiación (la frecuencia de pensamientos relacionados con el dolor).

Los videojuegos además de influir en el dolor, según han observado Li, Chung y Ho (2011), en un estudio realizado en Hong Kong con niños hospitalizados de cáncer, mejoran los signos y síntomas depresivos entre los menores, así como disminuye el grado de tristeza, por lo que pueden considerarse un tipo de juego terapéutico.

En la misma línea, otra investigación más actual y específica planteada para los hospitales de Extremadura (España), sus autores Antequera y Domínguez (2015), pretenden estimular las emociones y experiencias positivas de aprendizaje en los niños hospitalizados a partir de una propuesta metodológica con el videojuego *Minecraft* con el que los pacientes podrán realizar actividades como “construir tu hospital/escuela ideal”, o pueden alejarse del contexto desfavorable hospitalario mientras aprenden todos los conocimientos que puede aportar una granja en la actividad “la granja en el hospital” como por ejemplo identificar, animales, productos (hortalizas, cereales...), consumo saludable en la alimentación, etc.

Un proyecto similar al anterior ya lo propuso Perandones (2011a) que, en su estudio, describe el desarrollo de un taller de diseño y creación de un videojuego colaborativo por los niños y adolescentes enfermos del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. El videojuego llamado “*Aventuras en el hospital*” partía del entorno hospitalario como escenario y planteaba un recorrido por los espacios que los jóvenes frecuentaban durante su ingreso. El argumento del juego era el siguiente: “El “doctor jeringuilla”, tendrá que ir por el hospital recogiendo ampollas y esquivando a los doctores chiflados para poder llenar sus jeringuillas mágicas con las que ir curando a los niños del hospital” (p.47).



Para atender las necesidades de socialización y actividad física de los menores hospitalizados una reciente investigación González (2017) presenta distintos tipos de videojuegos que han desarrollado para ese fin.

Existen diseños de software como herramientas didacticolúdicas para los jóvenes enfermos, tan necesitados, sobre todo, de juego. Algunos ejemplos es “Aprendo en el Hospital” (Fonseca, 2011) un software multimedia como recurso para la adquisición de habilidades, eficiente, eficaz y atractivo, para la atención pedagógica/recreativa de niños hospitalizados, con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años, “diseñado para complementar los conocimientos relacionados con el contexto del aula hospitalaria y ofrecerle -al paciente- un espacio de recreación a través de la inclusión de actividades lúdicas” (p.687).

En una línea de investigación similar, aunque más específica del área artística, en su Tesis Doctoral Valdés (2005), realizada dentro del *Programa CurArte* titulada “Diseño y desarrollo de recursos on-line de aplicaciones virtuales de arte infantil en contextos hospitalarios” pues su objetivo era: “el diseño y producción de un recurso on-line que permita la vinculación de los servicios pediátricos hospitalarios con el Museo Pedagógico de Arte Infantil (MUPAI) para el desarrollo de la capacidad artística y creativa del niño hospitalizado”(p.38). Ese trabajo cita bastantes iniciativas on-line entre las que la autora destaca tres proyectos que considera muy completos. Se trata de webs creadas por fundaciones o asociaciones extranjeras, que no dependen directamente de hospitales, y ofrecen distintos recursos para los menores y familiares hospitalizados, son:

INSTITUCIÓN	RECURSOS/OBJETIVO	WEB
Proyecto Caroline y Christer (SUECIA)	Red virtual entre escuela y hospitales dirigida a niños oncológicos para ayudarlos a superar su enfermedad.	<a href="http://web.it.kth.se/~pberc off/castellano.html">http://web.it.kth.se/~pberc off/castellano.html</a>
The Starbright Foundation (EEUU)	Su web ofrece juegos on-line, distintos chat que posibilitan conectar varios hospitales de diferentes ciudades y, a través de esos mensajes, facilitar la interacción entre niños y familiares. Además videos interactivos sobre temas como “estoy enfermo” o “ir al hospital”	<a href="http://www.starbright.org/">http://www.starbright.org/</a>
Acercándote al mundo (ARGENTINA)	Facilita comunicación entre niños hospitalizados, además de ofrecer una serie de recursos creativos, tanto para realizar on-line: juegos, cuentos, etc., como recursos para hacer en el entorno hospitalario: ideas para divertirse desde la cama.	<a href="http://www.chicos.net/red/">http://www.chicos.net/red/</a>

Tabla 2.02 Síntesis de la autora sobre recursos lúdicos On-line, a partir de Ávila (2005)



Otra Tesis Doctoral también vinculada a *CurArte* y que trabaja la misma temática es la de Perandones (2011b), titulada: “El videojuego en los hospitales: diseño e implementación de actividades y formación de educadores” en la que, partiendo del estudio de la relación entre los videojuegos y los ámbitos de salud y la educación artística, aporta una serie de actividades adaptadas a las limitantes condiciones de salud y movilidad a las que se ven sometidos los niños y adolescentes ingresados en los hospitales, a través de la creación y diseño de videojuegos entendidos como recursos de salud y bienestar.

Ya López (2006), actual maestro del aula Hospitalaria del Hospitalaria del HMI Virgen de las Nieves de Granada, en su Tesis Doctoral realizada en la UGR titulada: “Escuela en Casa: Atención a sujetos con discapacidad visual por enfermedad”, que es un estudio de caso de una paciente con discapacidad visual (ceguera), como consecuencia de la patología oncológica, y en un artículo posterior, reconoce y defiende la importancia de las nuevas tecnologías, en concreto la videoconferencia, “en la educación a distancia como alternativa escolar, bien como recurso o estrategia, como técnica o medio de trabajo y como contenido o enfoque apropiado para el desarrollo del trabajo escolar desde las aulas hospitalarias”. (Martín y Delgado, 2008:29)

En Andalucía se facilita el trabajo académico a los niños ingresados a través de Internet, con el proyecto «Mundo de estrellas», en donde se les aporta mundos virtuales, voces y textos, donde despliegan su fantasía y se relacionan, comunican con otros niños conectados a la web, para desarrollar actividades lúdicas y recreativas (López Naranjo y Castillo, 2006).

Citaremos también, por la importante labor que desempeña, una reciente asociación, creada en 2010, cuyo nombre y filosofía empatizan con esta Tesis. Se trata de *Juegaterapia* (<https://www.juegaterapia.org/>) que se dedica recoger las consolas fijas y portátiles que la gente ya no usa y las donan a hospitales que disponen de áreas de oncología infantil, para que allí puedan disfrutarlas. Su lema es “*jugando, la quimio se pasa volando*”.

Merece la pena destacar que hay algunos videojuegos de diseño específico para los menores hospitalizados con patologías concretas. Así, por ejemplo el videojuego *ReMission*, fue creado para jóvenes con cáncer para que, simbólicamente y lúdicamente, pudieran luchar contra la enfermedad, los agentes que la producen (células cancerosas) o la empeoran (infecciones bacterianas) aprendiendo a gestionar los efectos secundarios y las características del tratamiento, mientras conducen a *Roxxi*, el personaje protagonista que en una nave viaja por el interior del cuerpo oncológico.

Otro ejemplo es el llamado videojuego “*Las aventuras del Capitán Quimio*” cuya historia fue creada por un niño de 13 años hospitalizado, para explicar y mostrar a otros niños el proceso de la quimioterapia. Un videojuego similar es el llamado *Ben's Game* que fue diseñado por Ben Dusking, un niño de 9 años con leucemia, junto con Eric Johnson, ingeniero de sistemas.



También se han usado las Nuevas Tecnologías para beneficio de otras enfermedades como la anorexia y bulimia. Así podemos citar como ejemplo el videojuego *Playmancer/Islas* específicamente diseñado para tratar los trastornos mentales (entre ellos la anorexia y la bulimia), pues tiene como objetivo aumentar las habilidades para el control emocional, de los comportamientos impulsivos y la toma de decisiones, habilidades que el jugador debe de entrenar en cada una de las tres pruebas (escalada, buceo y relajación) y escenarios del juego. El estudio de Fagundo *et al.* (2013), que tiene el objetivo de describir los resultados del tratamiento con el videojuego *Playmancer* en pacientes con bulimia nerviosa, comprobó que la regulación emocional había mejorado y que la frecuencia cardiaca, la impulsividad, la frecuencia respiratoria y la ansiedad se redujeron después del tratamiento con este juego, lo que sugiere una mayor regulación emocional, concluyendo que este tipo de videojuego podía mejorar el tratamiento de ese tipo de enfermedad.

Existen investigaciones como la de Gorini, Griez, Petrova y Riva (2010), en Milán (Italia), que estudian la realidad virtual para el tratamiento de los TCA ya que es un recurso que permite tener un mayor control de las situaciones, una observación directa, y en tiempo real, de un mayor número de respuestas, con mejor medición, en un entorno más seguro y adaptable a las necesidades de los pacientes; el estudio comprobó que los estímulos virtuales son tan eficaces como los estímulos reales, y más aún que las fotografías, al inducir ansiedad y contrastar las reacciones emocionales a la comida real, a la realidad virtual de alimentos y fotografías de los alimentos en dos muestras de los pacientes afectados, respectivamente, por anorexia y bulimia nerviosa en comparación con un grupo de sujetos sanos, usando, entre otros recursos, el cuestionario STAI de ansiedad, llegando a la conclusión a corroborar que: “los estímulos virtuales muestran que son efectivos como los reales y más eficaces que las imágenes estáticas, en la generación de respuestas emocionales en pacientes con anorexia y bulimia” (Gorini, Griez, Petrova, Riva, 2010:30).

En un estudio más actual, Cardi, Krug, Perpiñá, Mataix-Cols, Roncero y Treasure (2012) describieron el uso del programa de realidad virtual desarrollado para facilitar la exposición a la alimentación como un complemento al tratamiento para una paciente de 21 años con Anorexia, con muy significativos resultados del estudio en la paciente que no informó de ningún pensamiento o miedo a perder el control; la ansiedad, el miedo y la culpa relacionados con la alimentación también disminuyeron significativamente. La paciente aumentó el consumo de alimentos en la vida real y sus relaciones familiares y sociales también mejoraron. Finalmente, su estado de ánimo cambió considerablemente y su autoestima y confianza, aumentó. Los síntomas alimentarios, la depresión y la ansiedad se diluyeron.

Estos estudios ponen en evidencia que la Realidad Virtual y los videojuegos pueden ser terapéuticos al ser recursos útiles en el tratamiento de la anorexia que permiten que los pacientes afronten mejor su enfermedad.





Reseñaremos también distintos congresos de investigación celebrados en Madrid entre 2014 y 2016 que vinculan las nuevas tecnologías y la salud. En concreto, el *I Congreso Nacional de eSalud*, celebrado en mayo de 2014 cuya información aparece en la página web del encuentro: <http://laesalud.com/congreso/juegosdesalud/> y fue referente de eventos relacionados con las tecnologías aplicadas a la salud gracias a la calidad de sus ponentes, el interés de los juegos presentados, la variedad de los temas, así como la amplia participación de instituciones y profesionales del sector sanitario y tecnológico. Además tuvo un gran éxito en redes sociales, pues el hashtag utilizado, *#juegosdesalud*, llegó a convertirse en *trending topic* en España y en el segundo de salud en el mundo. ([www.laesalud.com](http://www.laesalud.com)). Debido al éxito inicial, el evento cuenta ya con otras dos ediciones posteriores el *II Congreso Nacional de Juegos de eSalud en 2015*, en el que mostraron las últimas innovaciones en el uso de videojuegos en relación con la salud para: inculcar hábitos saludables a la población, rehabilitar a pacientes y formar a los profesionales sanitarios, y el *III Congreso Juegos de salud*, el 3/4 noviembre de 2016

Tal es la repercusión de las nuevas tecnologías en la salud, se ha acuñado un término que comienza a estar cada vez más presente entre las palabras clave de los artículos de investigación: *gamificación* que, como especifica Gómez (2015:142), “actualmente en países hispanohablantes se ha suscitado un debate sobre la utilización del anglicismo *gamificación* o utilizar el vocablo latino *ludificación*”.

Zichermann y Cunningham (2011:11) abordan el concepto *gamificación* en su obra *Gamification by Design*, y la definen como: “un proceso relacionado con el pensamiento del jugador y las técnicas de juego para atraer a los usuarios y resolver problemas”.

Según apunta Escribano (2013:58), quizá la primera vez que escuchamos sobre la Gamificación fue durante la charla sobre “salvar el mundo jugando a videojuegos” de la mano de Jane McGonigal, precursora de la Gamificación a través de su libro *Reality is Broken*.

La **ludificación** podemos considerarla, por tanto, como la utilización de las potencialidades, recursos, metodologías del juego, en ámbitos no necesariamente lúdicos, para potenciar la motivación, adquirir hábitos como la concentración, el esfuerzo, alcanzar objetivos y multitud de valores positivos comunes a los juegos. Es una estrategia novedosa para influir y motivar a grupos de personas. Es aplicada a numerosos ámbitos: escolar, empresa, sanitario, etc.

Acorde con este apartado, Prieto, Díaz, Sanz y Martín (2014), dan una definición más específica de gamificación, relacionándola con las nuevas tecnologías y los videojuegos: “la gamificación es la aplicación de elementos conceptuales propios del diseño de videojuegos a entornos distintos del juego”





<b>RESUMEN de ESTUDIOS SOBRE INICIATIVAS TERAPÉUTICAS</b>		
<b>A) OCUPACIONALES</b>		
<b>2 - NUEVAS TECNOLOGÍAS: Videojuegos y Aplicaciones</b>		
<b>Autor/es</b>	<b>Año</b>	<b>Propuesta/Resultado</b>
<b>Valdés (con programa <i>CurArte</i>)</b>	2005 T.D.	Vinculación de los servicios pediátricos del hospital con el Museo Pedagógico de Arte Infantil, para el desarrollo de la capacidad artística y creativa del niño hospitalizado. Refiere iniciativas On-line de asociaciones y fundaciones extranjeras.
<b>Jeffrey, Kim, Kant, Joseph y Rizzo</b>	2006	Estudio comparativo en dos grupos mediante tratamiento de distracción con juego de realidad virtual ( <i>Street Luge</i> ); más dolor en el grupo de no participantes.
<b>López</b>	2006 T.D.	Defiende el uso de la videoconferencia en pacientes de discapacidad visual (oncológica) en estudio realizado en el HMI Virgen de las Nieves, de Granada.
<b>Miró, Nieto y Huguet</b>	2007	Los videojuegos reducen el dolor quedando en un segundo plano de consideración/percepción.
<b>Gorini, Griez, Petrova y Riva</b>	2010	Estímulos virtuales en pacientes con TCA, tan válidos como los materiales para la generación de respuestas emocionales
<b>Perandones</b>	2011 (a)	Videojuego terapéutico sobre temática, situaciones y personajes de hospital. ( <i>Aventuras en el hospital</i> )
<b>Perandones</b>	2011 (b) T.D.	Relaciona videojuegos del ámbito de la salud, con la Educación Artística. Con los videojuegos disminuye la terapia farmacológica al reducir el dolor: "anestesia virtual"
<b>Li, Chung y Ho</b>	2011	En niños hospitalizados por cáncer, en Hong Kong, con mejora del grado de tristeza y síntomas depresivos.
<b>Fonseca</b>	2011	Diseño de software para atención didáctico-lúdica de menores hospitalizados (8/12 años) ( <i>Aprendo en el hospital</i> )
<b>Cardi, Krug, Perpiñá, Mataix-Cols, Roncero y Treasure</b>	2012	Aplicación de realidad virtual como complemento a tratamiento de anorexia.
<b>Faguñó, Santamaría, Forcāno, Giner Bartolomé, Jiménez Murcia, Sánchez y Lam</b>	2013	Videojuego que reduce ansiedad y mejora síntomas en pacientes de bulimia nerviosa ( <i>Playmancer</i> )
<b>Gómez</b>	2015	Debate entre el anglicismo gamificación y el término latino ludificación
<b>Antequera y Dominguez</b>	2015	Estimular emociones positivas con <i>Minecraft</i> , (construcción de "hospital ideal"), en Extremadura
<b>Cabas, Velázquez, Romero y Cadavid</b>	2016	Estudio comparativo de la actividad artística de coloreado y de videojuego; ambas de efectos beneficiosos sobre el dolor, pero mejores resultados en el grupo de videojuego.
<b>González</b>	2017	Varios videojuegos para mejorar socialización y actividad física del menor hospitalizado.

Tabla 2.03 Estudios de Iniciativas Terapéuticas Ocupacionales. Nuevas Tecnologías. (Síntesis de la autora)



### 2.1.1.3 HUMOR

---

Al ser el humor uno de los pilares básicos de este trabajo, además de dedicarle una parte de la investigación teórica (el Capítulo 4 completo) hemos hecho referencia a multitud de estudios sobre él, a lo largo de los demás capítulos, incluidos los de la parte empírica. Por tanto, ha quedado suficientemente definida la situación, según los estudios y tendencias actuales que hemos podido acceder, por lo que no estimamos relacionarlas de nuevo aquí.

Sí queremos referenciar a uno de los personajes pioneros que trabajó como Doctor Sonrisa apostando por el valor terapéutico del humor, Patch Adams y que ahora nos honra con un nuevo trabajo publicado en el libro titulado “¡Salud! El tratamiento del dolor con la alegría y el amor” (2007).

### 2.1.1.4 ACTIVIDADES ARTESANALES

---

La investigación de Martins, Ribeiro, Hirooka de Borba y Vieira da Silva (2001) deja patente la cualidad terapéutica del arte, al relatar la experiencia de actividad creativa, en la que uno de los pacientes que le dolía la cabeza, al pintar unas conchas, parecía olvidar el dolor y tomó parte en el momento lúdico de manera alegre. También, desde nuestra propia experiencia, hemos constatado numerosos hechos similares durante el desarrollo del Proyecto “Vuelo de Ilusiones” y sus diferentes talleres que están descritos en ese capítulo, también como parte de una actividad artesanal: cometas con palillos de madera e hilos de colores.

Las creaciones artesanales, como actividades lúdicas y laboriosas que son, requieren de “tiempo”, algo que parece dilatarse en el contexto hospitalario y de enfermedad, y generan “satisfacción” por el resultado emocional en esas circunstancias de hospitalización, y la necesidad de conseguir bienestar. Son numerosas y diversas las asociaciones de voluntarios y las iniciativas particulares, las que se llevan a cabo en ese entorno para realizar actividades manuales.

De acuerdo con Bermudez y López (2012:224) “existe una necesidad de profesionalizar la animación hospitalaria, sin que ello suponga prescindir de las valiosas aportaciones del voluntariado”.

Según el estudio de Valdés Sánchez (2011) en el que analiza las actividades de juego que realiza el niño hospitalizado, la segunda actividad que suelen hacer cuando están ingresados, por detrás de ver la televisión, es “jugar”. Un tipo de actividades lúdicas a realizar son las llevadas a cabo por los voluntarios, que suelen dedicar 2 o 3 horas a la animación y las desarrollan de distinto tipo, entre las que se encuentran, en segundo lugar de la lista de juegos (por debajo de “juegos recreativos”) con un 41.8 % de casos, las actividades plásticas.



Con frecuencia las manualidades suelen ser una fuente para recaudar fondos para paliar enfermedades, como es el caso de una muy reciente iniciativa, que también “se teje entre hilos” y cuyo origen recuerda al de “Vuelo de Ilusiones”, es la llevada a cabo en 2016 llamada “Pulseras Candela”, que ha sido creada por una paciente oncológica de 8 años, ingresada en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona, que comenzó a hacer pulseras que una voluntaria le enseñó, y que la menor comenzó a hacer otras pacientes, decidiendo venderlas para recaudar fondos contra el cáncer. Surge así, casi sin pretenderlo, como pone de manifiesto Rovati (2017), una de las mayores campañas solidarias en España (...) las pulseras 'Candela' han conseguido recaudar un millón de euros para la investigación del cáncer infantil (...) Se elaboraron y vendieron más de 274.000 pulseras (...) Tras un trasplante de medula, Candela, que ha cumplido 11 años, ya hace vida normal”.

Un estudio más reciente y español es el de Mera, Avilés, Doménech, Más, Soler, Llorens y Bohigues (2014:143) en el que recoge y evalúa la influencia de una serie de talleres artesanales que llevó a cabo un equipo de enfermería, adecuados a cada una de las patologías del grupo de niños enfermos participantes. Así se hizo elaboración de mandalas, utilizando ceras de diferentes colores, para menores con trastornos psicóticos; confección de pulseras con distintas técnicas, para pacientes con trastornos depresivos; taller de cerámica indicado en fases de descompensación de trastornos esquizofrénicos; taller de elementos decorativos y elaboración de murales, relacionados con la estación del año o festividades. Durante la realización de los talleres se usó música relajante para conseguir un ambiente tranquilo y fomentar la concentración del paciente. Como resultados, se consiguió estimular la destreza en las distintas técnicas creativas que ayudaron al paciente a abstraerse de sus pensamientos, se alcanzó la motivación necesaria del paciente para lograr un proyecto personal único, aumentando su grado de autoestima, confianza en las propias capacidades y su tolerancia a la frustración. Se logró evitar el aislamiento, mejorar el desarrollo y coordinación manual y crear un hábito de trabajo. Como conclusión, este estudio considera que, con las terapias grupales, se fortalece la relación terapéutica entre el paciente y el profesional.

Otra investigación similar, estructurada en distintos talleres, llevada a cabo por profesionales educadores y artistas, es la propuesta “Habitando la Ciber”, vinculada al proyecto *CurArte* y realizada en el Hospital Doce de Octubre, de Madrid. La estructura y contenidos de los distintos talleres de este estudio, que gira en torno al concepto “habitar”, está dividida en tres partes o bloques temáticos relacionados con ese concepto. Así, un primer bloque versará sobre el término “ESPACIO”, en el que los participantes harán distintos tipos de construcciones para crear “lugares donde vivir” con bloques de madera y plástico de juguete y con la técnica de la papiroflexia crearán los habitantes de esos lugares.

En un segundo bloque se trabajará el “TIEMPO” en la que elaborarán un conjunto de actividades sobre la memoria, el recuerdo y los sueños y usando también recursos como cuentos, intercambiado objetos y reflexionado los sueños que se recuerdan. Como



actividades artesanales en este bloque han participado en el “bazar mágico de postales” en el que debían colorear fotografías en blanco y negro que llevaran de sus casas. Además hicieron intercambio de cromos, sus propios diseños y un atrapasueños que colgaron en el techo de la ciber@ula.

En el último bloque, “HABITANTES”, tuvieron que crear personajes inventados a partir del relato, finalizando la propuesta con la elaboración de marionetas para crear distintos personajes. El estudio concluyó poniendo de manifiesto, que el arte tiene mucho que hacer/decir en el trayecto hacia el bienestar de los pacientes, considerando beneficiosa la experiencia como aprendizaje bidireccional ya que consideran las herramientas artísticas, como un motor de expresión, comunicación e interacción con el entorno más cercano de los niños hospitalizados y de sus familias.

### 2.1.2. B) INICIATIVAS ARTÍSTICO-EXPRESIVAS

Cada vez son más numerosas las propuestas que, desde la disciplina artística, se vinculan al entorno hospitalario. Desde la investigación, en un intento de revisar, ordenar y sistematizar las acciones llevadas a cabo, se han generado unas publicaciones que consideramos claves: se trata de “Arte en contextos de Salud” (Monográfico de la Revista Arte, Individuo y Sociedad), publicado en 2011 y “Art en contextos sanitaris”, publicado por Trans Art Laboratori, en 2009.

Posiblemente, una de las primeras iniciativas artístico expresivas de su categoría, y novedosa en su momento por ser un proyecto didáctico original, fue la puesta en marcha de la revista “La pecera” del Aula Hospitalaria de Guadalajara, creada en el curso 1994/95, donde cada uno de los pacientes pediátricos cuentan, con distintos recursos (textos, dibujos...), sus vivencias durante la estancia en el hospital, proyecto que sigue vigente en la actualidad.

De acuerdo con Ávila (2014), las iniciativas artístico-expresivas actualmente, se están llevando a cabo desde distintos ámbitos: hospitales, asociaciones, museos, grupos de investigación o instituciones de carácter público y privado. Una de las apuestas de mayor relevancia que ha promovido multitud de iniciativas y estudios, de diverso tipo, en los hospitales de España, en torno a las posibilidades de mejora de los niños y adolescentes hospitalizados, a través del juego, la creatividad y el arte, es el Proyecto Interuniversitario *CurArte*, amparado por la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad de Salamanca, que están desarrollando una serie de investigaciones que apuestan por la promoción del juego, la educación artística y la creatividad, como recursos de salud.

Se presentan en el Tabla siguiente (2.04), una recopilación de las investigaciones que ha llevado a cabo el proyecto *CurArte*.



RESULTADOS PROYECTO <i>CurArte</i>		
Años 2004 - 2012		
Autor/Año	Intervención / Perfil paciente	Lugar
Ávila, 2005	Talleres de creatividad y educación artística con material de juego creativo. <b>Niños</b>	Hospital Univ. Gregorio Marañón, de Madrid. Hospital Universitario, de Salamanca
Albar, 2005	Talleres de estampación no tóxica (tintas al agua, cartones, papel, acetatos). <b>Niños y adolescentes</b>	Hospital U. Gregorio Marañón, de Madrid
Perandones, 2011	Talleres de Creación de Videojuegos a partir del Software <i>Game Maker</i> . <b>Niños y adolescentes</b>	Hospital Univ. Gregorio Marañón, de Madrid Hospital U. 12 de Octubre de Madrid
Moreno, 2011	Talleres de arte con materiales hospitalarios: mascarillas, betadine, vendas, botes de análisis de orina, envases de jeringuillas, sábanas. <b>Niños y adolescentes</b>	Hospital Univ. Gregorio Marañón de, Madrid. Hospital U. 12 de Octubre de Madrid
Zapatero, 2011	Talleres de tuneo y customización para generar un prototipo figura humana, para ser intervenida posteriormente a partir de diferentes técnicas artísticas. Realizado en los siguientes materiales: Madera dura, Madera blanda, Cera de modelaje, ABS, Polyacetel. La figura humana se concibe como muñeco articulado que se podrá variar a través de intervenciones plásticas y además servirá como soporte para generar piezas audiovisuales. <b>Niños y adolescentes</b>	Hospital Univ. Gregorio Marañón, de Madrid. Hospital U. 12 de Octubre de Madrid
Atúnez, 2011	Talleres de Cine y Animación en el Hospital. Maletín para el desarrollo de piezas de animación audiovisual. <b>Niños y adolescentes</b>	Hospital U. Gregorio Marañón de Madrid Hospital U. 12 de Octubre de Madrid
Pascale, 2007 Acaso, 2011 Megías, 2011 Megías, 2012	Talleres de Creación Contemporánea y Programa de Artistas Emergentes en el hospital. <b>Adolescentes</b>	Hospital U. Gregorio Marañón de Madrid Hospital U. 12 de Octubre de Madrid
Cano, 2011 Cano, 2013	Programa de Arte y Participación en el Hospital, para dinamizar la Biblioteca de pacientes del Hospital a partir de sesiones y diálogos sobre arte con pacientes, personal, familiares. <b>Adultos</b>	Hospital U. 12 de Octubre de Madrid
Ullán, 2011 Ullán, 2013	Programa de Arte <b>Mayores</b> con Alzheimer y otras demencias. Taller de Técnicas fotográficas alternativas, fotografía digital	Centro de Referencia Estatal de Alzheimer. CRE Salamanca
	Programa de Talleres para dinamizar la Ciber@ula del hospital con niños hospitalizados. Para estudiantes de Bellas Artes y Educación	Hospital U. 12 de Octubre de Madrid

Tabla 2.04 Investigaciones Proyecto *CurArte* (2004-2012) a partir de la síntesis de Ávila (2014:87-88)



Las propuestas artísticas en el ámbito hospitalario, aunque múltiples y diversas, pueden agruparse según metodologías y planteamientos:

- **Construcción con material hospitalario:** Hay distintos estudios que abordan experiencias de construcción de juguetes o piezas artísticas con material sanitario. (Valladares y Carvalho, 2005; de Lione Melo, 2010; Moreno, Abad, López, 2011; Gutiérrez, Megías, García, 2012) y llegan a la conclusión de que estas intervenciones constituyen un medio para canalizar, de manera positiva, los efectos negativos de la hospitalización, además de proporcionar una actividad de disfrute.

Citaremos por otro lado la investigación de Megías, Gutierrez y Nuere (2011), donde se recoge el *Proyecto House* que, específicamente no implica la manipulación física de material hospitalario, pero sí una elaboración simbólica a través del material plástico de los elementos de un hospital, ya que invita a los participantes a crear y construir la maqueta de cartón de su “hospital ideal”, “un hospital a su medida”. Esta propuesta es llevada a cabo con niños entre 5 y 12 años hospitalizados en el Hospital Universitario 12 de Octubre, de Madrid.

En la misma línea se hace referencia a un proyecto anterior, que aunque se inició hace algunos años, es bastante significativo y original. Surgió en Italia entre 2003-2004 promovido por la *Asociación Dash Missione Bontà*, en la campaña “Hospital amigo”, que repartió más de 150.000 Kit artísticos a los niños hospitalizados en 110 hospitales. Se les propuso que diseñaran, dibujaran y colorearan, a mano alzada en un álbum, patrones ideales de los uniformes de los médicos y enfermeras. Entre los más de 2.800 dibujos recibidos, 50 fueron llevados a cabo y se mostraron en un desfile de la exposición anual de la moda *Pitti Bimbo*, en julio de 2004 (Tonucci y Renci, 2004).

- **Desarrollo de actividades creativas con técnicas artísticas:** Pascale (2007) llevó a cabo y evaluó una serie de talleres creativos en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid. Las propuestas estaban relacionadas con el graffiti, pintura mural, collages, Storyboard, videoclip musical etc. que obtuvieron una calificación muy positiva por parte de los pacientes que manifestaron sentirse bien, a gusto y con relajación en ellos. Dentro del Programa CurArte se han llevado a cabo bastantes iniciativas que se pueden observar en la Tabla 2.04.

En esta misma línea, mencionaremos que semanalmente en Murcia, existe el Proyecto de Expresión Plástica llamado “Los Martes con Arte” que propone una actividad lúdico-formativa relacionada con el Arte y la creatividad, para potenciar el bienestar de los niños hospitalizados en el Hospital Virgen de Arrixaca.



- **Expresar vivencias del hospital:** Puesto que la actividad artística tiene un carácter lúdico que favorece la expresión de sentimientos, existen proyectos específicos que tienen como objetivo relatar la experiencia de los niños hospitalizados o enfermos. Así, el estudio de Panez (2012), recoge las vivencias de los menores ingresados desde sus dibujos y testimonios, haciendo especial énfasis en la capacidad de resiliencia de esos pacientes. En otra investigación más específica y actual, Ferrero, Gutiérrez y Malchiodi (2014) tienen como objetivo indagar los efectos traumáticos generados por el cáncer en la subjetividad de los niños y su expresión a través del cuento y del dibujo. El análisis de los dibujos y cuentos reveló que existían unas temáticas reiterativas sobre a) fantasías de enfermedad y curación, b) el tratamiento como un trayecto, c) la lucha por sobrevivir, d) cambios en la imagen del cuerpo, e) importancia de los vínculos. Este estudio llega a la conclusión, que las creaciones artísticas se convierten en medios privilegiados de comunicación y expresión. Citaremos también el estudio de Barquier y Carmona (2010) que, aunque está realizado con una muestra pequeña, es relevante por estar realizado en Granada. En él exponen una experiencia educativa y terapéutica, realizada por el equipo de atención psicológica del *Programa de Atención y Animación Infantil* de la Asociación contra el Cáncer de Granada. Se trata, en concreto, del uso del dibujo en un entorno de tratamiento psicológico y llega a la conclusión del gran potencial y confluencia entre la Psicología y Educación Artística, que debe ser utilizado entornos de atención terapéutica infantil.

Algunos de estos proyectos e investigaciones han tomado forma de libros:

“Desde mi cama del Hospital” (2001-2002), que aunque no se trate de una publicación demasiado reciente, es de valioso interés por su calidad expresiva y originalidad del proyecto. Se trata de un par de libros editados la Asociación Infantil Oncológica, de la Comunidad de Madrid (ASION), que recogen los dibujos de niños hospitalizados. El primero de ellos, sólo tiene dibujos de niños oncológicos de 3/16 años en los que expresan como ven la enfermedad, sus circunstancias, qué piensan, y están clasificados por temáticas (mi hospital, mi autorretrato, qué quiero ser de mayor...). El segundo libro publicado reúne los trabajos de varios concursos de dibujo, también organizados por ASION, de niños de 2/17 años, de varios hospitales de Madrid, que dibujan su situación y varios aspectos de la vida.

“A través de mi cámara” (2011), editado también por (ASION), recoge el fruto de las clases teóricas y prácticas que han recibido los pacientes hospitalizados y que contiene decenas de imágenes tomadas en varios hospitales madrileños. Incorpora textos de enfermeras, pacientes y familiares sobre la rutina hospitalaria y de la enfermedad.

“Granada con letra Infantil” (2010), llevado a cabo en el HMI Virgen de las Nieves, de Granada, con dibujos de los menores hospitalizados sobre sus pueblos y ciudades natales que iban acompañados de un pequeño texto sobre el lugar.





### **2.1.3. C) PREPARACIONES E INICIATIVAS ASISTENCIALES**

Los niños pueden sentirse alterados, de acuerdo con Cárdenas (2012), por el temor a las curas, las batas blancas, la toma de medicamentos, el dolor, los instrumentos y procedimientos médicos y “en algunas ocasiones el niño puede llegar a presentar ansiedad anticipatoria a los procedimientos médicos que se manifiesta por las náuseas, erupciones cutáneas, insomnio o llanto” (p.15), o con la pérdida de las características típicas de su infancia. Es necesario trabajar en la recuperación de la capacidad lúdica, más aún cuando son necesarias esas intervenciones médicas que impone la enfermedad y son tan necesarias para el tratamiento, como temidas y de aceptar por los menores. Se mencionan y clasifican a continuación una serie de iniciativas asistenciales, puramente clínicas, para preparar emocionalmente al menor, y que tienen que ver con el cuidado lúdico del paciente.

#### **2.1.3.1 LÚDICO-EMOCIONAL ANTE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS INVASIVOS**

Como ya apuntan García y de la Barra, (2005:238) “las técnicas de terapia de juego han resultado ser muy útiles para la preparación, comprensión y aceptación de procedimientos médicos y quirúrgicos” y que, con anterioridad, habían referenciado Rae, Worchel, Upchurch, Sanner, y Daniel, (1989:618):

“Con frecuencia, el juego terapéutico se utiliza como una intervención en el hospital para mejorar los problemas de afrontamiento (...). El juego se atribuye a ayudar a los niños a recuperar el control, expresando sentimientos de ansiedad, obtener información sobre los procedimientos hospitalarios, prepararse para los eventos médicos, y la transformación de los niños de actitud pasivo a ser pacientes activos”

En un reciente estudio, Ortigosa, Méndez y Riquelme, (2007:51) aportan algunas cifras del uso de este tipo de técnicas en Estados Unidos y España:

“Sabemos que en Estados Unidos el 33% de los hospitales generales preparan a los niños a la hospitalización mientras que la totalidad de los hospitales pediátricos aplican algún procedimiento de preparación a la cirugía. Respecto a España los datos disponibles se refieren únicamente a la hospitalización quirúrgica, en donde el porcentaje de implantación de la preparación psicológica es bajo, pues sólo un 12% de hospitales con cirugía pediátrica, prepara para esta experiencia. Los motivos aducidos para no aplicar programas estructurados son de orden práctico (falta de recursos humanos, materiales o económicos) pues se reconoce la necesidad y utilidad de la preparación”.





Aunque sin profundizar en ellas, si citaremos la principales técnicas de preparación psicológica que se están empleando actualmente y que Torres, Saldívar, Beltrán, Vázquez y Navarro (2011) detallan en su estudio: **modelado, recorrido hospitalario, juego médico, dibujo, distracción al respirar, relajación, “robot-muñeco de trapo” y entrenamiento a padres.**

Sí destacaremos algunos autores y sus investigaciones, para conocer la evolución al estado actual del uso del juego en el ámbito asistencial médico/sanitario, en diferentes casos y circunstancias:

- **Cura de herida por cirugía reciente:** Kiche y Almeida (2009), lo utilizan antes y después de la una cura de la herida por cirugía reciente, obteniendo como resultados una mayor aceptación del procedimiento, y una reducción del dolor después del juego terapéutico
- **Punción venosa:** Martins, Ribeiro, Hirooka de Borba, Vieira da Silva (2001) estudiaron la influencia de los juegos terapéuticos para preparar a los niños en edad preescolar que serían sometidos a punción venosa. Los niños que fueron sometidos a la sesión con juguete, fueron más cooperativos durante la misma; comprendieron la necesidad y la técnica de los procedimientos; exteriorizaron sentimientos; elaboraron situaciones familiares y hospitalarias y empezaron a relacionarse mejor con los otros niños y con el equipo de enfermería. Por eso, este estudio considera que éste protocolo es factible, útil y bueno para integrarse el plan de atención de enfermería a los niños hospitalizados.
- **Intervención dolorosa de punción lumbar y aspiración de médula ósea:** Favara-Scacco, Smirne, Schilirò y Di Cataldo (2001) utilizaron el juego, junto con otras técnicas (diálogo, visualización, dibujo...), en una intervención dolorosa de punción lumbar y aspiración de médula ósea teniendo como efecto calmar a los niños, activar en ellos procesos de pensamientos alternativos que apartaban su atención de una realidad médica difícil de aguantar, clarificando su concepto de la enfermedad, ofreciendo control sobre la sensación de amenaza, permitiendo la expresión de la confusión y los miedos, facilitando la aceptación y reconciliación con los cambios del cuerpo.
- **Situación del portador del Port-a-Cath:** Abundando en la investigación que ya realizara Caseell (1965), en niños de 3/11 años en la **cirugía del cateterismo cardíaco**, posteriormente Ribeiro, Coutinho, Araújo y Souza (2009), pretenden comprender la vivencia del paciente niño oncológico, de ser portador de *Port-a-Cath*, para propiciarle alivio a través del Juego Terapéutico Dramático. Se pudo constatar que los procedimientos intrusivos generan ansiedad, preocupación, miedo y dolor a los niños, a pesar de que éstos reconocen la importancia de los procedimientos y medicamentos, así como las ventajas de la utilización del *Port-a-Cath*, pero que, a pesar de todo, pero es fuente de ansiedad, limitaciones y preocupaciones, especialmente las relacionadas con el riesgo de infección. Las dudas quedaron confortadas y aliviadas por el hecho de jugar y los niños se sintieron felices.



- **Venopunción:** Medeiros (2009) centra su investigación en un procedimiento doloroso invasivo, sencillo (y no por ello menos temido) y a la vez, más frecuente en el hospital: la venopunción, aplicando el juego como un modo de preparación del niño antes de practicársela. Se lleva a cabo un juego de dramatización previo a intervención real con niño, con muñecos y material hospitalario real a los que se le aplicará la venopunción. Esta técnica la confirmarían después Ribeiro, Sabatés, Ribeiro (2001:421), afirmando que: “el juego terapéutico ayuda en la comunicación enfermera-niño durante la preparación para un procedimiento doloroso. Muñecas, agujas y jeringas son objetos útiles para ayudar al niño a comprender una experiencia como la venopunción y obtener un cierto control en sus emociones”.
- **Vía endovenosa:** Gómez y Jerez (2013), en una reciente y novedosa investigación llevada a cabo en el Hospital de Materno Infantil San Juan de Dios, de Barcelona, que fue premiada a la mejor comunicación del *9º Congreso Asociación Catalana de Enfermería Pediátrica* analizan las técnicas de distracción para retirar la vía endovenosa, concluyendo que, la realización de pompas de jabón por parte del niño durante la retirada del catéter endovenoso, ha permitido disminuir el impacto que tiene en él este procedimiento invasivo. Esta iniciativa innovadora, también ha permitido explorar otras dimensiones en la comunicación con el paciente y la familia, siendo la intervención percibida por el niño como un juego. Orgilés Amorós, López, Espada y Méndez (2006) ya apuntaban, de manera teórica, este método, afirmando que las técnicas de respiración (soplado una pelota de ping pong, tocando un instrumento musical de viento tipo flauta o similar, hacer pompas de jabón) son adecuadas para conseguir, de una manera lúdica, la relajación de los niños ante el pinchazo que genera en esta intervención.
- **Tratamiento quirúrgico:** Fontes, Mondini, Moraes, Bachega, y Maximino (2010) investigan el uso de juguetes como recurso terapéutico para aliviar las tensiones reales e inconscientes del niño en relación con la hospitalización para el tratamiento quirúrgico. Los recursos utilizados fueron: la narración, la dramatización y la demostración de las intervenciones de enfermería con títeres vestidos con atuendo quirúrgico común del equipo médico del hospital (guantes, bata quirúrgica, mascarilla...). Concluye que, el juego participativo permite que los niños interactúen en el ambiente hospitalario, para que puedan expresar sus sentimientos y emociones y contribuyendo a la asistencia hospitalaria humanizada. En la misma línea existen otras investigaciones, que llevan a cabo distintas intervenciones para evaluar y reducir la ansiedad antes de la cirugía y otros procedimientos para la mejora de la salud. (Oltra 2013).
- **Cirugía dental:** Desde hace tiempo, Albino y Tedesco (1983), estudiaron el efecto beneficioso con terapias de juego en la preparación preoperatoria sobre la reducción del estrés en niños hospitalizados para cirugía dental bajo anestesia general. El estudio llegó a la conclusión, de que el grupo de terapia de juego relacionado fue más cooperativo, también tuvo menos estrés y molestias que el grupo de control. Los resultados sugieren que la



terapia lúdica relacionada con los procedimientos hospitalarios y quirúrgicos puede aliviar el estrés y la ansiedad en niños de 3 y 4 años de edad.

- **Cirugía cardíaca**: Es importante destacar el estudio español, de Díaz, Sánchez y Ramírez (2003), llevado a cabo con 51 niños hospitalizados para cirugía de corazón evaluando la influencia y el impacto en los niveles de estrés y dolor antes y después de la intervención quirúrgica hospitalaria, de un programa lúdico-didáctico que incluía juegos de mesa, adaptados con los procedimientos que se realizan en la terapia posquirúrgica, la proyección de un video de técnicas relacionadas con el tratamiento en el servicio de recuperación, un juego gramatical con palabras usuales de quirófano y terapia intensiva y por último, el juego de memoria en el que identifica al personal del equipo multidisciplinario y su función en los dos servicios mencionados. Llega a la conclusión de que los niños que recibieron preparación preoperatoria con la metodología didáctica propuesta manifestaron un nivel de estrés menor, que los que recibieron la preparación habitual.
- **Procedimientos diversos**: El estudio de Rae, Worchel, Upchurch, Sanner y Daniel (1989), llevado a cabo con 61 niños de 5 a 10 años de edad, que investigó los efectos del juego sobre el ajuste psicosocial de 46 niños hospitalizados por enfermedad aguda o evaluaciones diagnósticas que requieren una hospitalización de, al menos, dos semanas, por lo que incluían una amplia variedad de actuaciones de intervención quirúrgica breve (amigdalectomía, cirugía ortopédica, reparación de hernias) y tratamiento de enfermedades infecciosas agudas, que no amenazan la vida). El resultado principal fue, que los niños en el grupo de juego terapéutico mostraron una reducción significativamente mayor en los temores relacionados con el hospital; además, pudo concluir, que el juego de fantasía fue el elemento que ayudó al niño a lidiar con los temores. Las intervenciones focalizadas en el juego también han sido eficaces para reducir la ansiedad.

En la misma línea Ullán, Fernández, Badia, Lorente, Fernández y Hernández (2011) comprobaron el efecto sobre el dolor postoperatorio pediátrico de un programa de promoción del juego en el hospital, concluyendo en su estudio que, los niños manifiestan menos dolor postoperatorio si, a través del juego, se promovía su distracción durante ese período. En estos casos se aprecia que el juego es un estrategia eficaz para preparar a los menores a los procedimientos médicos, porque al aportar familiaridad, hace que disminuya su ansiedad y se reduzca el estrés físico y emocional, no sólo al niño, sino también el equipo sanitario (LeVieux-Anglin, 1992). También el juego alivia el dolor porque al ser una técnica distractora que se vale de recursos como muñecos, juguetes, cuentos, técnicas de respiración, que causan una sensación agradable, permiten retirar la atención de la fuente de dolor y dirigirla a otro tipo de estimulación, así se altera la percepción sensorial del dolor que también disminuye porque reducirse la ansiedad también es menor la tensión de los músculos y mayor la relajación.



- **Apoyo con Payasos de Hospital:** Aunque las investigaciones sobre terapia con payasos de hospital se abordan ampliamente en el Apartado 4.13 de esta Tesis y en él presentaremos un importante número de estudios sobre el particular, se considera conveniente citar aquí tres investigaciones sobre este tipo de intervención lúdica, por concretar el actual estado de dicha cuestión. Así, recordaremos un trabajo español reciente (Ortigosa, Gutiérrez, Astilleros, Sánchez y Riquelme, 2011), -que detallamos en dicho apartado- y otros dos estudios más actuales que realizan, Ponsell, Chellew y García (2014): por un lado, uno con una muestra de 61 niños de entre 3 a 12 años hospitalizados para evaluar la influencia del payaso de hospital sobre el malestar psicológico de los niños y niñas que van a ser intervenidos quirúrgicamente cuyo resultado observó, que los payasos de Hospital, no tuvieron efecto inmediato significativo en el malestar de los niños, sin embargo, si se comprobó que las conductas desadaptativas de los menores disminuyeron una semana después de la intervención. Además concluyeron que los pacientes que tenían entre 9 y 12 años y recibieron visitas de los payasos, mostraron una disminución significativa del malestar. En el segundo estudio planteado, en la misma investigación, llevado a cabo con un total de 165 niños de entre 3 y 13 años para medir el efecto de los payasos de hospital en la reducción del malestar emocional ante procedimientos médicos dolorosos, en concreto las extracciones sanguíneas o procedimientos de punciones venosas realizados en el hospital, concluyó que ese tipo de intervención, basada en el humor, aumentaba de forma significativa el bienestar emocional de los niños que eran sometidos a ese procedimiento médico.

### 2.1.3.2 DE AFRONTAMIENTO LÚDICO DE LA SITUACIÓN

Sin necesidad de que exista una intervención médica en el niño, el sistema sanitario tiene recursos para una mejor atención hospitalaria más centrada en lo atractivo, alegre y lúdico, por lo que estamos de acuerdo con Lemos Pereira, Andrade y Andrade, (2010:950), cuando afirma que “el cuidado a través del juego, es la forma más eficiente de asistir a un niño hospitalizado”.

Podríamos decir, que el juego *alimenta* la salud en el ámbito sanitario, sin embargo, haciendo un paralelismo metafórico de esa afirmación sobre la “nutrición”, y partiendo de las conclusiones de un reciente estudio que se llevó a cabo desde la Universidad de Granada (Rodríguez, Cambil, Hidalgo, de Pinedo, 2012) en el que se analizaba la adecuación a las necesidades nutricionales de los enfermos en las peticiones específicas de comida que ellos hacían, con las recomendaciones existentes al respecto, se puede afirmar, desde el ámbito del cuidado, que la dieta hospitalaria, en concreto, en el área de oncología infantil, “no es equilibrada puesto que se compone de un exceso de dulces, proteínas cárnicas y grasas saturadas, siendo pobre en frutas, verduras y legumbres. Lo que hace necesaria una intervención” (p.70). El aspecto estético de los platos de los menús hospitalarios no resulta



demasiado atractivo; así, el momento de la comida no es especialmente estimulante, por lo que también tendría que ser un aspecto a cuidar desde la institución, para que lo lúdico esté presente, lo máximo posible, amenizando la estancia en el hospital.

Desde de el ámbito asistencial del cuidado resulta interesante mencionar un proyecto novedoso, una iniciativa que surge del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, que pone a disposición de los pacientes de Pediatría, unos muñecos muy especiales que acompañan a los menores mientras se recuperan de su enfermedad. Este proyecto nació por la motivación de varias profesoras del Aula Hospitalaria del centro, de encontrar algún elemento que ayudase a los niños ingresados a canalizar sus emociones. Así es como surgieron los **TEY**, acrónimo de *Tú Eres*, son unos muñecos de trapo que se le entregan al menor hospitalizado como compañía, para que el niño sea el responsable de sus cuidados. Para elaborarlos, en un proceso de forma manual y artesanal y con material reciclado del hospital, colaboran varias profesionales del Servicio de Lencería y Carpintería del Hospital, que realizan los patrones, buscan las telas junto con el personal y también se involucran los pacientes del departamento de Terapia Ocupacional en Salud Mental, que son quienes cosen y ultiman estos muñecos. Esta colaboración entre pacientes hace que los TEY sean únicos, cada uno diferente y tengan un valor especial.

Asimismo, con este proyecto ayudan a fomentar que los niños de Pediatría se involucren y vean más de cerca los cuidados que se llevan a cabo en un Hospital, puesto que en el Aula Hospitalaria hay a disposición de estos “pequeños doctores” una sala de curas hecha de cartón, donde los niños administran las medicinas y cuidan de sus muñecos. De ese modo, con esta iniciativa, se está promoviendo el desarrollo del tan importante “juego a médicos” o “juego de los médicos” que tanto valor tiene en este contexto y que Ortigosa, Méndez y Riquelme, (2007:55) valoran como juego terapéutico, considerándolo:

“idóneo para el ensayo de conductas y de las habilidades aprendidas que combina una variedad de actividades con materiales educativos para desensibilizar al paciente pediátrico de las potenciales situaciones estresantes (...) Éste consiste en entregarle al niño un “*kit* hospitalario” que incluya varios materiales de juego de orientación médica, jeringuillas, vendas (...), ropas de médico y enfermera, un surtido de muñecos y marionetas a los que poder asignar varios papeles dentro del juego”.

En la misma línea una investigación más actual (de Lione y do Valle, 2010) considera que este tipo de juegos es útil porque permite la ejecución de los comportamientos recientemente adquiridos y también, porque desensibiliza al niño al ropaje, al instrumental y a los procedimientos médicos a los que va a ser expuesto y posibilita la expresión de sus temores y necesidades. De acuerdo con Briceño (1999:6):



“durante el juego, el niño recupera las acciones de los otros significantes o sujetos y los vierte resignificados: si se juega al doctor será para "curar" al enfermo -ya sea éste un muñeco o algún otro compañero de juego- o bien, para vestirse de blanco o también para usar los "instrumentos" médicos. De cualquier manera, el niño, al jugar, amplía su visión del mundo social, pero también de su propio mundo subjetivo”.

Un proyecto parecido al de los muñecos TEY, también dirigido a la calidad del cuidado del niño y con objeto de ayudarlo a afrontar mejor su situación, el HMI Virgen de las Nieves de Granada, en 2010, ha llevado a cabo la iniciativa de crear e incorporar “un diario de hospitalización”; un cuaderno que se le entrega al paciente, en el que el protagonista, un perro llamado Canelo, que acompaña al lector en cada una de las páginas en las que el niño puede escribir datos: su día de ingreso, nombre de los médicos que va conociendo, número de habitación; también puede dibujarla, señalar donde le duele, etc. Fue ideado por las enfermeras de pediatría y, como comenta D<sup>a</sup> Isabel Toral López, Subdirectora de enfermería del Hospital Materno Infantil, en el periódico web *Granada Hoy*, del 5 Julio de 2010, el origen de este proyecto surgió como una prueba para la acreditación como unidad de gestión clínica médico quirúrgica de la infancia y se ha extendido a todas las plantas: "Lo comenzamos a repartir en junio. Al ingresar, se da a cada niño su diario y a los padres un tríptico con el que también intentamos solucionar sus dudas y facilitarles la estancia en el centro" (S.V, 2010, s.p).

Destacar que, actualmente, son varias las iniciativas y propuestas de elaboración de juguetes sensibilizados con la enfermedad o con las imperfecciones del ser humano. Así lo pone de manifiesto la investigación de Prieto (2014) que se centra en el análisis de muñecas que simulan dermatosis y lesiones cutáneas. Así, menciona a la muñeca Lammily™ que, aunque aparenta ser una joven adolescente convencional, ideada por el creador diseñador gráfico Nickolay Lamm, lleva como accesorios adicionales un surtido de pegatinas que se pueden poner y quitar (*Lammily Marks*) sobre la piel que dan la sensación de que la muñeca tiene patologías de la piel propias de la juventud y de la vida real: celulitis, acné, cicatrices, heridas, rasguños, morados, lunares, manchas, pecas, arrugas, etc.

Otro ejemplo similar pero con un vínculo más específico con la enfermedad, es el proyecto ideado por la fotógrafa Jane Bingham que hizo que, desde 2012, la empresa *Mattel* fabricara un modelo de Barbie™ sin pelo, con alopecia total, denominada *Beautiful Bald Barbie*, que trata de mitigar los efectos del estado emocional que padecen los menores con cáncer a consecuencia de la quimioterapia. (Castillo, 2012).

En la misma línea, Cañizares (2016) comenta que la compañía británica *Makies* ha lanzado al mercado muñecas con muletas y distintas discapacidades que se pueden personalizar con accesorios y características físicas: cicatrices, gafas, bastón, prótesis, silla de ruedas...





Otro proyecto similar, fue llevado a cabo de la *Fundación Juegaterapia* de niños oncológicos, que sacó a la venta en el año 2015 los muñecos llamados “Baby Pelones” en homenaje a los niños que están sometidos a quimioterapia. Como informa la web de la fundación: “nuestro objetivo es que los peques relativicen uno de los mayores y más visibles signos de su enfermedad, la pérdida de pelo. Los muñecos están calvos y llevan la cabecita cubierta por diferentes pañuelos que han diseñado para nosotros grandes amigos de la Fundación”.

Terminaremos este punto con una investigación vinculada al cuidado y la atención del niño hospitalizado desde un planteamiento sugerente y que tiene en cuenta lo lúdico pero, sobre todo, la ilusión, la esperanza y por esto está vinculada a la experiencia empírica “Vuelo de Ilusiones” de nuestra investigación. Se trata de la Tesis Doctoral de Chávez (2015) dirigida por D. Carmelo Vázquez y D. Gonzalo Hervás, un estudio que nace de la mano de la *Fundación Pequeño Deseo*, entidad que tiene por objetivo cumplir deseos a niños con enfermedades crónicas o de mal pronóstico. Su intención es alejar a estos niños de la tensión emocional que viven día a día por la enfermedad y los tratamientos, al mismo tiempo que dar estímulo para continuar enfrentándose a su enfermedad con ilusión y optimismo. Dicha Tesis Doctoral tiene la pretensión de valorar, si el cumplimiento del deseo promueve respuestas positivas en algunas variables relacionadas con el bienestar, las emociones positivas o calidad de vida, tanto en los niños como en sus padres, además de comprobar en qué medida esos cambios podrían facilitar el proceso de recuperación física de los niños o mejorar su salud percibida. Como conclusión del estudio se obtiene que:

“El cumplimiento de un deseo incrementa los niveles de las emociones positivas y reduce las náuseas en los niños tres semanas después del deseo (...) por otra parte, tras el deseo, las madres perciben más cambios positivos en los niños y mejor calidad de vida en sus hijos (...) el deseo aumenta el nivel de las emociones positivas y creencias sobre la benevolencia del mundo de los padres. Además, las madres informan de un mayor número de experiencias de crecimiento y de mayores niveles de gratitud y amor” (p.250)

#### **2.1.4. D) INICIATIVAS DE INTERVENCIÓN EN EL ESPACIO HOSPITALARIO**

El espacio, los entornos, la atmósfera que se respira en los hospitales, en definitiva, el ambiente, también pueden, en un sentido metafórico, transformarse en juego al adquirir cualidades lúdicas, como la capacidad de transmitir alegría, bienestar a través de los objetos, personas o situaciones que lo conforman. Como detallaremos en este apartado, varias investigaciones consideran que las características ambientales que rodean al niño enfermo en el hospital, así como los colores, sonidos, vistas, sensaciones, incluso, como defiende la investigación de Acevedo, Estrada,



Gallego, Gaviria y Restrepo (2010), el ambiente positivo, con risas, el buen humor... influyen y están vinculados a la salud, pues pueden ayudar al paciente a sobrellevar mejor la enfermedad, con menos dolor y complicaciones

Todos estos parámetros citados se deben considerar como puntos de actuación en el ambiente/espacio hospitalario para la mejora del bienestar del paciente y de sus problemas de salud.

Podríamos considerar “la arquitectura como instrumento de cura”, como ya ponía de manifiesto desde su título, el trabajo de titulación de Arquitectura de Ortega (2011), en él recoge cualidades concretas que debe de tener el espacio para ser saludable y llega a la conclusión, de que “las principales cualidades ambientales que aseguran el bienestar y la salud del ser humano son el contacto con la naturaleza, la estimulación sensorial, el sentido de control (...) y la arquitectura debe aspirar a ser una fuente de salud, alegría, inspiración y trascendencia” (p.169). De un modo más específico, en un estudio similar bastante reciente, Poyatos, Picó y Baró (2014), profundizan en la identificación de otros parámetros estéticos de bienestar psíquico que deben orientarse prioritariamente a identificar experiencias de belleza y felicidad, aplicables a la arquitectura hospitalaria. Algunos de esos parámetros más destacables son, armonía del edificio, armonía con el lugar, presencia de la naturaleza, colores para la felicidad, secuencia virtuosa de espacios y formas, la nitidez perceptual, la claridad alegre, ritmo y musicalidad, luz elaborada, la manifestación de vida, tamaño adecuado, la serenidad, libertad y flexibilidad de la forma, el refinamiento, la elegancia, el encanto humilde, la riqueza formal, texturas amables, etc. Debido a la importancia y carácter asequible de esas cualidades, deben ser empleadas, especialmente, en el entorno sanitario-hospitalario.

Desde septiembre de 2016 la arquitecta Laura Cambra Rufino, está realizando un estudio de doctorado titulado “Arquitectura por prescripción médica”, desarrollado en el Departamento de Construcción y Tecnología Arquitectónicas de la Escuela Superior de Arquitectura, de Madrid, y se centra en la relación entre Arquitectura y Salud en los hospitales. Entre los objetivos de este estudio están: mejorar el bienestar, confort y calidad de vida de los ocupantes de hospitales, detectar posibles alteraciones de los edificios en relación al uso real que se les da, entendiendo a los usuarios como actores activos del proceso de diseño y disminuir el consumo energético. Es un proyecto incipiente que cuenta con su propio blog, (<https://arqppmed.wordpress.com/about/>), que sirve de apoyo a la investigación.

Hay que destacar que desde 2012, y cada dos años, se celebra en Denia (Valencia), un congreso específico sobre la importancia del ambiente en contexto de enfermedad; es el *Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud* en el que se han presentado distintas propuestas de iniciativas espaciales y ambientales sugerentes. Como dato, en su primera edición, este congreso dedica un bloque temático específico a la arquitectura en espacios sanitarios.





Para poner de manifiesto la influencia que tiene lo visual, la imagen y, por tanto, las características perceptivas del espacio en la situación de enfermedad, indicaremos cuatro estudios que, de un modo concreto y cuantitativo, miden la influencia de las imágenes en el dolor o en los resultados de los procedimientos médicos concretos. Estas investigaciones se centran en el potencial terapéutico de la estimulación visual como intervención sanitaria:

1. Importante estudio realizado en un hospital sueco llevado a cabo por Ulrich (1991) (citado por Ulrich y Zimring, 1991:21) con pacientes de cirugía de corazón, en la UCI, llegó a la conclusión, de que a aquellos que se les asignó una imagen con una escena de un paisaje con árboles o agua, tuvieron menor ansiedad incluso necesitaban menos analgésicos que el grupo de control que no se le asignó foto. Como anecdota, aquellos pacientes a los que se les había asignado un cuadro abstracto, los resultados fueron peores que los que no se les dieron ninguna imagen.
2. Tse, Ng, Chung y Wong, T. K. (2002) llevaron a cabo un estudio con 46 voluntarios sanos que, mientras se les aplicaba progresivamente dolor haciéndoles un torniquete, una mitad del grupo vieron una pantalla de vídeo sin sonido, de escenario natural, y la otra mitad la pantalla blanca. La investigación llegó a la conclusión de que el efecto de ver un video sin sonido sobre la naturaleza produjo un umbral más alto para detectar el dolor y se produjo un aumento de la tolerancia al mismo, con respecto a los pacientes que vieron una pantalla en blanco.
3. Diette, Lechtzin, Haponik, Devrotes y Rubin (2003) en trabajo llevado a cabo con 80 participantes, investigaron si en pacientes que iban a ser sometidos a una broncoscopia flexible con sedación consciente, la terapia de distracción con vistas (escenas de naturaleza puestas en las cabeceras de las camas) y sonidos de la naturaleza, reducía el dolor y la ansiedad durante ese procedimiento, llegando a la conclusión, que la terapia de distracción con vistas y sonidos naturales aminoraba significativamente el dolor en pacientes sometidos a esa prueba médica
4. En el estudio similar de Schneider y Hood (2007) los participantes usaron unas gafas de realidad virtual para distraerse durante el tratamiento de quimioterapia y eligieron entre cuatro posibles escenarios que podían cambiar en cualquier momento, si lo deseaban: buceo en aguas profundas, caminando por un museo de arte, explorando mundos antiguos y resolviendo un misterio; cada uno con la duración de la instilación de la quimioterapia. Los pacientes comentaron que el uso de la realidad virtual permitió que el tratamiento pareciera más corto y se comprobó, que las sesiones de quimioterapia con esta técnica eran mejores que los tratamientos sin la intervención de distracción. Sin embargo, las experiencias positivas no disminuyeron la angustia de los síntomas. Este estudio concluye, que el uso de la realidad virtual puede ayudar a hacer los tratamientos de quimioterapia más tolerables.



Otros estudios comprueban que las características del entorno hospitalario son un indicativo de calidad. Así la investigación de Vázquez, Flores, Picallos, y Albal (2009), en la que participaron 24 niños ingresados en la Unidad de Preescolares y Hemato-Oncología, se concluyó que el diseño de las batas, los uniformes o indumentaria del personal sanitario, así como la intervención artística en el entorno hospitalario con elementos decorativos ambientales, constituye una opción para mejorar la percepción que el paciente tiene del hospital, lo que puede repercutir positivamente sobre su estado de ánimo y en su disposición durante el tiempo que permanece en él. También el estudio de Queiroz, Vilela, da Silva, Castanheira (2010) concluyó que durante la administración de la quimioterapia, el ambiente colorido lleno de juguetes y la oferta de actividades lúdicas, tiene influencia positiva en la calidad del tratamiento y en el estado de bienestar del niño.

En la misma línea, una investigación reciente llevada a cabo por García, Martí, Martínez, Vilar, Katic, Lemercier y Díaz (2014), con 142 pacientes que acudieron al servicio de radiología del Hospital Universitario y Politécnico La Fé, de Valencia, constató “un alto nivel de satisfacción por parte de los pacientes cuando se valora la sensación percibida asociada a un lugar con elementos decorativos ambientales -implantación de obras de arte- en las paredes, techos de las salas, pasillos” (p.129).

Por todo esto, la mayoría de los hospitales infantiles incorporan actualmente motivos atractivos en sus paredes, para hacer el ambiente más colorido y alegre, dándole vida a los objetos que forman parte de la rutina diaria de los niños hospitalizados, personal sanitario y familiares. Esta idea la defiende el estudio de Favero, Dyniewicz, Spiller y Fernandes (2007), en el que recogen la experiencia de remodelación de una unidad de cirugía pediátrica de un hospital universitario. Los cambios en el ambiente físico, en diez salas del hospital, para que los menores ingresados tuvieran una estancia más agradable. Para ello se usaron figuras adhesivas y lavables, se forraron cajas y se confeccionó un panel de colores en la pared de una sala de procedimientos médicos. El ambiente se hizo más colorido y alegre, dando vida al espacio.

Existen muchas propuestas que trabajan y apuestan por la decoración con distintos formatos del entorno hospitalario y sus distintas áreas: sala de espera, habitaciones, pasillos etc. y citaremos a continuación algunos proyectos con esos objetivos.

Haciendo un breve repaso más allá de nuestras fronteras, y partiendo de la investigación de Ullán y Manzanera (2009), hay varias referencias que sientan las bases de la importancia del cuidado atractivo del espacio hospitalario.

En EEUU destacan las iniciativas de la *Foundation for Hospital Art* que ha llevado a cabo proyectos en numerosos hospitales para implicar a pacientes, artistas y voluntarios en la construcción y transformación creativa, y más visual, de los entornos hospitalarios, ayudando así a los pacientes a superar la ansiedad y las emociones negativas propias del su ingreso. Por otra parte, el programa *Arts in Medicine (AIM)* de la Universidad de Florida, está destinado a investigar el vínculo entre arte, creatividad y curación, también está interesado en el uso de la artes visuales



como recurso de transformación de los ambientes sanitarios. Además, recordaremos que en el *Symposium Internacional* celebrado en Florencia, en 1998, sobre Arte y Hospitales se presentaron diferentes experiencias sobre la aplicación de las artes visuales en las estructuras hospitalarias de ámbito europeo.

En España, el Hospital Central de Asturias fue el pionero en la utilización de recursos artísticos de manera permanente, para la humanización de los entornos hospitalarios. También es obligado citar a M<sup>a</sup> Teresa Bermúdez Rey, que es autora clave en el campo de la animación hospitalaria, con diversos estudios en España y en Portugal.

El proyecto *CurArte* es, sin duda, una referencia en España en proyectos hospitalarios, pues ha desarrollado diversas experiencias de mejora en los entornos de hospitalización pediátrica a través de intervenciones artísticas. Entre ellas se debe mencionar el proceso de humanización del espacio físico de hospitales (Ullán y Manzanera, 2009), como el Servicio de Urgencias y la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, del Hospital Universitario de Salamanca, que fue decorado con pequeños murales pintados con unos personajes en situaciones lúdicas, seres mágicos que curan o animales, creados para cada espacio hospitalario. El objetivo de este tipo de intervenciones es favorecer el buen estado emocional de los niños ingresados, a través de elementos que distraen y aportan un carácter infantil al espacio, que transmite alegría, estimula la imaginación, el juego, la relajación de los niños y, por tanto, el bienestar.

En otras experiencias se han instalado paneles en las salas de espera pediátricas con imágenes relacionadas con cuentos infantiles, dibujos de animales, como en la investigación de Mármol, Muñoz, Gómez, *et.al* 2012, en la que además se valoró la opinión de 488 pacientes: al 73,9% les pareció “muy bien” la colocación de elementos decorativos en salas de espera; un 80% consideraron que esa decoración tenía influencia sobre la distracción y ayudaba a calmar al niño y olvidarse del hospital; en concreto, un 29 % manifestaron que los dibujos usados transmitían alegría, un 22% originalidad y un 19% tranquilidad, por lo que el estudio concluye que el 90% de las respuestas, opinan positivamente sobre la “sensación” que producen los elementos decorativos.

La asociación cultural sin ánimo de lucro con sede en Galicia llamada [*sen marco*]<sup>3</sup> comenzó a gestar, en 2009, y a poner en práctica en 2011, el proyecto artístico-terapéutico denominado “*Algo Más de Color*” llevando a cabo en el área de pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, con el objetivo de eliminar, a través del arte, el *síndrome del hospitalismo* (deterioro progresivo que aparece en los niños hospitalizados a causa del sentimiento de reclusión en el centro hospitalario). Este proyecto invita a la creación de habitaciones hospitalarias ideales a partir de maquetas. Según sus creadores, Ante, González, López, Peleteiro, Rodríguez y Ruibal, (2011:204) podría definirse que:

---

<sup>3</sup> Asociación cultural senmarco: <https://senmarco.wordpress.com/>



“Partiendo de la idea de la percepción espacial subjetiva, de los procesos creativos en colectividad y de la capacidad del arte para cambiar nuestro entorno, *Algo más de color* pretende introducir a los niños hospitalizados en un proceso de creación contemporánea. Usando como soporte una serie de maquetas a escala de sus habitaciones, los invitamos a transformar su realidad, intentando por una parte enriquecer y mejorar su estancia en el hospital a través de procesos artísticos contemporáneos y buscando, por otra, proponer entre todos, una futura revisión del espacio hospitalario”.

En su tesis doctoral, Cano (2011) recoge algunas experiencias artísticas que llevó a cabo en el Hospital de Denia dentro del programa “Arte en vivo”, en el que pretendía realizar obras visuales, una serie de instalaciones, generalmente cambiantes por la participación, en los espacios hospitalarios (sala de oncología, sala de diálisis), para que fueran un mecanismo más de acercamiento del arte a los pacientes, que podían interactuar con ellas, colaborando, de algún modo, en su construcción. Las obras fueron tituladas: “Diálogos de la observación”, “Jugando con el paisaje”, “Mecanismos de pensar y no pensar”. Estas obras consiguieron, como expresa la autora en un estudio posterior, (Cano, 2014: 96) que: “el paisaje, el juego y las emociones positivas que todo ello podía generar, estimularan iniciativas de participación en la transformación del espacio que, aunque sea temporalmente, habitamos”.

Una de las apuestas más comprometidas es de la *Cátedra DKV*, en Arte y Salud (de la Universidad Politécnica de Valencia), que cuenta con la gestión y coordinación del proyecto *CuidArt*, del Hospital de Dénia (Alicante) “Marina Salud”, es la convocatoria “Arte en vivo”; en ella, un jurado de expertos selecciona dos propuestas para la realización de dos talleres destinados a los pacientes del referido hospital, concretamente para las salas de oncología y hemodiálisis. Muchas de estas propuestas son llevadas a cabo en los espacios hospitalarios, modificándolos, haciéndolos más atractivos. Citaremos una de las propuestas ganadoras en la convocatoria Arte en Vivo 2013, titulada “Viajando por el paraíso”, de María Ortega Estepa (2014), que fue aplicada en distintos contextos y consistía en un taller en el que, previo trabajo a través del concepto y la idea de lo que significaba para los pacientes participantes en el taller, sobre qué es el paraíso para cada uno, se plasmaría después ese paraíso en la pared en forma de mural. El principal recurso plástico creativo para su elaboración fue la pintura, pero también la palabra para la expresión de sentimientos y emociones, palabras que están insertados en el mural. La promotora del proyecto concluye con esta importante reflexión que empatiza con el cometido de esta Tesis:

“la práctica artística es una potente herramienta generadora de cambio: promueve la salud, la integra y es un vehículo para modificar y modificarse (...) el arte puede ser una práctica de carácter terapéutico ya que implica -gracias a la acción colectiva y al trabajo a nivel individual- empoderar a las personas que participan en la toma de decisiones sobre su vida, participar en la neutralización de las imágenes negativas, realizar una crítica de las representaciones de la enfermedad y aliviar la impotencia que sienten ante el contexto que los circunda” (p.225).



La propuesta ganadora de Arte en Vivo 2014, de Sara Albuixech llamada "Smiley", también se vincula a nuestra investigación, porque hace una sugerente propuesta de modificación del espacio hospitalario a partir del humor, usando elementos del clown, como la nariz, entre otros. Así, tras ganar el premio, ha creado en la sala del Hospital Marina Salud, de Dénia, una propuesta que se basa en la producción de emociones positivas generadas por el reconocimiento y la empatía. Se crea un ambiente relajado y distendido donde sonreír, que propicia hacerse fotos frente a un espejo especial que está intervenido (por ejemplo con una nariz de payaso para simular que se tiene puesta) o que está colocado en un lugar estratégico (en la boca de una foto de una modelo sonriente) para que la sonrisa que se vea, sea la del paciente. Se mejora así la autoestima, el estado de ánimo y las relaciones sociales (López y Albuixech, 2014).

Por la novedad que aportó en su momento, mencionaremos una de las iniciativas de colaboración entre artistas y hospitales, el *Prototipo de Espacio para Gestionar las Emociones*, que fue presentado en la Feria de Arte Contemporáneo (ARCO) de Madrid, en su edición de 2008, por el artista Josep Martín y se puede considerar como una experiencia de implicación del arte en los espacios de cuidado de la salud. Este prototipo fue creado como lugar de transición entre el hospital y la casa, para ser utilizado por pacientes, familiares y personal del hospital, pues está ubicado en una de las zonas más transitadas del hospital. El autor pretendía que fuera una obra de arte que ayudara a contener y afrontar las situaciones difíciles.

Una iniciativa reciente que destaca por lo original, es la llamada "ventanas mágicas" en la que se implantan obras de arte o fotografías de la naturaleza, en los techos y pasillos, en forma de «ventanas» de espera (García, Martí, Martínez, Vilar, Katic, Lemercier y Díaz, 2014) y tras valorarse la sensación percibida asociada a la instalación de esos elementos decorativos ambientales en las paredes y techos de las salas de espera y pasillos, se obtuvo un alto nivel de satisfacción por parte de los usuarios.

Otro ejemplo muy reciente, llevado a cabo en 2016, es obligado referirse, porque es una propuesta próxima y que va más allá de lo artístico, incidiendo en lo pedagógico: es el proyecto pictórico "Colores para alegrarte", llevado a cabo en la Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMIJ) del Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba), en el que, según indica el diario web *cordobahoy* del día 5 de octubre de 2016, se ha realizado un mural con la colaboración de la artista Carmen López Rey en el que está representada toda la flora y la fauna autóctona de Sierra Morena por lo que de un modo didáctico y gracias a indicativos en el propio mural el espectador puede identificar distintos tipos de árboles, plantas y hasta quince especies de animales distintas. Además de hacer más llevadera la estancia, es una iniciativa didáctica. En una primera fase del proyecto se elaboraron 150 murales repartidos por las plantas del Hospital Infantil que recrean el planeta Tierra y los seres vivos que en él habitan.

Finalizaremos este epígrafe, citando dos proyectos muy recientes que se están llevando a cabo en algunos hospitales españoles y que incluyen los avances de las nuevas tecnologías para la modificación del ambiente y mejora del bienestar de los niños hospitalizados, durante la



realización del procedimiento radiológico médico del TAC. Así, existen las siguientes iniciativas tecnológicas que recoge Bermejo (2017) y que son:

**Proyecto *Imatgina*** presentado en Octubre de 2016 en el Hospital de Vall de Hebron de Barcelona, que humaniza las pruebas radiológicas hospitalarias pediátricas con una ambientación del espacio de las salas del tratamiento y de espera, así como la propia del sala del TAC, cuya máquina se ha transformado simulando ser una nave espacial con decoraciones y efectos de luces. Además, se ha diseñado una aplicación de videojuego con cinco pruebas de diagnóstico que, mediante distintos niveles, enseñará a los menores las distintas fases de las pruebas, los efectos que tiene o lo que se siente al recibirlas. Según apunta Manuel Escobar, Director Clínico de Diagnóstico por Imagen de dicho hospital, gracias a esta iniciativa se ha logrado reducir en un 75% la dosis de anestesia, frecuentemente suministrada a los pacientes cuando se encuentran nerviosos y no les permiten realizar la prueba en condiciones óptimas de quietud.

**Sistema *Patient in Bore***, llevada a cabo en 2016 el Hospital Quirón Salud, de Valencia. Durante la exploración, el niño que se encuentra dentro del "bore" (tubo de resonancia) donde puede cambiar el color del aparato médico a su gusto y ver un vídeo, lo que ayuda a que permanezca tranquilo. Tal y como afirma el doctor Martí Bonmatí, Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico de este hospital, "la ventaja principal que ofrecemos, es la sensación de bienestar que percibe el paciente y la facilidad para acometer los estudios que tiene el personal técnico responsable. Además, cuando los pacientes están más relajados, cooperan mejor en el examen y esto se traduce en una mejor calidad de las imágenes del estudio".

#### 2.1.5. E) INICIATIVAS INTERNACIONALES. CELEBRACIÓN DE HITOS SOCIALES

Una de las experiencias significativas de nuestra investigación contiene globos, sueños por cumplir... y es que los globos son un símbolo y un objeto de la infancia, etapa generalmente llena de ilusión y alegría, como la que aporta la estética y aspecto de ese objeto agradable, por sus colores, tacto y versatilidad. Quizá por ello se usan universalmente en fiestas y como decoración. Desde hace unos diez años se ha extendido la costumbre de homenajear o conmemorar días significativos en torno a la enfermedad, la hospitalización, la salud, la enfermedad en distintos entornos, de manera similar a la experiencia empírica que en esta investigación se expone: "Vuelo de ilusiones" (CAPITULO 6), realizando suelta de globos en las que se implica, de manera especial, a los pacientes, personal sanitario y familiares. A continuación se recogen, en orden cronológico, algunas iniciativas significativas en las que se han realizado lanzamientos de globos y en las que ha participado diversos hospitales, deteniéndonos, principalmente, en el HMI Virgen de las Nieves de Granada.





Finalmente se hará referencia a otras iniciativas, generalmente llevadas a cabo en Sudamérica, muy afines con esta investigación y, aunque llevadas a cabo con posterioridad a nuestra experiencia, tienen en común con ella la suelta de globos, la formulación de deseos enviados y/o el uso de recursos plásticos.

### **2.1.5.1 (2013) DÍA MUNDIAL DE LA HIGIENE DE MANOS (5 DE MAYO)**

El 5 de mayo de 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) generó, para la seguridad del paciente, la iniciativa “Salve vidas: límpiense las manos”, dentro del contexto del programa “Una atención limpia es una atención más segura”, cuyo fin era mejorar la higiene de las manos en la atención sanitaria, además de concienciar sobre la importancia de dicha higiene sobretodo, en la intervención del personal del hospital, aunque también entre pacientes y familiares, para prevenir enfermedades. Así lo puntualiza la memoria del Complejo Universitario Granada (2014:48): el objetivo de este Día Mundial es “concienciar acerca de la necesidad de que los profesionales sanitarios mejoren y mantengan la práctica de la higiene de manos en el momento oportuno y de la forma apropiada, con el fin de reducir las infecciones relacionadas a la asistencia sanitaria, en esta ocasión recordándonos la necesidad de evitar la propagación de microorganismos resistentes a los antimicrobianos”.

Los hospitales suelen celebrar el Día Mundial de la Higiene de manos que tiene como lema “5, del mes 5, por los 5 momentos de mejora de la higiene de manos”.

Es frecuente que los hospitales suelen realizar, cada año, diversas actividades con este motivo, como es el caso concreto de los de Granada. En el HMI, entre otras actividades, en la ludoteca, poco tiempo después del “Vuelo de Ilusiones”, el 5 de Mayo de 2013, celebró el día Mundial de la Higiene de Manos con otra suelta de globos de colores en la que los menores y participantes previamente debían dejar sus huellas con pintura, en ellos, para posteriormente, lanzarlos a volar, actividad en la que también participó la autora y que la web del Hospital se hizo eco de la noticia<sup>4</sup>.

Otras ciudades andaluzas, como Sevilla, en sus Hospitales Virgen del Rocío y Virgen de la Macarena también se sumaron ese año a la iniciativa con actividades similares y suelta de globos como anunciaba la web de la Junta de Andalucía<sup>5</sup>, al tiempo que convocaba un concurso de dibujos sobre la limpieza de manos y programaba actividades de magia y manualidades.

<sup>4</sup> [http://www.hvn.es/noticia/los\\_hospitales\\_universitarios\\_celebran\\_el\\_dia\\_mundial\\_de\\_higiene\\_de\\_manos\\_28504](http://www.hvn.es/noticia/los_hospitales_universitarios_celebran_el_dia_mundial_de_higiene_de_manos_28504)

<sup>5</sup> <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=19730>



También, con motivo de la Higiene de Manos, desde el ámbito artístico, destacaremos que recientemente, el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles (Madrid)<sup>6</sup>, el 13 de septiembre de 2016, ha realizado la exposición del “I Concurso de Dibujo Infantil de Higiene de Manos 2016”, organizado por el Servicio Madrileño de la Salud para celebrar dicho día, con más de cincuenta dibujos de niños de entre 4 y 13 años.

Señalar que en Argentina, en el Hospital Hospital Materno Infantil San Roque de Paraná, provincia de Entre Ríos, también se realizó una suelta de globos similar a las mencionadas.

#### **2.1.5.2 (2014) DÍA MUNDIAL DEL MEDIO AMBIENTE (5 DE JUNIO)**

---

Los días 4 y 5 de junio se realizaron las *Jornadas Ambientales de los Hospitales Universitarios de Granada* (San Cecilio y Virgen de las Nieves) en colaboración con varias organizaciones y con un amplio calendario de actividades.

Destacaremos, por la afinidad de nombre y metodología con una de las experiencias que se recogen en esta Tesis, una de las iniciativas que se llevaron a cabo: el Taller “Sueños de papel” en el que los monitores trabajaron en el HMI realizando diferentes actividades de reutilización con los niños y niñas hospitalizados que, según especifican los coordinadores en su blog: “disfrutaron mucho olvidándose de medicaciones, goteros y sillas de ruedas mientras se concentraban con la actividad”.

#### **2.1.5.3 (2015) DÍA MUNDIAL DEL NIÑO HOSPITALIZADO (13 DE MAYO)**

---

Fue en 2015 cuando se impulsó, desde la *Fundación Atresmedia* junto a siete entidades más, vinculadas a la asistencia hospitalaria: *Abracadabra*, *Aladina*, *Menudos Corazones*, *Pequeño Deseo*, *Theodora*, *la Asociación Española contra el Cáncer* y *la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer*, una de las iniciativas de mayor participación, al implicar a 150 hospitales con un objetivo común: realizar un pequeño homenaje a los más pequeños del hospital con el lanzamiento masivo de besos y globos, con labios pintados a modo de besos simbólicos en el aire, para todos los niños ingresados para así declarar el 13 de mayo como Día Mundial del Niño Hospitalizado, porque fue ese mismo día en 1986, cuando se promulgó la resolución de la Carta de los Derechos del Niño Hospitalizado.

Probablemente la acogida fue mayor gracias a que el acontecimiento contó con banda sonora propia de gran éxito, la canción “*Un beso redondo*” compuesta, expresamente para el evento y de forma altruista, por la cantante Conchita que, según afirman los medios de comunicación, tuvo más de 300.000 visualizaciones. Con ella se realizó un vídeo musical

---

<sup>6</sup> <http://www.hospitalreyjuancarlos.es/es/sala-prensa/noticias/hospital-rey-juan-carlos-acoge-exposicion-dibujos-infantile>





producido, también de manera desinteresada, por *La Sombra*<sup>7</sup>, y grabado en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid con la participación de profesionales y pacientes y que se puede ver en este enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=lcLVbVxj9M>. Como afirma la web del proyecto: “el pasado día 13 de mayo, el cielo se inundó de besos y se cruzaron de un hospital a otro, algunos se quedaron ahí arriba para llegar también a otros muchos niños...”

#### 2.1.5.4 (2016 - 2017): CONMEMORACIONES VARIAS

Comenzaremos recordando que, ya en 2012, se hacía un proyecto similar al descrito en el punto anterior, en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, con Macaco, también cantante reconocido, para animar a la población a contribuir en la investigación contra el cáncer y sensibilizar sobre la enfermedad cuya noticia y circunstancias describe el Diario Abc en su versión web<sup>8</sup>. El cantante Macaco decidió ceder los derechos de su canción “*Seguiremos*” y participó en el videoclip que puede verse en la dirección web.<sup>9</sup> La melodía y la letra son un mensaje de esperanza y alegría que conciencian sobre la importancia de la investigación y de la lucha contra la enfermedad, con frases como: “*los sueños cambiaron el destino de los hombres y de las naciones*”.

En la misma línea, muy recientemente, en este año 2017, la asociación *Juegaterapia* ha propuesto un videoclip en la que aparecen niños oncológicos junto al personal sanitario, versionando la canción “*Resistiré*”, del *Dúo Dinámico*, a modo de himno contra la enfermedad.

Retomando el primer video musical de la canción de Cochita, también referido en el punto anterior, destacaremos que, a través de él, se invitaba a todo el mundo por medio de las redes sociales, a lanzar besos a los niños ingresados. Dicha canción inspiró el movimiento “Te lanza un beso” y la creación de la web [www.telanzaunbeso.com](http://www.telanzaunbeso.com). El objetivo de esta página, sencilla, intuitiva y de fácil navegación, es contagiar a todo el mundo el poder de los besos y ser una especie de “lanzador de besos” para que, los que la visiten, puedan enviarlos a familiares, amigos, conocidos desde *Twitter*, *Facebook* y *Google+*. Todos los ingresos generados por la descarga de la canción irán destinados a ayudar a los niños hospitalizados. Según las cifras de la web, en el mes de Abril de 2017, se han enviado 232.311 besos.

<sup>7</sup> Producciones La Sombra <http://www.lasombraproducciones.com/>

<sup>8</sup> <http://www.abc.es/medios-redes/20121202/abci-video-ninos-cancer-triufa-201212021803.html>

<sup>9</sup> Videoclip Macaco [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=4&v=8WATgU5PduE](https://www.youtube.com/watch?time_continue=4&v=8WATgU5PduE)



En el año 2016 la acogida fue mejor que el año anterior y, como indica la web, la iniciativa se llevó a cabo en 163 hospitales implicándose 7 asociaciones más que el año anterior: *Curarte, Juegaterapia, Pallapupas, Blas Méndez Ponce, Ronald McDonald, Make a Wish y ASION*.

Las emociones positivas y los gestos cariñosos como los que se producen en el acto citado, al ser agradables para las personas, pueden ser el motor y usarse como recurso para que, iniciativas como ésta, tengan mayor impacto y repercusión.

De este modo otra propuesta similar que pudiera recordar a la anterior por el gesto simbólico que utiliza, basado en el afecto, es la campaña para recabar fondos para reformar la UCI del Hospital Niño Jesús llamada “Un achuchón por la UCI de Madrid” promovida por la Fundación Aladina<sup>10</sup> para recaudar fondos para el que se creó un sitio web específico [www.achuchon.com](http://www.achuchon.com) para donar de manera muy sencilla.

### 2.1.5.5 PROPUESTAS GEMELAS: GLOBOS/DESEOS/RECURSOS ARTÍSTICOS

Sobre deseos e ilusiones, empezaremos recordando una leyenda de origen Japonés llamada “*Senbazuru, las mil grullas de Origami*” que cuenta como, quien modele mil gruyas de papel, éstas le traerán suerte, bienestar, concediéndole una larga vida y recuperación de una grave enfermedad. Este mito, en 1955, se convirtió en un símbolo de paz gracias a la historia de una niña: Sudako Sasaki, víctima del bombardeo de Hiroshima que, aunque cuando ocurrió ella tenía 2 años, la radiación de la explosión le produjo, años más tarde, leucemia a la que no sobrevivió, muriendo diez años después del bombardeo. Mientras se trataba en el hospital otra niña ingresada le enseñó a modelar grullas de papel y Sadako se inspiró en esta creación aferrándose a la leyenda que le aportó fuerza y esperanza. Así comenzó a fabricar grullas de origami con toda su fe volcanda en un sueño de papel.

Como continuación al epígrafe del “Día Mundial del niño hospitalizado”, y de un modo más directo con los contenidos de nuestra investigación, nos referiremos al colectivo de niños oncológicos, a los que es habitual que, en distintos lugares se celebre su día. Así, con motivo del día Mundial del Niño con Cáncer (15 de Febrero), fecha instituida en el año 2002 por la Confederación Internacional de Asociaciones de Padres de Niños con Cáncer, o incluso en otros días relacionados con esta patología, como por ejemplo el día Internacional del cáncer de mama (19 de octubre), se realicen actos en los que también tengan lugar sueltas de globos. Basta con hacer una búsqueda en internet para comprobar que aparecen cientos y cientos de referencias a distintos actos organizados por asociaciones y hospitales, así como imágenes de los mismos, por lo que haremos referencia a las que hemos estimado significativamente más coincidentes con nuestros planteamientos.

<sup>10</sup> Web Fundación Aladina <http://aladina.org/>



## 1. ESPAÑA

En CASTILLA LA MANCHA (desde 1997), se han promovido recientemente varios proyectos similares a una suelta de globos pero a través de las nuevas tecnologías. Podría destacarse como una de las pioneras en el país la campaña de “globos solidarios” promovida por la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer y la Asociación de Familias de Niños con Cáncer de Castilla-La Mancha (*Afanion*), que desde 1997, según informa (Llamazares, 2002) promovía el lanzamiento de globos virtuales a través de internet, de la página [www.globosolidarios.org](http://www.globosolidarios.org) con mensajes y muestras de apoyo a los niños y a las familias que padecen cáncer infantil.

También, físicamente, algunos colegios españoles homenajean con sueltas de globos a los niños enfermos, que están matriculados en ellos. Es el caso de Colegio Público Miguel de Cervantes, de Mocejón, en la C.A de Castilla la Mancha (Bravo, 2014).

En TOLEDO (2009), según informa el diario digital *ABC*, para celebrar el día Mundial de Niños Oncológicos de Castilla-la Mancha, *Afanion* realizó una suelta de globos de colores en el Colegio Santa María de los Hermanos Maristas y, como propuesta paralela, mas artística, en el Centro Comercial Luz del Tajo se hizo un mural solidario, donde los niños pudieron participar, haciendo un dibujo simbólico o escribiendo un lema.

NACIONAL (2011), Mucho más actual es la iniciativa llamada “*Globalízate*”<sup>11</sup>: promovida por la farmacéutica Janssen en colaboración con la *Fundación Josep Carreras*, la *Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia*, y la *Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia* para informar sobre las enfermedades de tipo oncológico y apoyar a enfermos y familiares recaudando fondos, según el periódico web *ECSalud*.

En SALAMANCA (2014). Según informa la web *somospacientes*<sup>12</sup> la *Asociación de Padres, Familiares y Amigos de Niños Oncológicos de Castilla y León (PYFANO)* organizó el 15 de Febrero de 2014, entre otros actos, una suelta de globos con los deseos de los niños.

En MADRID (2014). Durante el *II Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud*, y según las actas del mismo, se desarrolló un proyecto de arte en vivo e inédito, sin embargo, muy similar a la propuesta “Vuelo de Ilusiones” (Capítulo 6) de nuestra investigación, y bastante posterior en el tiempo. Se trata de la pieza visual “El vuelo de la mariposa”, propuesta de Vanesa Mariño (Licenciada en Bellas Artes y Máster en Producción Artística y Pensamiento Contemporáneo, en Valencia). La pieza surge partiendo de la mariposa como

<sup>11</sup> <https://consalud.es/empresas/empresas-con-salud/janssen-se-vuelca-en-la-concienciacion-sobre-el-cancer-de-la-sangre-31147>

<sup>12</sup> <https://www.somospacientes.com/noticias/asociaciones/%E2%80%98tu-ayuda-tiene-poderes-magicos%E2%80%99-en-el-dia-internacional-del-nino-con-cancer/>



símbolo de diversidad, libertad y capacidad de adaptación y a los pacientes se les invita a reflejar pensamientos, ideas, deseos y sueños en pequeñas mariposas de papel de colores, diseñadas y preparadas con la artista. Estas reflexiones en las mariposas se agrupan y se colocan en el espacio sanitario formando una gran instalación muy visual, propiciando un espacio de optimismo, contribuyendo así a su recuperación. Por otro lado, Vanesa Mariño planteó una segunda actividad de arte en vivo, complementaria y similar a la anterior. En ella, cada uno de los pacientes intervenía en una tira de tela de color, con sus deseos, esperanzas, con visiones positivas “sobre” y “para hacer frente” a la enfermedad. La artista instaló los materiales en distintas áreas del espacio en el que los pacientes reciben tratamiento, de este modo, se humaniza y alegra el espacio sanitario, con mensajes optimistas, que les recuerdan los motivos para la lucha y la esperanza.

## 2. NICARAGUA

Consecutivamente desde 2004. Tomando como referencia a Matamoros (2016) que en su nota de prensa recoge el acto, en 2014 la *Asociación de Madres y Padres de Niños con Cáncer en Nicaragua* (Mapanica) llevó a cabo una Marcha de Globos, con la asistencia de más de mil personas y la participación de más de trescientos niños que luchan contra el cáncer, que se encontraban en el albergue del Hospital Manuel de Jesús Rivera “La Mascota”. Los asistentes llevaban globos y largas pancartas con mensajes alusivos a la enfermedad oncológica. El objetivo del evento era concienciar a los ciudadanos sobre la enfermedad, su existencia en el país y la importancia de la detección precoz para su cura. La singularidad de esta iniciativa cuyo lema era “por una esperanza de vida” fue, además de los mensajes en grandes pancartas, el colorido de los globos, cada uno con un significado como apunta Matamoros (2016: s.p):

“Simbólicamente cada color de globo utilizado tenía un significado: el rojo representó a los niños con tratamiento; el blanco es por los niños curados; el verde para las personas que apoyaron, y el dorado por los niños que murieron”.

## 3. ARGENTINA

SANTA FÉ (2010). Como pone de manifiesto el diario local web *Elsantafesino*<sup>13</sup> el lunes 15 de febrero de 2010 un lanzamiento de mil globos en la explanada de la Universidad Nacional del Litoral (UNL), con la colaboración, entre otras, de la Fundación MATEO ESQUIVO de Santa Fé (Argentina), asociación que surgió de un matrimonio que perdió a un hijo de tres años por enfermedad oncológica. Esta tradición continúa haciéndose actualmente.

<sup>13</sup> <http://www.elsantafesino.com/vida/2010/02/16/8867>



MENDOZA (2016). El periódico web *Mediamendoza* informa, que el 15-02-2016 los integrantes de la *Asociación de Jóvenes por la Lucha contra el Cáncer* llevaron a cabo un evento para concientizar sobre la enfermedad oncológica y sobre la donación de médula ósea. Como actividad creativa y plástica los miembros de la asociación hicieron la propuesta de una "pintada de manos" denominada "*Pintando, pintando nos vamos sumando*" con la que se formó el logo de la entidad organizadora que quedó plasmado en una bandera gigante con manos amarillas y rojas con un simbolismo especial: Todas las personas que se sumaban, se pintaban una mano de color amarilla, en adhesión a la concienciación por la lucha contra el cáncer infantil y la roja, para sumarse a la donación de medula ósea. (Mediamza, 2016)<sup>14</sup>

#### 4. ECUADOR

LOJA (2016). Según informa la web de *SOLCA LOJA*<sup>15</sup> el 19 de Febrero de 2016, la *Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA*, que es una Institución de derecho privado con finalidad de servicio público, creada con el propósito de efectuar la Campaña Nacional Contra el Cáncer en la República del Ecuador, procedió a un lanzamiento de globos.

El evento consistió en poner a los globos mensajes escritos por los niños con cáncer, y como novedad, ya recuperados de cáncer, sus familiares y ciudadanía que le interesó adherirse. Los "*Globos de Esperanza*" fueron lanzados al aire.

#### 5. VENEZUELA

CARACAS (Desde 2010) Se tiene constancia que desde el año 2010 la fundación *Fundailusion* de Caracas, viene realizando, con motivo del Día Internacional del Niño con Cáncer, un evento que llama "*Globos de Esperanza*" en el que los pacientes, en un trozo de papel escriben un deseo que atan a un globo que será lanzado al cielo como símbolo de esperanza de que esos sueños se cumplan. En una nueva edición de este evento, en 2013, se amplió su metodología con otras iniciativas plásticas que hacen que el planteamiento sea similar a la experiencia realizada cinco años antes en el HMI de Granada por la autora, y que se recoge en esta Tesis.

Como anuncia el blog de la fundación<sup>16</sup> tres días después del evento, los participantes en él:

<sup>14</sup> <http://mediamza.com/Contenidos/118402>

<sup>15</sup> <http://solcaloja.med.ec/site/index.php/2015-07-10-18-32-58/79-se-realizo-evento-globos-de-esperanza>

<sup>16</sup> <http://www.fundailusion.org.ve/2013/02/nuestro-evento-del-dia-internacional.html>



“plasmaron obras de arte en nuestro mural. Los chicos disfrutaron usando sus dedos para plasmar sus sentimientos sobre el Cáncer, dibujar algo que les hiciera feliz o escribir sus nombres. Los adolescentes con Cáncer y sus padres también colaboraron. Es así que tuvimos mensajes muy bellos como "Las flores son como nosotros, luchan día a día", "Vive, vive, vive", "Sigam luchando"

## 6. COLOMBIA

El panorama contra el cáncer en Colombia es poco alentador, como informa la web de la Defensoría del pueblo de Colombia<sup>17</sup>

“Según el Instituto Nacional de Cancerología indican que la tasa de incidencia en casos nuevos de cáncer infantil en el país es, en promedio, mayor a la latinoamericana. De hecho, cada año aparecen, aproximadamente, 2.200 casos nuevos. Lo más preocupante es que las tasas de sobrevivencia de los niños de 5 y 10 años de edad no llegan al 50%, cuando en otros países, inclusive centroamericanos, oscilan entre el 80% y 90%”.

Además en ese país existen muchas barreras para el tratamiento oncológico, como retrasos en las autorizaciones de medicamentos o falta de ellos; solamente la mitad de los menores que padecen cáncer sobreviven. Con esta premisa, como anuncia el diario web *Vanguardia*<sup>18</sup> de Colombia, el 15 de febrero de 2014 se conmemoró el día Internacional del Cáncer Infantil por parte el Observatorio Interinstitucional de Cáncer Infantil (OICI), del cual, la Defensoría del Pueblo es cofundadora, realizando la campaña "*Ponte la camiseta y únete a los deseos de los niños con cáncer*" en la Plaza Bolívar y la describe del siguiente modo:

“En el acto, los pequeños que padecen algún tipo de cáncer, elevaron una valla gigante con sus más profundos deseos en relación al acceso a los tratamientos que, según las fundaciones que agremian a los pacientes, vienen siendo negados u obstruidos. Según dijeron los asistentes, estas peticiones serán entregadas al ministro de Salud”.

El objetivo de la jornada fue crear conciencia en la sociedad de la importancia de la prevención y el tratamiento oportuno de esta enfermedad en los niños, además de reclamar una mejor atención.

<sup>17</sup> <http://www.defensoria.gov.co/es/nube/noticias/112/En-Colombia-se-presentan-m%C3%A1s-de-2000-nuevos-casos-de-c%C3%A1ncer-infantil-cada-a%C3%B1o-observatorio-interinstitucional-de-C%C3%A1ncer-Infantil-Derecho-a-la-vida-.htm>

<sup>18</sup> <http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/246955-lucha-contra-el-cancer-infantil-se-enfoca-en-barreras-de-acceso>



## 2.2. OBJETIVOS

### A) OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal de ésta investigación es:

Analizar los marcos conceptuales y áreas de conocimiento del humor, la creatividad, el juego, y sus vínculos de influencia en el ámbito de jóvenes con déficit de salud, para desarrollar propuestas lúdico-artístico-terapéuticas que, basadas en esos conceptos, favorezcan momentos de disrupción en el espacio/tiempo clínico y patológico, que permitan una mejor aceptación de la enfermedad, procurándoles efectos saludables, y posibiliten paliar los estados de estrés emocional, sufrimiento, dolor, ansiedad y soledad.

A partir del desarrollo de esas propuestas, se considerarán las repercusiones favorables que hayan podido generarse en el entorno.

### B) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Indagar sobre el **aspecto positivo del humor** y sus consecuencias, como recurso de salud en la clínica con menores.
2. Revisar y contrastar las distintas investigaciones, teorías y definiciones sobre el **valor terapéutico del juego** y los factores que en él intervienen.
3. Utilizar recursos **lúdico-artísticos** como otras posibilidades para el tiempo libre hospitalario que, a través del juego, la creatividad y el humor, permitan mantener la ilusión, la fantasía y la alegría propia de la infancia, a pesar de la enfermedad.
4. **Mejorar la comunicación** entre personal terapeuta y/o sanitario, enfermos y familiares, creando vínculos de distensión y cercanía, que faciliten la expresión de sentimientos potenciadores de la confianza y el afecto.
5. **Sensibilizar sobre la importancia del modelo** lúdico-creativo, especialmente al área de enfermeros/cuidadores/docentes, para su uso de forma sistemática, como instrumento o herramienta terapéutica, que procure bienestar y una mejor calidad de vida en colectivos vulnerables.
6. **Constatar** que el humor, la creatividad, el juego y el arte son adyuvantes terapéuticos que cumplen una función esencial en la reducción de los efectos negativos de la enfermedad.

Algunos de los objetivos expuestos se verán matizados y ampliados en los capítulos 6 y 7, correspondientes a la fase empírica de la investigación, en los apartados de "Objetivos" de las experiencias presentadas. (Puntos 6.4 y 7.4)



### 2.3. HIPÓTESIS

Los efectos positivos que el buen estado de ánimo aporta a la evolución del paciente y los lazos de aproximación y afecto que seamos capaces de generar a través del humor y los diversos procesos creativos y artísticos que creen distensión y acercamiento, pueden ser terapéuticos y hacer mejorar.

Las intervenciones que ocasionen un **cambio de actitud ante la enfermedad, son un adyuvante importante para el tratamiento alopático<sup>19</sup> que el menor recibe.**

En síntesis: **el humor, la creatividad, el juego, el arte, tienen un valor terapéutico.**

---

<sup>19</sup> Alopátia (medicina alopática o tradicional): tratamiento de los síntomas y enfermedades por medio de medicamentos, radiación o cirugía





## CAPÍTULO 3 - METODOLOGÍA

*Aunque los investigadores han enfatizado las técnicas cuantitativas en la evaluación de programas de salud, los métodos cualitativos ofrecen una forma más apropiada, si no la única, para lograr una resolución científica en la evaluación de ciertos problemas de investigación de los servicios de salud.*

Silverman, Ricci y Gunter (1990:1)

### 3.1. METODOLOGÍA CUALITATIVA

En nuestro caso se va a emplear una **metodología mixta** aunque, de forma casi generalizada, se usará la **metodología cualitativa** que, por otra parte, es cada vez más aceptada en los ámbitos investigadores y académicos, especialmente desde las últimas décadas del siglo pasado.

Para iniciar este apartado nos vemos obligados a recurrir a la sintetizadora reflexión que formulan Roldán y Marín (2012:18), pues nos define y delimita el marco en el que metodológicamente se va a plantear nuestra investigación, ya que nos recuerda las bases epistemológicas constitutivas de la misma:

“Una metodología de investigación es (...) la estructura conceptual que establece y justifica cómo se van a formular las preguntas e hipótesis de trabajo; qué tipo de datos y observaciones van a realizarse y con qué instrumentos de investigación; qué relaciones e implicaciones se mantendrán con las personas involucradas en ese problema; cómo se analizarán y se contrastarán los datos obtenidos y con qué instrumentos se harán tales análisis y contrastes (...)”

y es que debido a la complejidad y vulnerabilidad que presentan los entornos clínicos, con personas (menores y jóvenes) afectadas de importantes patologías, en los que se va a realizar nuestro trabajo, nos condiciona a emplear, casi con exclusividad, una metodología basada en la observación-acción, que nos permitirá obtener registros narrativos de los fenómenos estudiados y recordando a Campañà, Larraín y Creus (2007), que a su vez confirmaban los planteamientos de Casey (1993) y Bolívar, Domingo y Fernández (2001), reafirmandonos que la **investigación narrativa** es: “aquella forma de investigación cualitativa basada en relatos escritos, orales o visuales, que describen la acción humana (...) o bien la experiencia singular de las personas en su dimensión temporal” (p.3) y el significado que tiene para ellas su propia vida.



Así, en el proceso de esta investigación, ha ocurrido lo que como afirmaban Connelly y Clandinin (1990:5):

“Cuando uno se involucra en la investigación narrativa el proceso se hace más complejo, ya que, como investigadores, formamos parte del proceso. Las dos narrativas, del participante y del investigador se convierten, en parte, en una construcción narrativa, es decir, una reconstrucción de la investigación”.

La investigación narrativa sitúa, por tanto, a los participantes de la experiencia, actores de la vida cotidiana, como protagonistas principales y sujetos de la investigación. Esta visión narrativa de la identidad personal ha sido defendida por influyentes filósofos de diversas tradiciones, tales como Paul Ricoeur (1996:71) quien afirma, que: “el modo narrativo se presenta como el más adecuado para describir la acción humana con los componentes que la integran” o MacIntyre (1992:127) que mantiene, que: “nunca se puede prescindir en esta vida del testimonio autorizado consistente en conducirnos más lejos de donde ahora estamos” es por ello, una metodología de importante valor reconocido, como recuerdan (Aguilar y Chávez, 2013:2) que “se ha legitimado como una forma de construir conocimiento en la investigación educativa y social”.

Como recuerdan, Hornillo y Sarasola, (2003:373):

“El interés por la investigación narrativa viene unido a dos razones, al incomparable apogeo de la Escuela de Chicago y al conocimiento feminista. La escuela de Chicago con la que nos remontamos a los años 30 con la publicación, entre otras obras, de *The Jack-Roller*, de Clifford Shaw”.

Los trabajos de autores como: Clandinin y Connelly (1995), McEwans y Egan (1998), Bolívar, de la Cruz y Domingo (1998), Atkinson (2005) entre otros, son las principales referencias de esta metodología que han permitido hablar de este “giro hacia la narrativa”.

Un valor importante, asignado a esta metodología y que por ello se vincula directamente a nuestra investigación, es el que destacaba Hogan (1988:12), al afirmar que:

"Las relaciones de fortalecimiento se desarrollan con el tiempo, y el tiempo hace que los participantes reconozcan el valor que se mantiene en la relación. El empoderamiento de las relaciones implica sentimientos de "conexión" que se desarrollan en situaciones de igualdad, cuidado, propósito e intención mutua".

Para Atkinson (2005:5) “la narrativa no es el único modo de organizar o dar cuenta de la experiencia, aunque es de los modos más penetrantes e importantes de hacerlo”.

La narrativa es un género relevante para representar y hablar de la acción en la vida cotidiana y en contextos especializados y es una forma de caracterizar los fenómenos de la experiencia humana, permitiéndonos tomar consciencia de los asuntos y temas vertebrales que nos afectan (Bolívar, de la Cruz Fernández, Domingo 1998).



La metodología narrativa exige al investigador, una actitud activa como la que describen Taylor y Bogdan (1984:34): “arremangarse los pantalones: entrar en el campo, comprender un escenario único y sólo entonces, tomar una decisión sobre el estudio” que se esté realizando, sumergiéndose en el caudal de los hechos y de las relaciones sociales e interpersonales.

No es posible la comprensión sin inmersión, si no se consigue romper barreras y llegar al “cuerpo a cuerpo”.

La eficacia de esta metodología narrativa es dual. Al mismo tiempo que provee y permite al investigador el acceso a personas y experiencias privilegiadas por su alto contenido humano; por otro lado, les da la palabra y les permite expresarse, a través de sus relatos e historias de vida, convirtiéndolos en protagonistas, que no sólo describen, sino que incorporan sus propias miradas y reflexiones, otorgando sentido a lo que ellos hacen diariamente.

Debido a las circunstancias y situaciones personales de los participantes en la parte empírica de la presente investigación, ha sido necesario, para llevarla a cabo, recurrir a una metodología que nos permitiera tener contacto directo con la realidad en la que se iba desarrollando el estudio. Al mismo tiempo, disponer de la posibilidad de no estar limitados, únicamente, a una simple observación de los hechos y los protagonistas pues, en distintos momentos y de forma reiterada, existió la participación e implicación de la propia investigadora en diversas situaciones con los pacientes y familiares que, gracias a su implicación, ha podido reflejar testimonios directos, como se verá en los distintos instrumentos utilizados (diarios, imágenes, reflexiones).

Dada la intensidad y variedad emocional de las vivencias que se producen en ese contexto, se requería de un método que, desde una mirada analítica, permitiera a la investigadora recoger la amplitud de detalles de la experiencia. Es decir, elaborar, narrar, tejer un relato que reconstruyera la vivencia desde el análisis reflexivo, que ayudara a asimilar, ordenar situaciones, afrontar el dolor de los padecimientos infantiles observados y aprender de cada dura lección, que la enfermedad nos impartía magistralmente en cada segundo, a cada minuto, en aquellos entornos de déficit de salud. Sólo de ese modo narrativo, se podían resignificar los sucesos, buscando en ellos motivos, gestos positivos para continuar y cumplir con los objetivos marcados.

Desde una posición saludable y privilegiada, era más impactante aún, la verdad de aquellos contextos, por ello, con ese método, se favorecía el poder despertar en aquellas gentes y espacios, la esperanza, y hacer surgir un estímulo de emoción positiva que implicara una mejora cada día.

Además, al tener esta investigación una importante carga empírica, era necesario aplicar una metodología que facilitara la recolección de datos e historias de vida, motivaciones, sentimientos, intereses de los participantes para aproximarnos a sus experiencias, como ya nos apuntaba Somers (1994:614):



(...) la “experiencia” se constituye a través de narraciones; que la gente da sentido a lo que les ha ocurrido y está ocurriéndoles al intentar encajar, o en cierta forma integrar, lo que les ocurre dentro de uno o más relatos; y que la gente está guiada en ciertas maneras, y no otras, a partir de proyecciones, expectativas y recuerdos derivados del múltiple y, en última instancia, limitado repertorio de narraciones sociales, públicas y culturales disponibles”.

Para delimitar la metodología fundamental de esta investigación, recurriremos a sus autores referentes. Así, Connelly y Clandinin (1995:11-12) consideran que “la investigación narrativa es el estudio de las formas en que los seres humanos experimentamos el mundo”. Posteriormente, en la misma línea, McEwan (1997:88) defendía que: “la narrativa es una forma de caracterizar los fenómenos de experiencia humana”.

Con la argumentación expuesta en las reflexiones anteriores, concretaremos que se ha seguido, fundamentalmente, una **metodología cualitativa** con un enfoque metodológico **biográfico-narrativo**; sin embargo esta investigación tiene una **metodología mixta** pues, puntualmente, cuando la fase investigadora lo ha permitido, se han usado también instrumentos de **investigación cuantitativa** para evaluar y contabilizar, la influencia de determinadas propuestas. Como veremos, dichos instrumentos generarán resultados que influirán en la consecución de objetivos y reforzarán los resultados obtenidos, por lo que podemos confirmar, que el tipo de metodología planteada ha dado respuesta a las necesidades de la presente investigación.

Aunque la investigación metodológica tenga, de manera generalmente aceptada, un marcado carácter científico, para finalizar este Capítulo, no podemos por menos que ser “renuentes” desde nuestro campo de las artes, a considerarlo todo como una ciencia, como nos recuerda Marín (2011) pues también, desde un “intenso carácter emocional, creativo y subjetivo” podemos lograr resultados investigadores sin estar agrupados –todavía- en las “ciencias de las artes”.

Algunas características metodológicas de la investigación, se verán matizadas, ampliadas o adaptadas en la fase empírica de la misma, Capítulos 6 y 7, en los apartados correspondientes a “Metodología” de las experiencias presentadas. (Puntos 6.5 y 7.5).



## 3.2. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de gran variedad de materiales que describan la rutina, las situaciones y los significados de la vida de la persona, por lo que, de acuerdo con Roldán y Marín (2012:19), “las metodologías cualitativas prefieren comprender en profundidad la complejidad y circunstancias de los procesos involucrados en las situaciones que se investigan” y, dentro de la investigación biográfica-narrativa incluye un extenso conjunto de modos de obtener y analizar esos datos producidos.

Para mayor precisión de los resultados, se ha obtenido información a través de mecanismos diferentes. Los instrumentos de recogida y análisis de datos o eventos propios de esta metodología empleados, han sido los siguientes:

### 3.2.1. OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Según Sanmartín (2003:51) “es una técnica de investigación empírica diseñada para trabajar directamente sobre el terreno, sobre el lugar donde se desenvuelve la vida real”. Al practicarla se pretende hacer un análisis, reflexión de la circunstancias del escenario natural, interviniendo en él, a fin de reflejar la realidad de las experiencias vitales de los participantes. Sobre el particular, otros autores referencian a Ramón y Cajal:

“No basta examinar: hay que contemplar. Impregnémonos de la emoción y simpatía de las cosas observadas, hagámoslas nuestras tanto por el corazón como por la inteligencia. Sólo así nos entregarán su secreto. Porque nuestro entusiasmo acrecienta y afina nuestra capacidad perceptiva” (Pérez, G. 2000:22).

“La observación participante no se limita sólo a mirar y anotar, sino que se interactúa con los participantes, se viven experiencias conjuntas, se intercambian gestos, se comparten complicidades, se cruzan palabras, se mantienen diálogos” (Fernández, 1992:33).

Se trata de una observación persistente, ética, de la que se extraerán, para conferir fiabilidad a los hechos de la experiencia, numerosos extractos reflejados en el cuaderno de campo.

### 3.2.2. CUADERNO DE CAMPO

Como dice Tójar (2006:229) “el investigador no es nada sin su diario de campo”. El cuaderno de campo es un discurso donde la experiencia humana vivida se expresa como un relato. Esta particular reconstrucción narrativa se organiza en una secuencia cronológica y temática coherente. Es como un relato de vida y experiencia, personal, subjetiva, compuesta de pequeños sucesos diarios donde lo más importante es la forma en que se relacionan entre sí, su coherencia y sentido.



---

### 3.2.3. NARRACIONES DE LOS PARTICIPANTES

Han sido de dos tipos: (a) de carácter autobiográfico, materializadas en la **escritura de deseos**; y (b) de carácter creativo, que han conformado relatos relacionados con las subjetividades y el contexto en el que se encuentran, y que han tomado forma de **cuentos y poemas**.

Este tipo de narraciones fluyen a lo largo de la investigación empírica como un instante de fuerza personal (Bachelard, 1999).

En el apartado de Datos Recogidos (Punto 3.3) de esta misma sección, concretamos la distribución de los mismos.

---

### 3.2.4. DIARIO AUTOBIOGRÁFICO

En él se recopilan relatos autobiográficos provocados e inducidos por un cuestionario abierto que recoge ítems afines a la relación personal entre los objetos creados en taller y los autores.

La autobiografía se manifiesta como una “versión” reconstruida por los actos narrativos de los “protagonistas” y cómo tal reflexión puede aportar diferentes argumentos de la misma vida. (Aceves, 2001).

En el diario, según afirman López y Martínez (2008:15):

“se cuenta la historia a través de la visibilización de lo oculto en cada microrelato, y la obra se convierte, así, en una obra coral, interminable, orgánica, que se modifica a tenor de sus autores y autoras colectivas dando como resultado una obra dinámica que se cuenta a sí misma. Un gran relato a partir del pequeño relato, que adquiere entidad más allá de lo que participante creó o dio forma al espacio inicial. Narrativas entretejidas (...) lugares paradójicos para la magia y lo innombrable, ofrece un dispositivo de traducción, análisis, y expresión. Ofrece un lugar para la visión, el silencio, la reflexión. Narraciones que al escribirse suponen algo de terapéutico:(...) activando la cura a quien abre su herida y la muestra al público, aliviando el dolor en quien lo comparte(...)”.

---

### 3.2.5. GRABACIONES EN VÍDEO Y FOTOGRAFÍAS

Son recursos visuales, cuidadosamente seleccionados, sobre todo imágenes fijas (fotografías), y puntualmente, en movimiento (video), que aparecen, fundamentalmente, en la parte empírica, pero también a lo largo del desarrollo de la investigación teórica, cumpliendo algunas de las funciones de las técnicas visuales que se pueden extraer de las reflexiones Buxó (1999:1-8):



- Representar el conocimiento científico. La verificabilidad de lo que describen les aportan objetividad científica.
- Ser un registro visual de la realidad como un apoyo y complemento de la descripción. Documentación.
- Elaborar un relato, defienden una perspectiva.
- Una forma de enriquecer el análisis comparativo.
- Instrumentos eficaces de comunicación y de discurso.
- Acceso a la información.
- Se constituyen como soportes para la memoria. Una forma de avivar la memoria situacional, reconstruir el pasado y ayudan a iluminar las realidades del presente.
- Reactivadores de la sensorialidad.
- Amplificadores del conocimiento y la imaginación.
- Neutralizar la distancia entre realidad y representación.
- Crear nuevas estrategias de expresión y comunicación.

Es necesario utilizar recursos visuales en un estudio del área artística porque, como defienden (Roldán y Marín, 2012), son “nuevas formas de investigación” pues tienen grandes posibilidades indagatorias ya que es conveniente argumentar, con algo más que razonamientos verbales.

### 3.2.6. ENTREVISTAS ESPONTÁNEAS

Agrupan los diálogos y conversaciones mantenidos con los participantes, a modo de encuentros, surgidos al azar de la convivencia durante el proceso de la experiencia debido a que, como afirma Campaña, Larraín y Creus (2007:6): “las relaciones que voy poco a poco tejiendo con estas personas se da, sobre todo, a través de la palabra hablada, o como dice María Zambrano, de la palabra viva”.

Se pueden calificar estas entrevistas como **conversaciones etnográficas testimoniales**, ya que se producen en el hábitat de la intervención y tratan sobre los aspectos, problemáticas relacionadas con estados de salud individual y comunitaria y la intervención creativo-terapéutica desarrollada. Se recogen en el Cuaderno de Campo.



Por otra parte, se integrarán en la investigación unas entrevistas a los protagonistas, tanto estructuradas como no estructuradas y que se plantean para obtener respuestas constructoras de la realidad que observan los sujetos del entorno social concreto en el que se realiza la investigación (Sampieri y Cols, 2003), sin la pretensión previa de conformar hipótesis o calibrar efectos, simplemente, relatar lo que ocurre alrededor del sujeto, por lo que, como es habitual cuando de metodología cualitativa tratamos, los planteamientos de trabajo irán apareciendo en el discurrir de la investigación, para lo que hemos tenido en cuenta en nuestro caso, el contexto cultural, para investigar en los entornos clínicos donde las personas permanecen por sus circunstancias especiales.

“Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, (...) dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los que las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas (...) siguen el modelo de una conversación entre iguales”. (Taylor y Bogdan, 1984:101).

Los detalles y planteamientos de las referidas entrevistas se presentan a lo largo del desarrollo de la fase empírica, concretamente en los Apartados 6.7.6 y 7.7.1.

### 3.2.7. CREACIONES ARTÍSTICAS COMO INSTRUMENTOS EXPRESIVOS

Se trata de elaboraciones plásticas y creativas que, en función de su metodología, proceso de construcción y resultado se pueden clasificar en dos tipos:

- **Obras de arte:** como el mural que elaboró, con la técnica del graffiti, el joven oncológico y cuyo proceso se describe, detalladamente, desde la fase de concepción, en el Apartado 6.6.4 de esta investigación, titulado “Voy a vencerla”.

Consideramos también obras de arte aquellas creaciones o dibujos de carácter personal que los distintos pacientes han podido hacer a lo largo las dos experiencias que constituyen la investigación empírica, y que han servido de expresión o comunicación de ideas y sentimientos y por eso son significativos, como nos recuerda Gutiérrez (2005) sobre la idoneidad del **método de obtención de información** en determinadas investigaciones a partir de los dibujos de menores, debido a la potente carga narradora que poseen.

Las obras resultantes se han ido exponiendo y documentando en cada caso, con fotografías y descripción detallada, a lo largo del desarrollo de la fase empírica.





- **Elaboraciones artesanales con valor artístico:** Destacaremos, en primer lugar, las creaciones de cometas hilo y palillos de madera, piezas clave en una de las experiencias. Podría considerarse que, en parte, fueron obras artísticas porque, aunque inicialmente se propusieron como una construcción mecánica, como un modo sistemático de patrón a seguir, (manualidad), hay que puntualizar que, gracias a la implicación de los participantes, su ilusión y cariño invertido en hacerlas cada vez mejor y más bonitas, terminaron siendo objetos con valor artístico, pues cada persona las llevó a cabo de forma distinta, introduciéndoles múltiples modificaciones personales, inventadas, creadas, que las dotaron de gran originalidad. Modificaciones vinculadas a los materiales (palitos de distintos tamaños, tonos, formas e hilos/lanas de todas las características) y a su estructura (caladas, con distintas formas geométricas y opciones de complemento para la cola, etc).

También señalaremos que, a lo largo del desarrollo aparecen otros ejemplos de artesanías realizadas, con distintos materiales por los jóvenes con déficit de salud, tanto oncológicos como con trastornos de TCA, durante mi acompañamiento en el que, en momentos puntuales, también se usó el recurso de las manualidades como método de conectar, empatizar, distraer. También se han ido exponiendo y documentando, en cada caso con fotografías, a lo largo del desarrollo de la parte empírica investigadora.



### 3.3. DATOS RECOGIDOS Y VALIDACIÓN DE LOS MISMOS

El proceso de triangulación para la recogida de datos se ha basado en cuatro aspectos:

1. Los diversos instrumentos.
2. Los sujetos (pacientes y familiares).
3. De expertos (personal sanitario: auxiliares de enfermería y psicóloga).
4. De las situaciones empíricas concretas.

Al emplear estos instrumentos puede surgir el planteamiento de si son válidos y fiables, pues si no fuera así, los resultados de la investigación se verían considerablemente afectados pero, en este caso, hay que aceptar la validez y conveniencia de los que se han empleado, recurriendo a la calidad de la información de los datos extraídos con ellos, por la espontaneidad, sentimiento y sinceridad con la que se expresan: relatos llenos de emoción y experiencia vital, es decir que teniendo en cuenta una de las directrices del paradigma construccionista que plantea Hernández en la publicación que comparte con Gómez Muntané, Hernández y Pérez (2006:27):

“Se asume que las realidades son aprehendidas en forma de múltiples construcciones mentales intangibles, que están fundamentadas social y experiencialmente, que son locales y específicas en su naturaleza y dependientes en su forma y contenido de las personas individuales o los grupos que mantienen las construcciones”.

En este sentido, el investigador, y el objeto de investigación, se asumen vinculados a un proceso de interacción, dado que los “resultados” son “literalmente creados” en el transcurso de la misma, por tanto, **los datos obtenidos en el proceso, son el resultado de la investigación.**

Se ha creído conveniente mostrar, de forma contrastada, estos datos, clasificándolos según su origen y naturaleza, a través de registros construidos en base a cuatro categorías diferentes:

1. **Hitos o hechos relevantes.** Reflexiones autobiográficas, biográficas e historias de vida narradas cronológicamente por la autora y, por tanto, susceptibles de subjetividad:
  - Cuaderno de Campo (Punto 6.6.2)
  - Siluetas de la experiencia (Puntos 7.6.1 a 7.6.3).



2. **Transcripción de situaciones y acontecimientos.** Manifestaciones íntimas de la triangulación de enfermos, familiares y personal terapéutico, con la objetividad de la reproducción literal de una vivencia o la descripción escueta de una situación:
  - Hechos Concretos (6.7.5)
  - Entrevistas (6.7.6 y 7.6.4)
  
3. **Expresión íntima de sentimientos, pensamientos y reflexiones autógrafas** de los participantes reflejadas en:
  - Las composiciones del Taller Poético-Literario (6.6.5.1)
  - El Diario de la Cometa (6.7.7)
  - Los Relatos lúdicos / sesiones de narrativa (7.6.3.4 y 7.6.3.5).
  - La formulación de deseos (6.7.6.2)
  - Cuestionario de satisfacción (7.7.1)
  
4. **Percepción social de la experiencia por personas ajenas a la misma** y que, en principio, aportan un juicio externo, objetivo y profesional con sus comentarios en los medios para su difusión, en el resumen de la percepción exterior e información audiovisual, en **Anexos A.1.1 y A.1.2.** y opiniones de reconocidos artistas y/o creadores sobre este tipo de actividades (entrevistas en **Apartado 4.15**).

Esta múltiple visión garantiza una vasta percepción de los resultados que, desde su interacción, definen y dan forma a la investigación mostrando su evolución y consecuencias de forma cronológica, progresiva y cruzada.

La exhaustividad de los datos trata de aproximar la investigación al concepto de fiabilidad a la que se refiere Bolívar, Domingo y Fernández (2001:136), cuando afirman que, “las exigencias de fiabilidad y validez interna han de redefinirse para adecuarlos a una perspectiva interpretativa, y vendrán dados por la propia credibilidad y coherencia interna de las historias, partiendo de que el principal criterio de verdad será la propia implicación de los participantes, su honestidad personal y el interés mutuo de llegar a conclusiones consensuadas”.





## PARTE II

# MARCO TEÓRICO





## CAPÍTULO 4 - HUMOR HOSPITALARIO

### 4.1 APROXIMACIÓN A LA DEFINICIÓN DE HUMOR

Como punto de partida del análisis y de búsqueda de significado, es oportuno hacer referencia a una definición actual como la que aporta el diccionario Moliner (2007): “Humor: Estado de ánimo de una persona, habitual o circunstancial, que la predispone a estar contenta y mostrarse amable –buen humor– o por el contrario, a estar insatisfecha y mostrarse poco amable –mal humor –”

La palabra humor es un concepto muy amplio, con multitud de significados, quizá por su complejidad al “tratarse de algo escurridizo y volátil” (Vázquez, 1976:9). Sensación similar es la que transmite Idígoras al reconocer su dificultad a través de una metáfora: “El humor como el agua no tiene forma, así que puede adoptar cualquiera” (Ferrario, 2006:33), o la definición atribuida al genial Groucho Marx, “Humor es posiblemente una palabra; la uso constantemente... algún día averiguaré su significado”.

Desde siempre, es un término que ha sido abordado y enriquecido en cada peldaño de la existencia: por cada cultura, región, comunidad; por cada disciplina, persona, vivencia, sentimiento. En el fondo, una cadena de subjetividades que han aportando matices a su significado ¿concretándolo, dilatándolo ó difuminándolo?

El humor, como afirma Carretero (2005:14): “(...) podría encuadrarse dentro de esos fenómenos que son considerados como muy familiares, a la vez que desconocidos. Familiar porque está presente en todos los seres humanos, al tratarse de una conducta de la gente en su contexto”.

Araujo (2010) cita a Emilio Temprano que, en su libro “*El arte de la risa*” (1999), considera “muchos son los rumbos y las rutas posibles en el mar de la risa” (s.p.). Susceptible de ser definido desde bastantes ámbitos, es muy amplia la cantidad de estudios teóricos que están colaborando a la conceptualización del humor en sus diversas áreas aunque, a veces, existan autores que desconozcan su esencia y no concreten su definición, como Latta (1998) (citado por Rea García, 2015:22) cuando afirma que: “El humor es en esencia un misterio...En ninguno de sus campos de aplicación básicos, existe una única forma de definir el término ‘humor’”, tendencia que es apoyada también por quienes piensan que no es posible su puntualización. Así, Rodríguez Idígoras (2002:17) opina que: “definir el humor y encerrarlo en unas pocas palabras supone una atrocidad y una contradicción”; atrocidad que éste autor da imagen a través de la definición de Jardiel Poncela que manifiesta la misma idea: “definir el humor es como intentar atravesar las alas de una mariposa con un poste de teléfonos”.

Etimológicamente, según el RAE, el término proviene del latín *umor-oris*, que hace referencia a los *humores o líquidos del cuerpo humano*.



Los antiguos griegos, creían que el cuerpo humano contenía cuatro líquidos básicos llamados “humores”, los cuales se relacionaban con los cuatro elementos: sangre (aire), bilis amarilla (fuego), bilis negra (tierra) y flema (agua). Su proporción determinaba el temperamento. Su equilibrio era símbolo de buen humor y salud. A este respecto, destacaremos la definición de humor que Roeckelin (2002) recoge tomando como fuente el *Webster’s Third New International Dictionary* (1993): “El humor ha sido definido como un funcionamiento normal de los fluidos corporales (como sangre, bilis o flema), especialmente en el caso de los vertebrados; una secreción que es en sí mismo una actividad excitatoria (realizada por ciertas hormonas); en filosofía medieval: un fluido de animal o planta, específicamente uno de los cuatro fluidos que forman parte de la constitución del cuerpo y que van a determinar, en función de sus proporciones relativas la salud y temperamento de la persona; también carácter, disposición habitual o constitucional; estado temporal de la mente; una repentina e impredecible inclinación” (Citado por Carretero, 2005:18).

Llama la atención su relación con el carácter, hecho que se ha mantenido constante en el concepto, a lo largo del tiempo y desde la antigüedad.

Perlmutter (2000) y Roেকেlein (2002) consideran que a partir del siglo XVII, el término humor empieza a ser emparejado con la risa y con lo *cómico*. Desde este momento es cuando se empieza a considerar lo jocosos como determinante del carácter, concretándose así la definición de humor. (Citado por Carretero, 2005:15).

Según Bremmer y Roodenburg (1999:1) “esta noción del humor es relativamente nueva. Su aceptación moderna queda recogida por vez primera en 1682 en Inglaterra. Hasta entonces la palabra se refería al ánimo mental, al temperamento. La conocida obra de Lord Shaftesbury -Un ensayo sobre la libertad de ingenio y humor-, fue uno de los primeros escritos en usarla con la acepción que conocemos, es decir, según la definición del *Concise Oxford Dictionary*: gracioso, divertido, algo menos intelectual pero más simpático que el ingenio”, surgiendo entonces, la clasificación del humor en dos grupos: **humor positivo** (optimista) y **humor negativo** (pesimista).

Genéricamente esta investigación pretende abundar sobre el humor positivo por lo que cerraremos esta aproximación a la definición de humor recurriendo a pensadores, filósofos o humoristas que ya lo han hecho con bastante acierto. Tomando como referencia Roeckelin (2002) (Citado por Carretero, 2005), y de acuerdo con él, el humor puede concebirse como la capacidad de percibir, apreciar o expresar lo que es cómico y divertido, incongruente y absurdo; o a Buckman (1980), que lo considera “como un serie de dolorosas emociones transformadas de forma que producen placer”. (Citado por Rodríguez Idígoras, 2002:111); más genérica es la de Bremmer y Roodenburg (1999:1) cuando afirma que es “Cualquier mensaje -se transmita por el gesto, la palabra, hablada o escrita, la imagen o la música- que se proponga provocar la sonrisa o la risa”.





## 4.2 FORMAS DE EXPRESIÓN

El análisis de las definiciones expresadas en relación al humor positivo y sobre todo las que recoge Rodríguez Idígoras (2002) en el trabajo *“El valor terapéutico del humor”*, sugiere a la autora el establecimiento de una clasificación de dichas definiciones según el enfoque que plantean, uniéndolas en base a dos categorías o perspectivas: **humor como instrumento** y **humor como forma de ver las cosas**, siendo esta última, quizá, la más importante y en la que más autores basan su definición.

### 4.2.1. HUMOR COMO INSTRUMENTO

Así, un grupo importante de los humoristas citados en el referido trabajo de Rodríguez Idígoras, consideran el humor como un elemento auxiliar, una herramienta, un instrumento que pueda servir para conseguir el fin; algunos directamente emplean el término **herramienta**, como el propio Rodríguez Idígoras (2002:16): “el humor es una herramienta con la que conseguir hallazgos cómicos, y por ende, regocijantes y saludables, con las variables que el azar va poniendo en el camino”; Bill Cosby: “El humor es una herramienta de poder. Nos proporciona una perspectiva diferente de nuestros problemas y una actitud de desapego y de control” (citado por García Walker 2000:125). Como bien menciona el título que da nombre al sexto capítulo del libro titulado *“El parlamento de papel: las revistas españolas en la transición democrática”* (Fontes y Menéndez, 2004) “el humor es como un arma de intervención en la realidad” y además, “el sentido del humor nos ayuda a conocer y comprender el mundo que nos rodea (...) ayuda a ver la realidad desde diferentes perspectivas. Encuentra el lado jocoso y divertido de la vida” (Fernández, 2003:29). Parece muy acertada y afín a los objetivos de ésta Tesis, la definición que aporta Moncho Goicochea, citada por Francesc Abellá, en el libro del que es coautor, *“Risas y humor”* (2006): “el humor puede ser una herramienta que, como cualquier otro género (...), pero más agradablemente que otro, ayude a transformar la realidad que nos rodea” (en el epígrafe “sobre el concepto de humor”, párrafo 12). Luis de Herrán (2001:15) apunta que: “el humor, es una herramienta de muy fácil acceso que proporciona al que la utiliza beneficios corporales y psicológicos inmediatos y a largo plazo”. Alguno, como Pepe Viyuela, en el último párrafo de su artículo, en el libro antes citado (AA.VV. 2006:21), lo consideran como *herramienta de salvación* que te permite permanecer a flote: “El sentido del humor es un flotador que permite que no nos vayamos al fondo. Cuando el humor no existe, nuestro peso es demasiado alto y cualquier tormenta podría llevarnos al fondo”.

Otros autores, ese instrumento no lo citan como tal y es el humor, directamente, el que lo consideran un medio, como Sigmund Freud (1994:208): “Es un medio para conseguir placer a pesar de los efectos dolorosos que a ello se oponen y aparece en sustitución de los mismos. Es un método para reconquistar la infancia y para producir placer a través del ahorro de la coerción”. Por otro lado, hay investigadores (Rodríguez Idígoras, 2002; Fernández, 2003; Fernández y García Cerrada, 2010; Jáuregui y Fernández Solís, 2009) que consideran que el humor es la disciplina que se preocupa en ayudar a descubrir, cómo enseñar un determinado campo del

saber. Rodríguez Idígoras (2012:22), citando a Cayo Moya, dice que: “el sentido del humor hace descubrir muchas cosas en el mundo que sin él no se descubrirían. La risa no sólo es una cuestión divertida sino un modo de conocer la realidad”. Algunos, incluso lo universalizan, porque, además, paradójicamente “humor se escribe con ‘u’ de universal” (González, 2002:346). En numerosas investigaciones y diversos autores (Delauro, 2006; Seaward, 1992), entre los que se encuentra Joel Goodman director del *Humor Institute* en Saratoga, Nueva York, se ha valorado al humor como una dimensión de primer orden, al considerarlo como “un lenguaje universal”; Patch Adams en el libro *“Risas y humor”* (AA.VV., 2006:29), afirma que “el humor es un <pegamento> social”, mientras que otros humoristas lo relacionan directamente con la comida, considerándolo un alimento, como Cousins (1991): “Para mí el humor es como un alimento. El humor y la risa deben constituir una parte importante en la dieta de toda persona sana” (citado por García W., 2000:44) o Francia (1996): “un fruto que aumenta cuanto más se regala”(p.113) y del que hace una curiosa afirmación materializando, imaginariamente, al humor como algo medible con un instrumento, dotándolo con un ingenioso nombre propio: “El sentido del humor es un excelente termómetro para comprobar el estado de nuestra sociedad. El humorómetro, en el que la aguja señala el grado de salud mental y social de los individuos y colectivos sociales” (p.27); este *instrumento* también es dibujado por Antonio Fraguas “Forges” que, con la habilidad que le caracteriza, realiza una simpática representación del mismo.

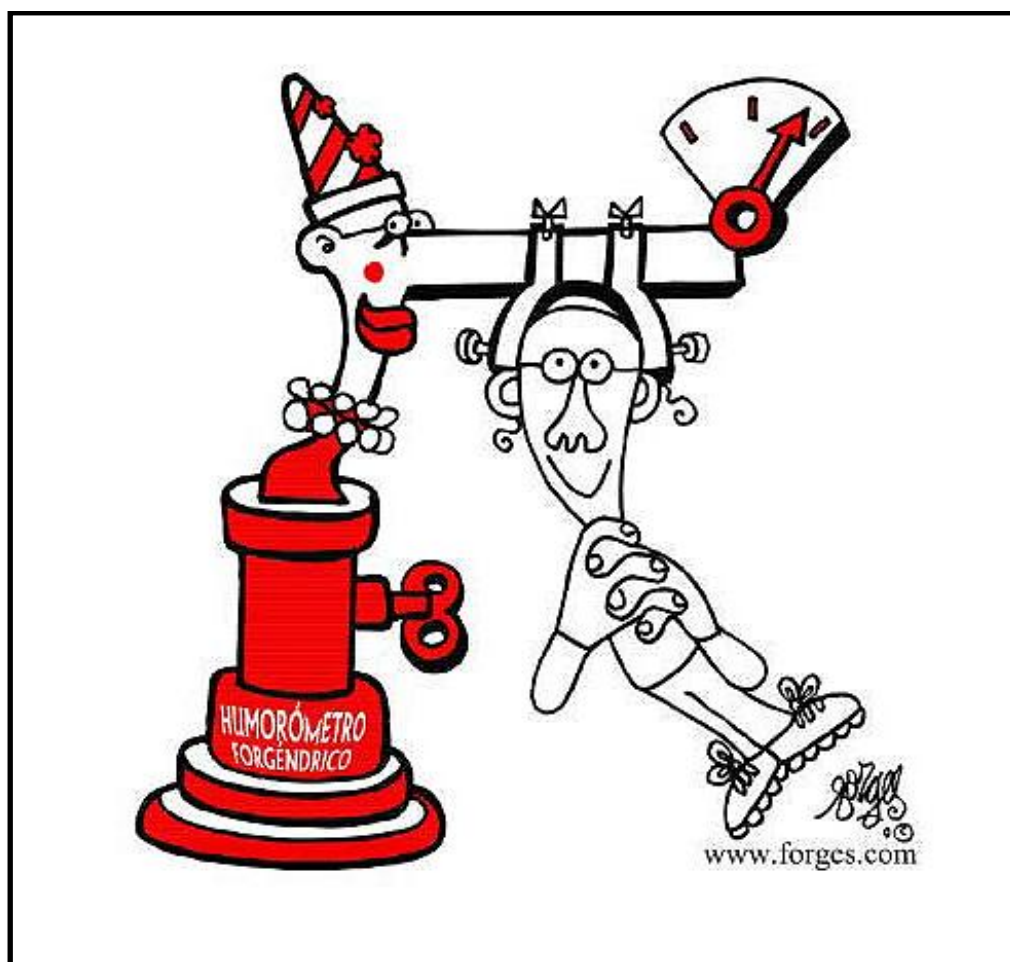


Ilustración 4.01: Dibujo del “Humorómetro” realizado por Antonio Fraguas. ([www.forges.com](http://www.forges.com))



#### 4.2.2. HUMOR COMO FORMA DE VER LAS COSAS: UN MODO DE VIDA

Ya Theodor Lipps (2015:321) importante investigador del humor, filósofo y psicólogo, considera que hay “tres modos de ser del humor” entre los que incorpora la acepción que da nombre a este epígrafe, distinguiendo entre “humor como estado de ánimo o modo de contemplación -por tanto de considerar las cosas-”; el “humor como representación” y el “humor objetivo”, reconociendo, al mismo tiempo, que el humor “está solamente en quien lo tiene”.

A modo de introducción del epígrafe debemos destacar, que esta manera de entender el humor, “como forma de ver la vida” ya fue abordada hace bastantes años: cita Siurana (2015) que fue Harald Høffding, filósofo danés, quién en 1916 escribió el libro “cuyo título que se podría traducir *“El gran humor. Un estudio psicológico”* en el que “presenta su propuesta de “el gran humor” como un sentimiento como *“un sentimiento total”* que nos ayuda a entender mejor en qué consiste la vida y qué orienta nuestra acción” (p.105).

Con el criterio seguido en el punto anterior y tomando como referencia a los escritores y humoristas citados en Rodríguez Idígoras (2002), procedemos a agrupar a los autores que se acercan al concepto de humor considerándolo como un modo de vida que, incluso es capaz de cambiar la percepción de la misma. Algunos de ellos ya lo conciben directamente como **una actitud** ante la vida; así, Edgar Neville (1969:745) lo define como: “es una actitud ante la vida en la que el sujeto tiene los ojos muy claros y la mente muy serena, en la que el individuo no está dispuesto a creer ni admitir los tópicos y lo establecido, así como así”; Dooley (1941:37) defiende que: “es una actitud hacia un acontecimiento, una situación, o hacia la vida misma consiguiendo que, lo que de una manera se presenta como triste y terrible, aparezca ahora como insignificante y divertido (o al menos tolerable)”.

En la misma línea, es interesante recordar al caricaturista y poeta alemán Wilhelm Bush (s.f.) pues para él, el humor es la clave que permite que, por encima y más allá de todo lo que nos pueda pasar, seamos capaces de reír; además, si sucede, según Camozzi (2001:65), será un buen síntoma, ya que “poder reírse de una situación adversa es empezar a superarla”. Esto es posible ya que el humor “si siempre divierte, casi siempre convierte o revierte” (Camozzi, 2001:58) sobre todo cuando se tenga presente que “allí donde el ceño adusto nada logra, la sonrisa acierta a abrir un camino” (Fernández Flórez, 1945:27).

Ramón Gómez de la Serna (1930:351) en su texto *“Gravedad e importancia del humorismo”* considera que “el humor es la actitud más cierta ante la efimeridad de la vida; es el deber racional más indispensable, y en su almohada de trivialidades, mezclada de gravedades, se descansa con plenitud (...) casi no se trata de un género literario, sino de un género de vida o, mejor dicho, de una actitud ante la vida”.

Continuando con el recorrido de autores que consideran el humor como “un modo de vida” y con carácter más psicológico, cabe destacar a Steven Sultanoff (citado por Villar, 2003:4), de la *Asociación Americana del Humor Terapéutico* que afirma:



“el humor es una vacuna cognitiva (intelectual) que nos permite ver el mundo de manera más realista y libre de distorsiones emocionales”.

Rodríguez Idígoras (2002:135) cita a Sullivan (1954) que lo define como: “la capacidad de mantener un sentido de proporción respecto a la importancia que uno otorga a las situaciones de la vida, en la cual uno se encuentra a sí mismo”, y es que el humor es, según Garanto (1983:73) “una tonalidad anímica (...) una cualidad afectiva, una energía vital que hace capaz al individuo de reírse, relativizarse, incluso relativizarlo todo, a pesar de todo, aprovechando y afirmando la vida, viviéndola intensamente”.

De manera similar y complementaria a las anteriores, Ferrario (2006:48) estima que “el sentido del humor es una excelente manera de crear puntos de vista diferentes; es un elemento excelente para reestructurar el campo interior y cambiar nuestra manera de valorar las cosas. Nos ayuda a encontrar soluciones nuevas para problemas viejos, otros caminos. Nos ayuda a dar la vuelta a las situaciones, a sacar la vitalidad, el entusiasmo, una manera fresca de ver la vida, de volver a sentir curiosidad por las cosas”, incluso al autor Alfonso Francia (1996:36) se le puede volver a encuadrar también en esta clasificación y tipología de definición cuando afirma que; “el humor es la capacidad de integrar de forma festiva toda la vida y dotarla de una coherencia entre las acciones, sentimientos y pensamientos. Se trata de una manera de ser en la vida, de ver la vida, de vivir la vida”.

Estimulada por el humor esta facilidad o don humano de modificar nuestra manera de ver, y que describen los distintos investigadores mencionados (Ferrario, 2006; Francia 1996), puede explicarse, por cierto con bastante humor, con el dato, de autoría anónima, que aportaba en su discurso de ingreso a la RAE, Fernández Flórez (1945) que afirmaba: “Alguien dijo alguna vez *«Quizá sea una lesión del cerebro que impone esa especial visión de las cosas»*” (p.10). Julio Casares, Secretario de la Academia, en la contestación a su discurso, refiriéndose también a ese efecto del humor “sobre la percepción”, lo compara con las peculiaridades y características de la visión humana: “pero así como la visión estereoscópica se obtiene por la suma de dos imágenes iguales con leve desviación del eje focal, así también parece posible que, mirada la misma cosa desde un punto de vista algo diferente, gane una nueva dimensión y se nos muestre con mayor relieve” (p.40).

A modo de síntesis, destacaremos a algunos autores cuya definición del humor, como posición ante la vida, resulta totalmente contundente, concisa y elocuente, como es el caso de Rodríguez Idígoras (2002:76): “el humor es (...) una manera de ser y de estar entre las personas” o Jáuregui, con quien tuve la oportunidad de conversar durante el 1º Congreso de Psicología Positiva celebrado en El Escorial en 2012, y en el que me comentó: “...que el humor es el sentido de ser”.

Ambos autores -Idígoras y Jáuregui- coinciden en sus definiciones al unificar los conceptos de Humor y Vida, y es que:



“El humor se coge del brazo de la Vida, con una sonrisa un poco melancólica, quizá porque no confía mucho en convencerla. Se coge del brazo de la vida y se esfuerza en llevarla ante su espejo cóncavo o convexo, en el que las más solemnes actitudes se deforman hasta un límite que no puede conservar su seriedad (...) El humor tiene la elegancia de no gritar nunca (...). Pone siempre un velo ante su dolor. Miráis sus ojos, y están húmedos, pero mientras, sonríen sus labios”. (Wenceslao Fernández, 1945:15).

En este apartado se ha expuesto cómo varios autores defienden el “humor como una forma de ver la vida”. Paradójicamente, y como ya se ha comentado, el humor cambia la manera de percibir pero también exige, para poder ser efectivo, “otra manera de mirar”, de “diagnosticar” lo que nos ocurre como ya puso de manifiesto Berger (1993): “...tanto el acto de percepción de lo cómico como el acto de diagnóstico médico requieren hacer abstracción del entramado de significados y emociones que construyen (...) la realidad primordial de la vida cotidiana. Y, pensándolo bien, el acto de reírme del tropezón también podría describirse, en cierto modo, como un diagnóstico”. (p.68-69). Como bien apunta el autor la risa es un modo de “diagnostico” ya que esta palabra viene del griego *diagnostikós*, cuyo prefijo “*día-*”, significa “a través”, y *gnosis*, “conocimiento” o “apto para conocer”, es decir “conocer/ver a través de” o “más allá de la superficie de los hechos” idea que se entrelaza con el planteamiento de Català (2009: “el humor se puede considerar como una forma de conocimiento: la risa, (...) es el punto de partida de una toma de conciencia de (...) la verdadera naturaleza de las construcciones humanas (...) se trata de que la risa abra la puerta a la toma de conciencia, a la crítica y al proceso de análisis que conduce al conocimiento”(p.4) y, posteriormente, concluye: “en cualquier caso, el humor está siempre generado por una construcción retórica que implica no sólo una determinada manera de ver las cosas, sino también una materialización de esa perspectiva a través de una forma verbal o visual. Es un proceso de pensamiento el que queda inscrito en la forma cómica o humorística” (p.10-11).

Finalizaremos éste apartado recordando la definición que hace del humor de Jesús María Ruiz Irigoyen (2012:14) en el libro “*Humorizar la salud*”: “el humor es una forma de amar”.



### 4.3 TÉRMINOS Y SIGNIFICADOS

A lo largo del tiempo, la evolución del lenguaje ha desarrollado un rico vocabulario de sustantivos, verbos y adjetivos relacionados con el humor. Numerosos conceptos giran en torno a él, lo que ha generado multitud de expresiones y definiciones diferenciadas que dificultan su concreción: **ingenio, broma, chispa, divertido, gracioso, chiste, entretenido, cómico, risa, sonrisa, carcajada, ironía**...son algunas de ellas.

Berger (1993) en su libro *“Anatomía del humor”* aporta una definición de humor que incorpora algunos de estos términos “humor es calidad de una acción, discurso o escrito que resulta divertido, extrañeza, jocosidad, burla, comicidad, diversión” (p.25-26).

Aunque es vasta la bibliografía existente al respecto, y no es el objeto de ésta investigación entrar en un exhaustivo análisis de las diferentes teorías, sí consideramos interesante, como ya han hecho otros investigadores (Carbelo y Jáuregui, 2006; Rodríguez Idígoras, 2002; Siurana, 2015) hacer un breve análisis de los términos que se han estimado fundamentales, ya que en numerosas ocasiones su consideración es conjunta al ser elementos propios del humor; para ello recordaremos de nuevo a Fernández Flórez (1945), cuando en su anteriormente citado discurso de ingreso en la RAE, refiriendo que, de la “evolución romántica” de la frase “estoy de buen humor”, como sinónimo de alegría o regocijo: “nace la identificación de *humor, humorismo*, con *alegría, comicidad*” (p.23). Se crea así una fuerte unión de términos que, por desarrollarse de modo paralelo, a veces confluyen o se superponen. Al citarlos se pondrán de manifiesto algunas claves del concepto que representan.

#### 4.3.1. HUMORISMO VS. CÓMICO

Cómico es un término que linda a veces con los de humorismo o humorístico ya que comparte con ellos rasgos comunes y cierta similitud como apuntaban Berger (1993:26): “*cómico y humorístico* parecen ser sinónimos como adjetivos”; y Jardiel Poncela (2002:141) “(...) y es que *lo cómico y lo humorístico no son conceptos antitéticos*, (...) sino que, por el contrario, lo humorístico abraza muchas veces dentro de su órbita a lo cómico (...)”.

Por eso algunas fuentes, al definir estos conceptos, aún siendo distantes en significado, suelen usarlos indistintamente, incluso de manera simultánea. Es el caso del diccionario de la Real Academia Española de la Lengua que define el humorismo como “modo de presentar, enjuiciar o comentar la realidad, resaltando el lado cómico, risueño o ridículo de las cosas”. RAE, (2014).





También, en una de las definiciones más conocidas de humorismo, elaborada por T. Lipps (2015:41), según la traducción de su ensayo *Komik und Humor* (1898), existe esa mezcla de términos: “el humorismo es el sentimiento de lo sublime en lo cómico y por lo cómico”.

Como vemos en ambas definiciones, existe una tendencia a su confusión por lo que conviene diferenciarlos; de acuerdo con Sosa (2007:173) “el humorismo no debe confundirse con conceptos afines, tales como comicidad”. Para ello recurriremos, en primer lugar, a Siurana (2015:106) quien, a partir de Pirandello, nos ofrece una definición clara entre “cómico” y “humorístico”, haciendo la siguiente distinción: “Cómico, es lo que nos hace reír y Humorístico, un sentimiento contradictorio que quiere reír y a la vez no puede, por su conocimiento de lo dramático de la situación, que sería el objeto de nuestra risa”.

Pirandello (2002:102) ofrece el siguiente ejemplo que, aun extenso, es bastante elocuente y apoya la comprensión y refuerza la diferenciación de estos dos términos:

“Veo a una vieja señora, con el pelo teñidísimo todo untado de un horrible unguento, y además burdamente pintada y vestida con una indumentaria muy juvenil. Me echo a reír. Advierto que esa vieja señora es lo contrario de lo que una señora, anciana y respetable, debería ser. Puedo así, a primera vista y superficialmente, detenerme en esta primera impresión cómica. Lo cómico es precisamente *advertir lo contrario*. Sin embargo, si ahora interviene en mí la reflexión, y me sugiere que la vieja señora, quizá no experimente ningún placer en arreglarse como una cacatúa, sino que tal vez sufra, y que lo haga únicamente porque y, en un momento que llama la piedad, se ilusiona pensando que, arreglada así, escondiendo las arrugas y las canas, logra retener el amor de su marido, mucho más joven que ella, entonces ya no me puedo reír como antes, porque justamente la reflexión, al intervenir en mí, me ha hecho ir más allá de la primera impresión, o mejor dicho más a dentro; de la *primera advertencia de lo contrario* he pasado *al sentimiento de lo contrario*. Y aquí radica toda la diferencia entre lo *cómico* y lo *humorístico*”.

Tras este clarificador ejemplo de la anciana, puede entenderse mejor la afirmación de Martín Casamitjana (1996:29), “la risa es la reacción propia de la comicidad, la sonrisa del humorismo -a medio camino entre la risa y el llanto-”.

Gómez de Haro (2013:77) puntualiza, a partir de las ideas de Pirandello, que “si lo cómico es, precisamente, un ‘advertir lo contrario’ de lo que ‘debería ser’, el humorismo es una protesta contra esa observación superficial que no consigue ver más allá de la comicidad de lo ridículo”.

Una vez analizada, de manera general, la diferencia entre ambos términos, y aunque a lo largo del epígrafe profundizaremos en ella, comenzaremos dando algunas claves del concepto cómico, recurriendo a Escobar (2013:22): “desde la Antigüedad, el humor ha aparecido estrechamente vinculado a lo cómico, entendido éste como consecuencia del espectáculo de lo ridículo, deforme, erróneo o incongruente que, si no provoca dolor o compasión, suscita en el espectador un sentimiento de superioridad que se manifiesta en la risa”.



Podemos decir, por tanto, a la vista del ejemplo anterior de la señora mayor, que lo cómico es un proceso más sencillo y directo que el humorismo y que ocurre en primer lugar, antes que éste. Así lo intentaba demostrar Casares (1945:46), en la contestación al discurso de Fdez Flórez:

“nos conviene tener presente que el placer que nos causa lo cómico (...) es de índole puramente intelectual, sin ningún componente afectivo. Nos reímos de lo que no llega o se pasa, de lo que quiere ser y no es, de lo que sucede al contrario de como lo esperábamos, de lo inadecuado y fallido y, sobre todo, de lo que siendo absurdo se nos presenta como razonable. Los juicios que formamos en estos casos son juicios de valoración, que quedarían desvirtuados en cuanto se asociase a ellos la simpatía, la lástima, el temor, la admiración o cualquier otro afecto”.

Por eso podemos decir que lo cómico o la comicidad “se da cuando, en una situación de aparente seriedad y rigor, se descubre bruscamente un fondo de verdad que es visible” (Zambrano y Barcía Briones 2016:42), como una “forma de magia” que, al igual que ésta, produce una sustitución imprevista, sorprendente y espontánea e inexplicable por la razón “del sentido de la realidad” (Berger, 1993), como un juego (Lipps, 2015:286) provocando una risa espontánea frente al suceso, sin que medie en ella la reflexión, el pensamiento ético, ni las emociones personales que provocan esa situación. Bergson (2008:14) decía que “lo cómico, para producir su efecto, exige algo así como una momentánea anestesia del corazón. Se dirige a la inteligencia pura”. En palabras de Sosa (2007:177) “la comicidad busca la risa gratificante, la liberación momentánea de las restricciones y una regresión. (...) Risa lúdica no comprometida, por lo tanto, un fin en sí misma”.

Berger (1993:68-69), de modo similar a como hacía Pirandello (2002), pone un ejemplo bastante significativo: “una persona a quien aprecio mucho se cae inesperadamente de bruces. Para poder permitirme reír de ese tropezón -es decir, para permitirme percibirlo como algo cómico-, tendré que poner momentáneamente entre paréntesis mis sentimientos de compasión o preocupación, ya que estos me impedirán reír. Supongamos, en cambio, que yo fuese médico y que lo que me interesase fuera diagnosticar el estado de mi amigo. Para ello también tendría que poner entre paréntesis mis sentimientos personales. Casares (2002:54-55) puntualizaba el término “cómico” comparándolo con el de “humorístico”:

“Además, el disfrute de lo cómico en sus formas elementales resulta de un proceso casi intuitivo que no exige colaboración ulterior por parte del sujeto, contrariamente a lo que se observa en la interpretación humorística, para la cual, a más de una predisposición subjetiva poco frecuente, es necesario cierto esfuerzo de colaboración del individuo en el que participan las facultades intelectuales y afectivas. Y todavía podría añadirse que la sensación primaria de lo cómico, como ocurre en nuestro paladar con lo salado, se percibe antes que los otros elementos que la acompañan; por eso algunos acostumbran a espolvorear con sal el melón, porque la dulcedumbre de éste, que obra más lentamente sobre las papilas, resulta acrecentada por contraste”.





Siguiendo con el símil culinario, Casares (1945:55) decía: “Y es que la justa apreciación del humorismo, como la de los vinos de marca, no está al alcance de todos los paladares”.

Reparando, por tanto, en este otro concepto y, “si se admite la hipótesis de que en el fondo de todo proceso humorístico está lo cómico como substrato” (Casares, 1945:47) cabe decir que, por el contrario, el concepto de humorismo se puede definir como un proceso en el que interviene la reflexión, el pensamiento, la inteligencia que “se inclina a tomar un carácter analítico y científico” (Baroja, 2002:138) ya que el humor es un “procedimiento capaz de tallar muy peculiarmente las ideas” (Fdez. Florez, 1945:14). Como diría Jardiel Poncela (2002:141): “el humorismo (...) es una inclinación analítica del alma, la cual resuelve en risas su análisis (...) humorismo es el “alma que analiza y se ríe de lo analizado”.

Pero es, debido precisamente a “ese análisis” sobre las situaciones que resultan graciosas, por lo que éstas se tornan en “situaciones humorísticas” al ser “reflexionadas”, haciendo posible además, considerar un doble matiz:

Por un lado, que: “las imágenes, en lugar de asociarse por similitud o contigüidad, se presentan en contraposición con reír, cada [...] grupo de imágenes, despierta y llama a las contrarias, lo cual divide y, naturalmente, el espíritu, que, inquieto, se empeña en encontrar o en fijar en medio de todo esto, la relación más impensable”. (Pirandello, 1968:171); por otro, como diría Hecker (1873), que “de repente y al mismo tiempo” un sentimiento de “rápida fluctuación entre el placer y el displacer” (citado por Lipps, 2015:17-18).

Gómez de Haro (2013), con su reflexión, también pone en evidencia este doble efecto y nos hace tomar conciencia de que “con el humor tenemos, pues, una sensación cómica, pero de ella emana sentimiento que nos impide reír y que nos turba, y al turbarnos nos amarga la risa. (...) las razones están en que el humorista ha desmontado el juguete y nos ha mostrado su maquinaria. (Pág. 77) y es que, como decía Pirandello (2002:106-107):

“siempre que me encuentro ante una representación verdaderamente humorística, es de perplejidad: me siento como entre dos cosas. Quisiera reírme, me río; pero la risa está turbada y obstaculizada por algo, que emana de la representación. Busco la razón de ello (...) Encuentro este sentimiento de lo contrario, cualquiera que sea, que emana de muchas maneras de la propia representación, constantemente en todas las representaciones que suelo llamar humorísticas.

Algunos autores definen el término humorismo de manera bastante concreta y sugerente teniendo en cuenta ese aspecto “negativo o serio” que surge de la reflexión de la situación que produce gracia. Por ejemplo, Pio Baroja (1948:406) considera que “el humorismo puede definirse como lo cómico serio, lo trivial trascendente, la risa triste, filosófica y cómica”. También Julio Casares (1945:40-41) dice que es “como un estilo literario en el que se hermanan la gracia con la ironía y



lo alegre con lo triste (...) llamaremos «humorismo» a la expresión externa del humor, mediante la palabra, el dibujo, la talla”.

Por otro lado, Richter (1991:93) defiende que “humorismo es melancolía de un espíritu superior que llega incluso a divertirse con aquello que le entristece” ya que “el humor es como el ave fénix que renace constantemente de sus cenizas que tan pronto parece gris como lleno de plumas brillantes y de colores” (Baroja, 2002:136).

Esperamos que a lo largo de este epígrafe se haya aclarado lo suficiente el término “humorismo” aunque el proceso de tratar de definirlo lo ha presidido, de forma permanente, la reflexión de Pirandello (2002:97): “¿Qué es el humorismo? Si quisiéramos tener en cuenta todas las respuestas que se han dado a esta pregunta, todas las definiciones que han propuesto autores y críticos, podríamos llenar bastantes páginas y, probablemente, al final, confundidos entre tantos pareceres, no conseguiríamos otra cosa que repetir la pregunta”.

A modo de síntesis destacaremos a Sosa (2007:173) quien considera: “Evidentemente, lo que diferencia la comicidad del humorismo es la finalidad. Mientras el humorismo propone una lectura diferente de lo social, impone rupturas, desplazamientos y transgresiones mediante las cuales cuestiona las respuestas habituales, la comicidad sólo busca entretener, amenizar, descomprimir, o bien, agredir a blancos específicos”.

Como anecdóta, citaremos a Berger (1999), que distingue en su libro “*La risa redentora: la dimensión cómica de la experiencia humana*” tres variantes de la comicidad, cada una con una intencionalidad diferente; en una primera parte, habla de la comicidad como divertimento, caracterizada por ser inofensiva e inocente, consecuencia de una cadena de contrariedades o bien como producto de torpezas. La segunda, el juego intelectual, generalmente inducido mediante el chiste en la que el ingenio es parte importante. Por último delimita la comicidad con propósito agresivo.

Como cita Sosa (2007:174-175), según Lipps en “*Fundamentos de la Estética*”, de 1923, existirían tres clases de humorismo: el humor humorístico, el humor satírico y el humor irónico. Es interesante destacar el *humor humorístico* por tener como fin “desconcertar al personaje absoluto que parecemos ser, dividirnos, sacarnos de nosotros, ver si desde lejos o desde fuera vemos mejor lo que sucede”

Continuando con el análisis de los conceptos consideramos oportuno seguir por aquellos que Jáuregui, (1998) propone en su tesis doctoral y que agrupa bajo el concepto de *Triada de la risa: diversión, risa y humor*.



### 4.3.2. DIVERSIÓN

La diversión es uno de los objetivos del humor. Es un proceso mental y corporal subjetivo caracterizado por un sentimiento de júbilo seguido por la producción de ciertos movimientos y ruidos. Es una respuesta involuntaria, no programada e innata como resultado de uno o varios estímulos. Parece ser universal ya que ciertos comportamientos semejantes se han observado entre los simios próximos al *Homo Sapiens*.

Además este concepto guarda mucha relación con el humor porque las actividades, generalmente entretenidas, favorecen el entusiasmo y la alegría del que las lleva a cabo. La teoría de dos importantes investigadores del humor Laurent Joubert (2002) y Bergson (2008) coinciden, pues ambos autores subrayan la importancia del factor «distracción», como uno de los ingredientes esenciales de la risa.

La diversión suele asociarse, fundamentalmente, con actividades relacionadas con el esparcimiento físico y/o mental y dado ese carácter tiene cierto componente lúdico. Por eso, de acuerdo con lo que apunta Berger (1993:40) “(...) la irrupción de lo cómico en la vida cotidiana puede ser útil compararlo con un fenómeno afín pero distinto, que también se considera antitético de lo serio: el fenómeno del juego”. De forma complementaria y en la misma línea, Martín Casamitjana (1996:30) considera que “el contexto que propicia la percepción de lo risible aparece estrechamente vinculado al juego, entendido no sólo como actividad contraria al trabajo práctico, sino una actitud opuesta a la seriedad. Este aspecto lúdico de lo risible ha permitido relacionar el placer cómico con el goce”. También Carbelo y Jáuregui (2006:18) consideran que “la risa (...) estimula comportamientos positivos como el juego.

Patch Adams (1998:101) afirmaba que “la diversión es lo que la gente tiene cuando está feliz. Una sola experiencia puede proporcionar diversión. Pero cuando la vida es percibida como divertida en todos sus aspectos, el juego de la vida se convierte en diversión para siempre”.

De estas reflexiones surge un nuevo concepto, muy afín, que se incorpora a ésta investigación -y al que dedicaremos un capítulo completo (Capítulo 5)- y que ahora vamos a introducir como una de las principales fuentes de diversión: el juego, del que, de una forma escueta pero contundente, dice Winnicott (2003:77): “En esencia, el juego es satisfactorio”.

Cerramos este apartado con la reflexión de Lipps (2015:286) que aúna los conceptos tratados: “la comicidad es juego (...) lo cómico es placentero. El placer es alegría”.

Finalmente recordaremos, para dar paso al siguiente concepto, la reflexión del abogado y antiguo presidente de Túnez entre 1957 y 1987 Habib Bourghiba, cuando sentencia que: “afortunado el hombre que se ríe de sí mismo, ya que nunca le faltará motivo de diversión”. (Citado por González, 2011:36).



### 4.3.3. RISA, SONRISA Y CARCAJADA

Es importante comenzar a abordar la definición de estos conceptos, de la mano de sus investigadores fundamentales por lo que es imprescindible, al hablar de la risa, hacer alusión a Laurent Joubert (2002) autor del “*Tratado de la risa*” que la define de un modo fisiológico con un carácter descriptivo, literal y taxativo: “movimiento producido por el espíritu expandido y una desigual agitación del corazón, que ensancha la boca o los labios sacudiendo el diafragma y el pecho con fuerza y sonido entrecortado, por medio del cual se expresa una emoción” (Joubert, 2002:102).

En esta definición se puede apreciar su doble origen, como pone de manifiesto Vázquez (2002:78) “la risa nace en el hombre en dos lugares, en lo físico y en el espíritu”. Varios autores hacen esa diferenciación y dan a la risa ese carácter dual. Es el caso de Smadja (2011):

“la risa es *un instrumento motor*, facial-bocal, es un placer encontrado, un control a la vez que una excitación ligada a la función motriz, en concreto a la oral (...) *La risa espiritual*, es un proceso de descarga de energía psíquica que primero ha sido movilizada por las inhibiciones, los rechazos y que de repente se encuentra liberada” (citado por Leininger-Molinier, 2016, capítulo 1, epígrafe el espíritu humano).

En la misma línea, insistiendo en esa duplicidad del concepto, Jáuregui (2008:47) la define como:

“emoción humana, un mecanismo psicológico común a todas las culturas e individuos que responde al “humor” (...) La risa se compone de un elemento afectivo subjetivo (la sensación de “hilaridad”), y de un elemento expresivo observable (las vocalizaciones y gestos que conocemos como “risa”), asociadas a cambios más sutiles a niveles neuroquímicos y fisiológicos.

Continuemos aproximándonos al concepto desde su plano más físico, para después detenernos en descripciones más inateriales y poéticas, por lo que, un buen ejemplo de definiciones que recogen las cualidades aparentes que derivan de la risa es la de Sir Francis Bacon: “la risa produce una dilatación de la boca y labios; una expulsión continua de respiración con un ruido estentóreo que produce la interjección de la risa y la agitación del pecho y laterales; si es violenta y continuada, los ojos se llenan de agua” (citado por Moody, 1989:34), o la de Casares (2002;182), que de forma similar, considera “la risa, en efecto, como síntoma instantáneo de la percepción de lo cómico, estalla sin preparación y dura más o menos, según la intensidad del placer específico que la dispara. Es una manifestación automática e incoercible”.

Según el doctor Henry Rubinstein “la risa es un ejercicio muscular, una técnica respiratoria, la risa libera endorfinas cerebrales, es un estimulante psíquico, y por su acción en el sistema neurovegetativo combate el estrés” (citado por Carbelo, Casas Martínez, Rodríguez de la Parra y Romero Uorí, M. (1997). De forma complementaria afirma que: “la risa es una respuesta física, involuntaria en forma de emoción placentera” (citado por Rodríguez Idígoras 2002:49).



Según Carbelo y Jáuregui (2006:18) “la risa es una de las sensaciones más placenteras de la experiencia humana”, por eso se podría decir que es “como una manifestación gestual de felicidad” (Sánchez Álvarez, 2007:103).

Por lo tanto, vemos que la risa es una capacidad innata de la persona en la que se implica todo el organismo y se identifica por el sonido, uno de sus rasgos más característicos, lo que ha determinado que varios autores hayan definido este concepto a partir de esta cualidad. Es el caso de Bergson (2008:14) uno de los más importantes investigadores de este tema y autor de “*La risa*”, y que la define del siguiente modo:

“escucharla y advertiréis que no es sonido articulado, neto, acabado; es algo que quisiera prolongarse, repitiéndose gradualmente, algo que comienza por un estallido, para continuar retumbando, lo mismo que el trueno en la montaña. Y, sin embargo, esa repetición no puede prolongarse hasta el infinito. Puede caminar en el interior de un círculo tan amplio como se quiera; el círculo no por eso dejará de permanecer cerrado. Nuestra risa es siempre risa ante un grupo.

Curiosamente, bastantes años antes, Casares (1945:49), en su respuesta al discurso de ingreso de Fernández Flórez en la RAE, para referirse a la risa, también propone una metáfora referente a un fenómeno meteorológico similar, definiéndola como:

“La descarga anímica que se manifiesta en la chispa metafórica es una descarga oscilante como la que caracteriza al rayo. Sabido es que en el tiempo brevísimo en que se produce este meteoro la dirección de la descarga cambia de sentido más de una vez, de la nube a la tierra y viceversa, sin que la vista alcance a percibir las varias fases del fenómeno.”

Antonio Gala (1995:122) puntualiza las características de este sonido: “no como ruido vano, sino como una manifestación de la alegría, como afirmación de nuestra privilegiada condición humana, ya que el hombre es el único animal que sabe reír”.

Hay varios autores que también establecen metáforas de la risa desde su cualidad sonora, a través de un paralelismo con la música. A partir de esas definiciones, y al mismo tiempo, queda abordada la risa más allá de un rasgo físico pues es considerada algo intangible, afín al alma, que debe ejercitarse al ser “la gimnasia del alma” (Rodríguez Idígoras, 2002:93) que, de acuerdo con Siurana (2015) “es finalmente una victoria, (...) nos conecta con la vida (...) podemos decir que reprimir la risa es reprimir la vida y que la persona que ríe es más vital” (p.72-73). Entendemos, por tanto, que la risa no es solo una mueca de la cara sino también de nuestra esencia, por eso, de acuerdo con Bonill de las Nieves (2010), “no debemos confundir la risa con el humor” ya que hay situaciones en las que no se está riendo y sin embargo nuestro humor es positivo.

Desde otro plano destacar la definición de Tomás de Aquino en “*Suma de la Teología*” (2005:558-559) que la considera “la expresión de la voz del alma”. De forma similar, Vigneau (2016:27) estima que: “la risa es canto del corazón y bálsamo del alma”.



Por otro lado, Leininger-Molinier (2016) cita a Pierre Vachet, médico francés, reconocido por estudiar los efectos de la risa, opina que: “de modo similar una alegría del cuerpo con la alegría del alma donde se muestra y se renueva el canto de la vida triunfante” (capítulo 1, epígrafe los beneficios de la risa). De un modo más poético, Fernández y Francia (1995:93) apuntan que “la risa es como la puerta del corazón, propicia la unión. La risa es la ventana del alma, abre las murallas del corazón”.

Otros autores prefieren basar sus definiciones de la risa por los efectos que ésta produce, como su potencial terapéutico, que tiene gran vinculación con el tema de esta tesis. Es el caso de Cousins (1991), que considera este concepto como un recurso terapéutico:

“En ninguna parte había yo preconizado que la risa fuera una solución alternativa a la práctica medicinal tradicional (...) Yo había utilizado este término, la risa, como el símbolo de una serie de emociones positivas que uno puede sentir, entre ellas la esperanza, la de, el amor, la determinación, la voluntad, la alegría y el deseo profundo de vivir” (p.250). Y también afirma: “Yo no consideraba que la risa pudiera reemplazar los tratamientos médicos tradicionales” (p.156).

De forma paralela hay otros investigadores que definen la risa desde el punto de vista sanitario y psicológico de forma bastante sugerente y humorística. Así, Norman Cousins describe que: “la risa es como un chaleco antibalas: nos protege de las emociones negativas y de las embestidas de la enfermedad” (citado por García Walker, 2000:123). También Freud considera que la risa “es un estornudo mental capaz de liberar la mente” (citado por Ferrario, 2006:58).

De forma similar a cómo nos referíamos al concepto diversión en el epígrafe anterior, la risa también guarda mucha relación con una de las palabras clave de ésta investigación: el juego, y lo confirman diversos autores, como Huizinga (2007) o AA.VV.,(2006) en el libro “*Risas y Humor*”; en dicho texto, Luis Muñiz Hernández (2006:15) considera que “gracias a la risa que nos saca de la seriedad abrumadora y aplastante de la realidad, el mundo se transforma momentáneamente en un lugar de juego”. En la misma línea, Huizinga (2007:17) valora que: “la risa se halla en cierta oposición con la seriedad, pero en modo alguno hay que vincularla necesariamente al juego”. Podemos comprobar que ambos autores, al igual que Siurana (2015:26) y de acuerdo con él, son afines a que “la investigación actual parece respaldar la versión de Darwin de la risa como expresión primitiva de la alegría y buen ánimo asociado con el juego”.

Antes de seguir avanzando, recordaremos la invitación sobre la risa y sus indicaciones que Nietzsche (1985) hacía en su obra “*Así hablo Zaratustra*”: “¡Aprender a reiros de vosotros mismos como hay que reír!” (p.390).

Y más adelante volvía a sentenciar: “¡Aprended pues a reiros de vosotros sin preocuparos de vosotros! Levantad vuestros corazones, vosotros buenos bailarines, ¡arriba!, ¡más arriba! ¡y no me olvidéis tampoco el buen reír! (p.394).





Junto con la risa podemos encontrar dos conceptos que derivan de la misma debido a sus diferentes matices, intensidad y características. Nos referimos a los términos de sonrisa y carcajada, conceptos que, por su semejanza, son difíciles de delimitar, y que consideramos de interés analizarlos brevemente.

En primer lugar y de forma bastante elocuente, podríamos decir que la sonrisa “no es pues algo tan franco, tan diáfano, tan transparente y tan cristalino como la risa, la sonrisa es algo a medio camino, un alimento a medio cocinar” (Rodríguez Idígoras 2002:95). Delauro (2006) puntualiza que: “La risa a menudo comienza en sonrisa, pero también es evidente que no todas las sonrisas desencadenan risas. Lo más frecuente es que la risa termine en sonrisas, y esto ocurre porque perdura la satisfacción producida por la risa” (epígrafe nº 33, s.p).

Pese a lo que se ha dicho de la sonrisa y salvando las diferencias de menor intensidad y espontaneidad, como pone de manifiesto Ángel Rodríguez Cabezas (2002) en su libro “*El valor terapéutico del humor*”; al ser “una actuación de urgencia al humor” (p.49); sin embargo, no por ello es menos importante ya que “una sonrisa es la mejor tarjeta de vista” (Francia, 1996:93).

Al margen de la definición es interesante la reflexión que García y López (2006:114) proponen: “Perdemos mucho tiempo y energía buscando la semilla de la felicidad cuando ésta se halla en algo tan sencillo como es nuestra sonrisa”.

De acuerdo con Casares (2002) “la sonrisa, en cambio, como expresión de un proceso complejo y reflexivo, se inicia con la misma suavidad que se extingue y se puede cohibir a voluntad” (p.182). Sin embargo, Casares (1945:54), consideraba que “La risa es infalsificable, mientras que la sonrisa no lo es”.

La artista diseñadora gráfica e ilustradora Agustina Guerrero autora de “*Diario de una Volátil*” ilustra de forma bastante expresiva esta idea con su trabajo titulado “*Ataque de risa*”. (Ilustración. 4.02).

En un nivel musical, llama la atención la consideración de Alfonso Francia (1996:33): “La carcajada es como el teclado de cada uno. Una carcajada a dos es el dúo más precioso; mil carcajadas juntas es la mejor orquesta”.

Tanto la risa, la sonrisa como la carcajada tienen en común su influencia positiva en la salud, algo que ya Kant ponía en evidencia al considerar que “la carcajada sería una expresión mayor del sentimiento de salud y le atribuye a la risa un valor terapéutico e higiénico” (Citado por Leininger-Moliner, 2016, s.p.).

Por último haremos una breve referencia al tercer concepto del epígrafe: la carcajada, que puede significar algo así como risa exagerada, con mucho más sonido que la risa y con otros movimientos corporales y hay quién, con acierto, los relaciona, incluso les da un carácter de parentesco, como Delauro (2006), cuando refiriere que la sonrisa es la hija de la risa y nieta de la carcajada.



Ilustración 4.02: Dibujo de Agustina Guerrero. "Ataque de risa". (20),

<sup>20</sup> Recuperado de:  
[http://1.bp.blogspot.com/-w\\_FJG3izoMg/VpBTNZfqKFI/AAAAAAAAA2E/5TmKy2bS7uM/s1600/la%2Brisa.jpg](http://1.bp.blogspot.com/-w_FJG3izoMg/VpBTNZfqKFI/AAAAAAAAA2E/5TmKy2bS7uM/s1600/la%2Brisa.jpg)





Para cerrar, resulta interesante recordar a Mark Twain (2009:324) quién, en un fragmento de su obra *“Las aventuras de Tom Sawyer”* puso de manifiesto el valor de la carcajada:

“Pero el viejo soltó una alegre y ruidosa carcajada, que hizo sacudirse convulsivamente todas las partes de su anatomía y acabó diciendo que risas así eran mejor que el dinero en el bolsillo, porque disminuían la cuenta del médico como ninguna otra cosa”.

A modo de síntesis, aunando los conceptos anteriormente tratados parece muy acertada y atrayente la idea que expone Casares (1945:54) refiriéndose al planteamiento de Fernández Flórez, cuando señala la correspondencia, casi como un juego de palabras, “entre lo cómico y la risa, por una parte, y entre la sonrisa y el humorismo por la otra”.



#### 4.4 DEFINICIONES DEL HUMOR POR HUMORISTAS

Quién mejor que los propios humoristas para definir su herramienta de trabajo... de nuevo recurrimos a Rodríguez Idígoras (2002), que en su estudio *“El valor terapéutico del humor”*, cita una serie de ingeniosas definiciones que hemos creído interesante transcribir aquí, pues su agudeza y sarcasmo, son el mejor cartel anunciador de lo que encierra el humor. Así, Forges dice que: “El humor es todo aquello agradable que no cotiza a Hacienda”, o Rodot Escarpit, que: “Es un rosal que tiene las rosas dentro y las espinas fuera”. El genial Mingote es escueto y sarcástico en su definición cuando dice, que el humor es no tenerle miedo a pensar...el propio Rodríguez Idígoras (2002:18), sutilmente lo define como: “El humor no necesariamente ha de llevar a la risa, ni a la sonrisa siquiera, el humor cumple con su tarea 'sólo' con mostrarnos que pueden verse las cosas de formas muy diferentes a las acostumbradas, porque si algo logra el humor es separarnos de lo rutinario y hacer de cicerone por lugares nunca sospechados”.

Sugerente es también la definición de humor de Ruiz Irigoyen (2001) que la establece haciendo un símil con un árbol: “Por sus frutos conoceréis al humor. Un árbol cuyas raíces se llamen Verdad, por cuyo tronco ascienda y descienda la savia vivificante del Buen Sentido, cuyas ramas se llamen Ingenio, Risa y demás familia, no puede producir frutos malos; y además, los pájaros que vengan a anidar en sus ramas, seguro que no quedarán defraudados” (p.21); más adelante prosigue “La combinación de esos tres ingredientes (verdad, bondad y belleza) convierte el humor en un producto sano y saludable (y por ello genera salud) (...) la verdad del humor va siempre unida a la sinceridad y a la hermana mayor de esta, la autenticidad” (p.22) y en la página siguiente Ruiz (2001) aclara “los ingredientes del humor florecen en plenitud cuando una persona ha conquistado o se haya próxima a conquistar una relación pacífica consigo misma y con los demás” (p.23).

No es el objeto de esta investigación profundizar, en general, sobre el humor, del que existen vastos y excelentes trabajos, por lo que nos centraremos en los efectos terapéuticos del mismo que se podrían llegar a resumir en la frase atribuida a Groucho Marx: “El humorista es como una aspirina, pero funciona más rápido”, como demostraremos en la Tercera Parte de la tesis.

Sí consideramos de interés reflejar en éste apartado, por el carácter inédito y exclusivo que tiene, la visión personal y gráfica que sobre el humor han expresado algunos de los creadores que, a lo largo del tiempo de desarrollo de ésta investigación, he tenido la gran suerte de poder contactar y solicitarles que realicen una representación dibujada de lo que es el humor para ellos.

En primer lugar, y relacionándolos cronológicamente, citaré a Ángel Rodríguez Idígoras, que tuvo la gentileza de recibirme en el Hospital Infantil de Málaga, el 21 de mayo de 2008, con ocasión de una visita que efectué al mismo para recabar información sobre el humor en hospitalización infantil y el trabajo que realizaban los Payasos en aquel hospital, y que amablemente me dedicó una cordial entrevista, mientras compartíamos almuerzo en el comedor de dicho centro, y cuyo contenido completo aparece en el Punto 4.15.1 de éste mismo Capítulo.





Al final de la referida entrevista le pedí una definición gráfica de lo que para él era el humor y, tomando un folio en blanco, y a bolígrafo, comenzó a realizar unos seguros trazos. Al terminarlo me lo dedicó y aclaró su significado con la siguiente frase: “Y es así, porque es algo que te eleva”.



Ilustración 4.03: Dibujo del “Humor” realizado por Ángel Idigoras (A4) y dedicado a la autora. (FA)





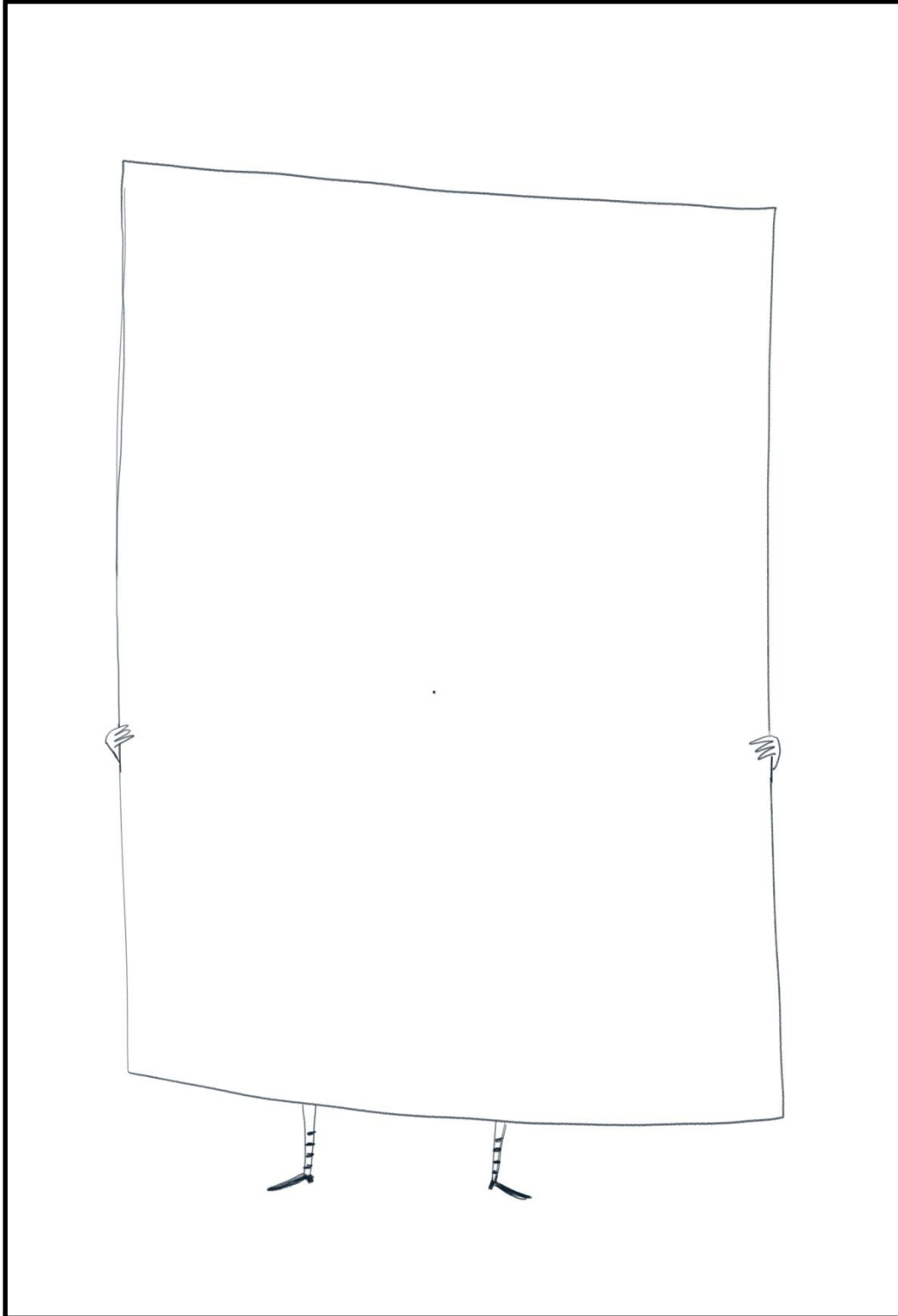
*Ilustración 4.04: Ángel Idígoras realizando la Ilustración sobre el humor (Detalle en Ilustración 4.03). (FA)*

Mientras realizaba la representación gráfica del humor pude recoger algunas aseveraciones verbales, como: “El humor nunca se caracteriza por ser serio; quizá, en lugar de serio debería decirse prudente, reflexivo (...) pienso que el humor ayuda a ver de otra manera las cosas...a suavizarlas. Es por lo que me dedico a él”.

Es tal la amplitud con la que se podría expresar el humor, que muchos matices pasan desapercibidos al pretender destacar los principales. Es un término que, como afirma Francia (1996:47): “Radica en toda la persona y se expresa a través de toda la persona”; por lo que cada una puede aportar un concepto nuevo ajustado a su vivencia.



A continuación se expondrán las definiciones gráficas que hicieron del humor Susana Rodríguez y Leonardo Gómez Haro que, como en el caso de Idígoras, me dispensaron una amable entrevista, que también figura completa en el Punto 4.15.2, en Melegís (Valle de Lecrín, de Granada), el 24 de julio de 2015, en la que les solicité su realización.



*Ilustración 4.05: Dibujo del "Humor" realizado por Susana Rodríguez en A4. (FA)*



En el mismo acto, Leonardo Gómez Haro, en otro folio en blanco y, también a bolígrafo, realizó su definición gráfica, limitándose a una pequeña parte del papel pero con un gran contenido filosófico, que tituló: “*Cuarto y mitad de Hegel*”. La explicación detallada de ambas ilustraciones por los propios autores aparece en su entrevista (Punto 4.15.2.2) a partir del ítem nº 65.

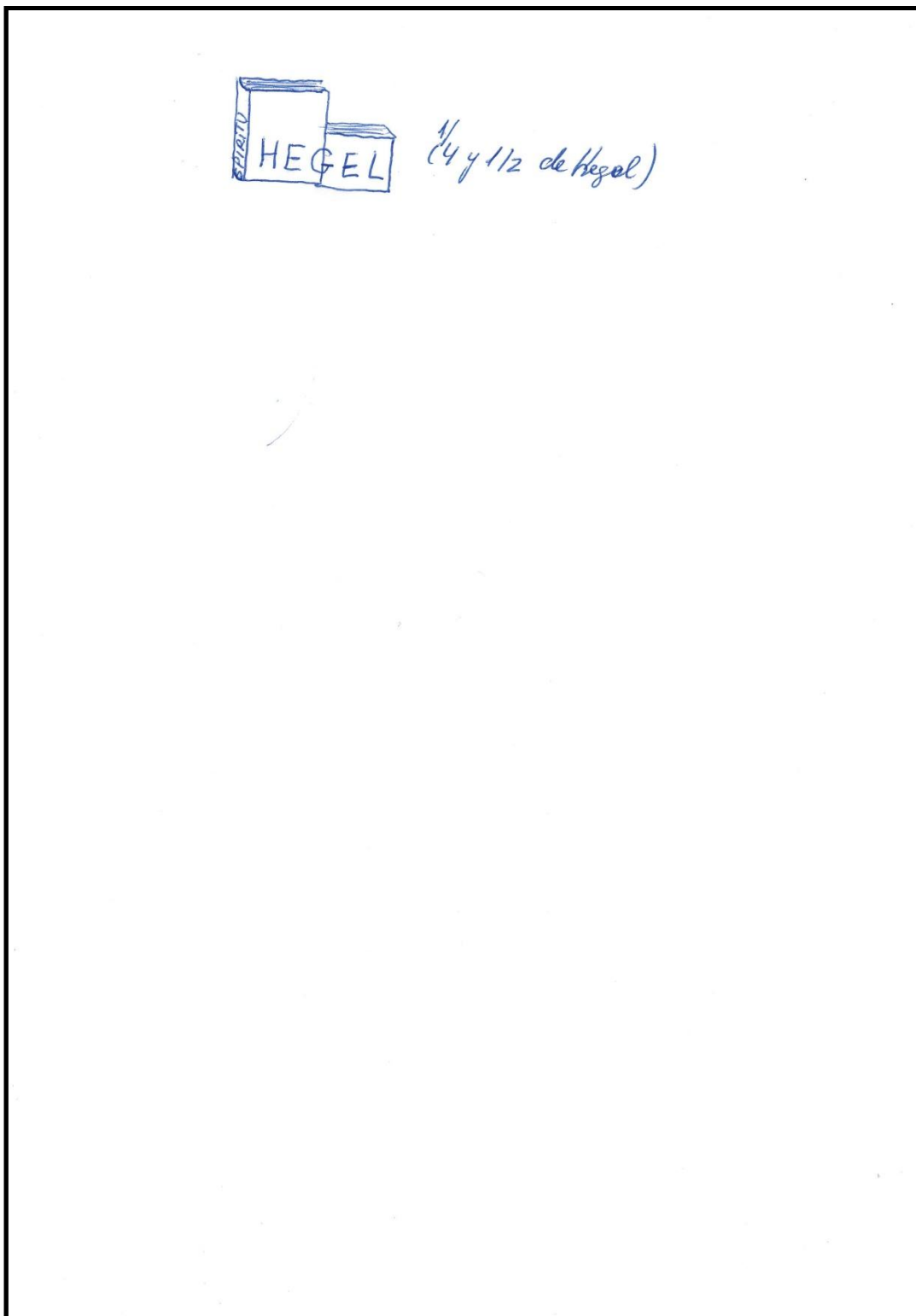


Ilustración 4.06: Dibujo del “Humor” realizado por Leonardo Gómez Haro en A4. (FA)

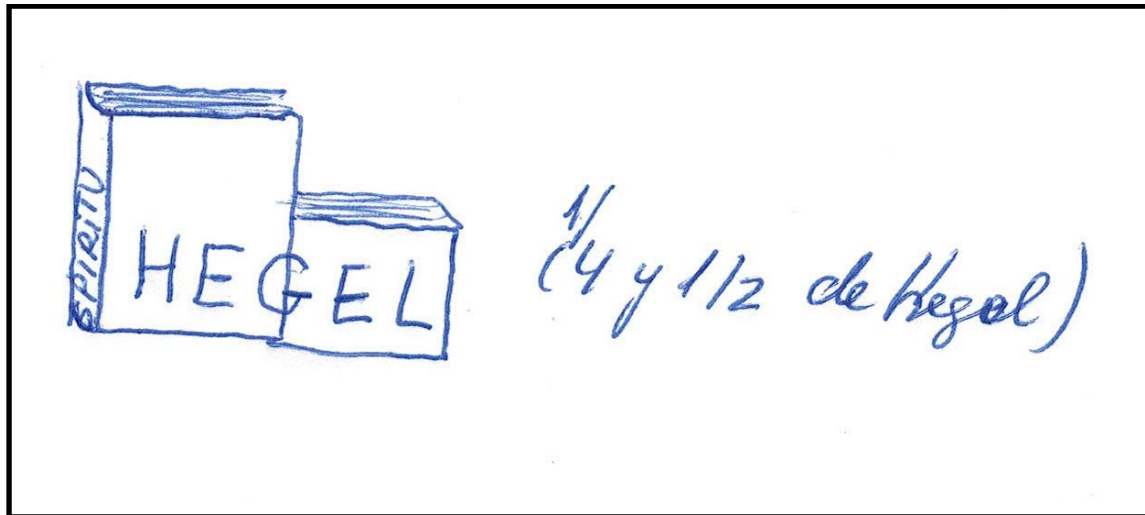


Ilustración 4.07: Ampliación de la zona dibujada de la Ilustración 4.06. (FA)

La Ilust. 4.05 de Susana Rodríguez, se aproximaría a la definición de humor de Isidoro Valcárcel Medina que comenta Gómez Haro en el ítem 73, de la ya citada entrevista, Punto 4.15.2.2.

Hemos podido constatar que en cada aproximación al humor aparece novedad, alegría, estímulo, bálsamo, caricia... es como si se hubiera pretendido que cada pequeño detalle, cada paso avanzado en el camino del *definir*, contribuyan en su conjunto a concretar el término. Quizá la lectura de este capítulo subsane en parte la desorientación interior que pueda surgir al estimar imposible la respuesta, cuando se pregunta ¿qué es el humor?

Tras este discreto y hermoso recorrido conceptual será probable que cada persona pueda forjar una definición propia. De no ser así, al menos se habrá aceptado la invitación a reflexionar y pensar sobre una idea fundamental para la vida, que parafraseando a Ibáñez Escofet, el humor y los humoristas son tan necesarios a la sociedad, como al hombre el aire que respira.

“Somos el único animal que ríe, y somos el único animal que piensa, es bueno reírse de lo que uno piensa y pensar que se está riendo. Hay personas que ríen sin pensar y otras que piensan sin reír. A todos les recomiendo que piensen antes de reír y que se rían de sus pensamientos: seguro que pensando y riendo acaban pensando lo que nunca pensaron y riendo de lo que nunca rieron” (Herrán, 2001:268).

Domínguez (2001) menciona al psicólogo e investigador en el ámbito del humor y la psicología positiva José Elias, que desde la base de su tendencia de pensamiento, se puede afirmar que lo que interesa, no es la risa, la sonrisa... y el buen humor, como conceptos, sino su aplicación al ánimo personal, convirtiéndolo en estado permanente que permita y predisponga, en cualquier momento, a reír.



## 4.5 CULTURA Y EVOLUCIÓN DEL HUMOR

En su blog José Luis Espejo (2012), en el artículo “*El poder de la risa*”, define que “El humor: Puede ser considerado un elemento constitutivo del ser humano y una forma de expresión cultural” (s/p).

El humor encuentra un gran aliado en la filosofía hasta el punto, que hay autores que la consideran un pilar imprescindible del mismo y opinan que de la unión entre filosofía y humor nace la creatividad, la fantasía lúdica, el juego de la lógica... así, González P. (2007:8) dice que: “La filosofía no es una disciplina pródiga en humor. A no ser que se piense como Bertrand Russell quien defendía que todo acto de inteligencia es un acto de humor”.

La filosofía y el humor están estrechamente relacionados. La actitud filosófica requiere de una mirada bromista; por tanto, el planteamiento de un problema filosófico necesita una mirada que pueda superar dogmas, ir más allá de una evidencia, un tabú, un prejuicio, o de otras inhibiciones propias del ser.

La alegría y la risa se contextualizan culturalmente en ideas, creencias y filosofías. Por ello se ha considerado oportuno comenzar este epígrafe de la cultura y evolución del humor, abordando su filosofía, de forma breve, a través de los autores más representativos que, de un modo general, con su aportación, contribuyen a la comprensión del humor en la historia de las culturas pues: “Los filósofos son padres en alguna medida de nuestra cultura” (Herrán, 2001:19).

Entre los autores existen dos tendencias de pensamiento. Por un lado, aquellos que defienden el humor y sus manifestaciones como algo positivo; existe otro grupo que lo rechaza, considerándolo negativo. Ambas son válidas y respetables y amplían y aportan diversos puntos de vista, siempre enriquecedores.

Lamentablemente, ha sido una constante a lo largo de la historia el rechazo del humor que, con frecuencia, ha sido tachado de una visión simple de la realidad, considerándolo vulgar; en contrapartida, ya Aristóteles hablaba en la Antigua Grecia del *Homo Ridens*, caracterizándonos como seres rientes y, como consecuencia de esta posición, legó sus reflexiones sobre la comedia.

Al hablar de la relación del humor con la filosofía, es obligatorio citar el amplio trabajo al respecto de Bremmer, J. y Roodenburg, H. (1999) donde afirman que: “A los que bromean con gusto los llamaba *eutrapoli* (ingeniosos)” (p.20) y exponen que “Tanto Aristóteles como Platón rechazan el humor grosero y la obscenidad, e insisten en la bondad de la risa contenida e inofensiva”. (p.19); más tarde, “Baltasar de Castiglione advertiría que, ridiculizar, imitar o reírse de los gestos y posturas de los demás, era indecoroso, al igual que las palabras y los hechos groseros” (p.5); por último aludir, a cómo “Platón prohibió la risa en su escuela, La Academia. Llama la atención por su estima del humor, su censura a la contratación de diversiones en los banquetes” (p.19).





Herrán (2001) expone como Hobbes decía que la hilaridad es un hecho esencialmente inofensivo que surge cuando experimentamos un sentimiento de superioridad y que es risible todo hecho o dicho que cuadre bien a la imaginativa.

Sorprenden los similares términos que posteriormente emplea Goethe: "lo risible proviene de un contraste moral, que de manera inofensiva es puesto en relación con nuestros sentidos". (Citado por Domínguez, 2001).

Nada menos que Emmanuel Kant recomienda vivamente a los padres que los niños deben acostumbrarse muy pronto a reír francamente, debido a que "los risueños rasgos del rostro se imprimen poco a poco en el interior y asientan una disposición a la alegría, afabilidad y sociabilidad, que preparan tempranamente esta aproximación a la virtud de la benevolencia". A pesar de esta recomendación, observa una leve tendencia a considerarlo banal: "es risible todo absurdo que deviene una ansiosa espera en nada" (Citado por Herrán, 2001).

También filósofos como Kierkegaard, que exploró en profundidad la percepción de las historietas a y del que diría Böll (1982:17): "Más adelante leí incluso a Kierkegaard (una lectura útil para un payaso en ciernes) lo encontré difícil pero no penoso", Freud, que habla de la risa relacionándola con la psicología en su libro *"El chiste y su relación con el inconsciente"* dijo: "el placer de la risa proviene de un ahorro de sentimiento que se había perdido a causa del desarrollo de una actividad" (Hernández, 2012).

La risa perdura, como las demás cosas que lo hacen, porque nos asegura la supervivencia y el bienestar a la especie humana. Si el humor no ha desaparecido, es porque sirve para algo, aunque se desconozca el lugar y el momento de su origen pero eso sí, se ha venido estudiando desde la antigüedad y desde muy diversos enfoques, aunque los historiadores apenas lo han tratado; los estudios historiográficos sobre el humor han sido, tradicionalmente, obra de filólogos y etnólogos, sólo los historiadores comenzaron a interesarse por el humor cuando, no hace mucho tiempo, comprendieron que podía ser una clave con la que desentrañar los códigos culturales y las sensibilidades del pasado.

Bremmer y Roodenburg (2009:1) consideran importante plantear una serie de cuestiones previas y relevantes para el historiador de la cultura: ¿Quién transmite el humor, cómo, a quién, dónde y cuándo? y estimamos oportuno mencionar la conclusión a la que llegan en su estudio sobre la evolución del sentido del humor a lo largo de la historia cuando afirman que: "Resulta sorprendente como va cambiando, en función de las épocas, el discurso dominante. Existe una continua renovación entre los hacedores del humor".



## 4.6 VALORACIÓN DEL HUMOR EN LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA

Es a partir del siglo XVII cuando el término humor empieza a ser emparejado con la risa y con lo cómico (Perlmutter, 2000 y Roeckelein 2002, en Carretero, 2005) aunque, también según la misma fuente, Bajtin (1941) afirmara, que con el siglo XVIII la risa feliz se convirtió en algo despreciable y vil (...) y surgió la risa negativa, burlona y maliciosa empleada con fines humillantes, para atacar al adversario, consideración que, generalmente se mantendría durante el XIX, donde las manifestaciones humorísticas fueron deshumanizadas por la intelectualidad europea; la risa quedó relegada a una simple *actividad mecánica* o *animal*...y siempre considerada como algo irracional, salvo Herbert Spencer (1855) que la vio desde otro punto de vista, aportando un poco de luz, pues apreció en ella una función aliviadora de las tensiones fisiológicas, tal como refleja en su obra "*La psicología*".

Pero será con los trágicos hechos acaecidos en la primera mitad del siglo XX –estados totalitarios y represores, guerras mundiales, enormes devastaciones- lo que provocaría, con cierta extrañeza, la aparición de corrientes o tendencias sobre el humor y la risa, aunque hay que destacar, que es precisamente en el período entre guerras cuando el humor gráfico, y por extensión el humor cinematográfico, tiene una fuerte pujanza; en la prensa comienzan a instaurarse viñetas de humor y chistes gráficos que se extienden a revistas específicas de historietas. Aparece el cine mudo con grandes cómicos: Charles Chaplin, Buster Keaton y Harold Lloyd. Después, la invención del cine sonoro aportará el humor surrealista de los hermanos Marx, que más tarde derivará en la sutil crítica social de Woody Allen y en la irreverencia de Monty Python. En Italia, el dramaturgo y Premio Nobel Dario Fo es un claro ejemplo de humor y sátira.

En España, a la sencillez de los temas tratados y la accesibilidad del lenguaje de los hermanos Álvarez Quintero y Pedro Muñoz Seca, seguirán otros humoristas como Wenceslao Fernández Flórez y el genio surrealista, Ramón Gómez de la Serna. La posguerra Civil propicia que grandes periodistas, escritores y humoristas recurran a las mayores audacias para burlar la férrea red de la censura del régimen, e hizo surgir verdaderas creaciones, llenas de sutileza, tanto en el teatro como en la prensa, donde *La Codorniz* fue, con diferencia, el ejemplo más importante. Plumas como Jardiel Poncela, Miguel Mihura, Álvaro de Laiglesia, Alfonso Ussía, por citar sólo a algunos de ellos, renovaron el teatro y la literatura de humor.

Como síntesis, podríamos decir que el humor es un fenómeno cultural que depende de la sociedad y del período histórico. Las actitudes, las formas en que se manifiesta y sus objetivos, varían con el tiempo.

La época actual es predominantemente ociosa comparativamente con períodos históricos pasados. Ya no se estila el humor sutil de la edad clásica, ni dirigido a una clase cultural elevada.

El humor es de masas, expresivo, cercano y cálido; al alcance de todos... a pie de calle. Este hecho es algo reciente e, incluso, inexplicable. Es un sentimiento que refleja muy bien Lipovetsky



(1986:157), cuando dice que: “Si el código humorístico se ha impuesto, se ha propagado, es porque corresponde a nuevos valores, a nuevos gustos, a un nuevo tipo de individualidad que aspira al placer y a la expansión, alérgica a la solemnidad del sentido después de medio siglo de socialización a través del consumo... es, sólo a partir de la resolución de las necesidades, con la emergencia de las nuevas finalidades hedonistas, cuando son posibles la generalización y legitimización del humor lúdico”.

Aunque siguen existiendo, como era tradicional, espacios específicos para la difusión del humor (cafés, espectáculos de circo o teatro...) hoy día también se manifiesta fuera de ellos, y ha llegado a ocupar otros lugares menos convencionales, desde la propia calle hasta centros que gozan de la mayor circunspección, como puede ser un Parlamento o una Aula Magna, encontrándose en cualquier lugar de la sociedad y sin ser coartado por ningún tipo de límite; quizá por esto, en ocasiones, desborda la ética dejando de ser positivo al carecer de unas mínimas consideraciones de respeto pero, en general, el humor ha tenido una progresiva difusión, muy especialmente debido a los medios de comunicación y las innovadoras tecnologías que todo lo ocupan. Así, basta que ocurra un acontecimiento nacional o internacional de cierta importancia para que las llamadas redes sociales se *humoricen* con los conocidos *memes*, que no siempre aciertan en un comentario, caricatura o composición graciosa, sino que, como se ha dicho, la libertad y el anonimato incitan a la carencia de ética, rayando en la ofensa o el insulto.

A pesar de todo, vivimos en un mundo donde, aún, se prefiere la “seriedad”, que ya desde pequeños se inculca a los niños y oímos a los padres y profesores decir con resignación: “¿cuándo te convertirás en una persona seria?”. ¿Qué es lo que tenemos que buscar ser de mayores? ¿Ser serios porque esta condición está asociada a responsabilidad y eficacia? La sociedad no está predispuesta a que la gente se ría, al menos, libremente, como indica Ferrario (2006:54) cuando dice que: “...la sociedad y la cultura dominante no nos educan en el sentido del humor. Recibimos una educación para la contención de emociones, tanto que a menudo no sabemos ni reconocerlas”.

Hay aún demasiada “seriedad” en el mundo, en los hospitales, en los lugares de culto, en los lugares de trabajo. La cultura dominante de la competitividad, acostumbrada a medirlo todo en términos tangibles, condiciona fuertemente la alegría. Es una cultura que ha premiado la inteligencia de tipo racional, en detrimento de una más intuitiva y reflexiva, y esa actitud o comportamiento se ven potenciados por el acelerado ritmo de vida que prevalece en nuestros días, lleno de agobiantes ocupaciones, que no dejan tiempo para la distensión y el buen humor; menos mal que existen autores, como Francia (1996), que recomiendan lo contrario, sentenciando que la vida no consiste en llevar siempre prisa, sino en llevar siempre sonrisa, aunque reconoce que: “Fabricamos una sociedad cada vez más compleja y difícil de comprender. Violenta, individualista, ca(r)gada de miedo (una sociedad hasta la saciedad de saciedad), que parece tener como lema -cada uno a lo suyo-. Una sociedad cada vez más pasiva, posada, pesada, pisada, donde abunda el sentido del horror (en lugar de sentido del humor)” (p.20).



Ese citado individualismo nos dificulta el contacto con nuestros semejantes. Sumidos en las preocupaciones obviamos el acercamiento, la mirada, la conversación, el interesarse por el otro. Simples gestos que pueden llevar al buen humor, despertando la sonrisa, liberándonos. Sin embargo, espacios como el autobús, el ascensor, las salas de espera, se inundan de tensos silencios humanos que nos alejan de nuestra propia humanidad.

Debemos liberarnos de la máscara que la sociedad nos impone al “exigirnos” mantener una verticalidad y corrección en todos los órdenes de la vida, alejándonos de lo humano. Máscara de una genética seriedad que infunde al rostro tristeza y congoja, pero a pesar de esa realidad, el ser humano anhela la felicidad, la alegría y aprovecha profundamente las ocasiones de humor. En el punto siguiente, analizaremos algunas fuentes tradicionales de las que surge y se manifiesta el humor, desde la Edad Media hasta la sociedad actual: **los refranes, y el chiste.**



## 4.7 MANIFESTACIONES POPULARES DEL HUMOR

### 4.7.1. EL CHISTE

Como se indicó al final del punto anterior, es un fenómeno antiguo y existen documentos que lo confirman. Hasta nuestros días ha llegado un libro de chistes de un autor anónimo de la antigüedad tardía, compuesto por una serie de documentos manuscritos: "(...) llamados *Philogelos* o amante de la risa, que reúnen 265 chistes. No se conoce la finalidad del manuscrito. La colección fue probablemente recopilada en el siglo III, pero la naturaleza tardía del vocabulario indica que la edición definitiva debió concluir en los tiempos de Bizancio, probablemente antes del siglo VI" (Bremmer y Roodenburg, 1999:16).

Para desarrollar este apartado y debido a la importancia del personaje y su pensamiento, se ha seguido la obra de Sigmund Freud (1994) "*El chiste y su relación con el inconsciente*" pues consideramos que es referencia obligada en cualquier análisis del chiste que se quiera hacer; aunque hay autores que, con una con un razonamiento escueto, defienden no entrar en su análisis o explicación; así, Rodríguez Idígoras (2002:52) considera que: "No se puede analizar y explicar un situación graciosa (un chiste, por ejemplo); su efecto cómico, su magia, se destruiría" o generalizando, como Francia (1996), al opinar que todo en la vida tiene su chiste, lo único que hace falta es hallarlo y que es necesario encontrar la enseñanza de cada chiste.

Volviendo a Freud (1994), como pionero en el estudio del chiste, nos centraremos en tres de sus planteamientos al respecto:

1. "Es una actividad que tiende a extraer placer de los procesos psíquicos, sean éstos intelectuales o de otro género cualquiera" (p.82).
2. "El chiste es todo artificio que haga surgir a la luz una franca comicidad" (p.182).
3. "Es la habilidad de hallar analogías entre lo disparejo; esto es, analogías ocultas" (p.9).

Es curioso como Freud (1994) relaciona el chiste con la infancia, poniendo de manifiesto el paralelismo existente entre lo infantil y lo clownesco, características y circunstancias que guardan una fuerte relación y que él la establece con la infancia con el planteamiento siguiente:

"Habiendo nosotros perseguido el chiste hasta hallarlo como un juego infantil con palabras e ideas, tiene que atraernos la labor de investigar estas raíces infantiles de la comicidad, de las que sospecha Bergson. El mismo niño no nos resulta cómico, aunque muestra cumplidas en su persona todas aquellas condiciones que, comparadas con las nuestras, producen una diferencia cómica. No hallamos cómico al sujeto infantil cuando se comporta como tal, sino únicamente cuando se disfraza de la gravedad del adulto y, entonces, el efecto cómico es idéntico al que hallamos en el disfraz de cualquier otra persona. En cambio, mientras permanece fiel a su esencia infantil, su percepción nos produce un placer puro, que quizá recuerde algo al placer cómico" (p.202).



Esta relación del clown/payaso con el niño, también la defienden diversos cómicos y autores, como María Colomer (2010:8) cuando dice que: “El payaso, en ese ‘juego con lo real’ que ocurre en la escena, nos permite identificarnos con lo primordial, con ese niño interior que todos tenemos, aunque lo escondamos” o Koss (2009:399) que dignifica la profesión manteniendo que “no se juega a ser clown; sólo uno lo es cuando su naturaleza profunda se manifiesta junto a los miedos primigenios de la infancia”. También a Pepe Viyuela se le atribuye la dulce comparación con la infancia: “El payaso de la nariz roja es un hombre-bizcocho, mojado perpetuamente en el chocolate blanco de la infancia”.

K. Fischer (citado por Freud, 1994) relaciona el término con lo cómico por medio de la caricatura, a la que sitúa entre ambos: “El chiste es un juicio desinteresado” y, unas páginas después, lo simplifica a la forma: “En principio, es simplemente la forma lo que lo que convierte al juicio en chiste” para atribuir la creación del chiste a la libertad y a la creatividad derivada de un juego de ideas: “La libertad produce el chiste, y el chiste es un simple juego con ideas” y también, como decíamos al principio del párrafo, lo acerca a la caricatura: “El juicio generador del contraste cómico es el chiste, que ha intervenido ya calladamente en la caricatura, pero que sólo en el juicio alcanza su forma característica y un libre campo en que desarrollarse” (p.8-9 y 16).

Para Theodor Lipps, en *Komik und Humor* (1818) (citado por Freud, 1994) el chiste es: “la comicidad privativamente subjetiva”; esto es, aquella comicidad “que nosotros hacemos surgir, que reside en nuestros actos como tales, y con respecto a la cual, nuestra posición es la del sujeto que se halla por encima de ella y nunca la de objeto, ni siquiera voluntario”(…) se denomina chiste “todo aquello que hábil y conscientemente hace surgir la comicidad, sea de la idea o de la situación”(p.8). También define la comicidad como un contraste, “(…) pero no es un contraste determinado de las representaciones ligadas por medio de la expresión oral, sino contraste o contradicción de significación y falta de significación de las palabras (...) Nace un contraste cuando concedemos... a sus palabras un significado que, sin embargo, vemos que es imposible concederles” (p.10).

Tras la observación de las afirmaciones de ambos autores es interesante analizar sus diferencias. Como puede verse, para Lipps es la actividad, la conducta activa del sujeto, el carácter que distingue al chiste dentro de lo cómico; mientras que Fischer caracteriza al chiste por la relación con el objeto, debiendo considerarse como tal todo lo feo que en nuestro mundo intelectual se oculta.

Hay quienes defienden la misma idea, en la que se pone de manifiesto esa novedad, así, Vischer afirma que el chiste es “la habilidad de ligar con sorprendente rapidez, y formando una unidad, varias representaciones, que por su valor intrínseco y por el nexo al que pertenecen, son totalmente extrañas unas de otras” o Kraepelin, que lo considera como la: “la caprichosa conexión o ligadura, conseguida generalmente por asociación verbal de dos representaciones que contrastan entre sí de un modo cualquiera” (Citados por Freud 1994:9-10).



Esta última acepción de chiste que se viene abordando, refiere a “esa forma de ver las cosas de otra manera”, que aporta “un punto de vista nuevo”, que sorprende, produce interés y desconcierto y que, de alguna forma, guarda similitud con la clasificación sobre las formas de expresión del humor propuestas por la autora y que, en el punto 4.2.2 de éste mismo capítulo, refleja estos mismos términos, hechos por otros autores, atribuidos al concepto de humor, en lugar de al chiste.

Es aquí donde el humor coincide con el chiste y por esta afinidad, es por lo que se ha creído conveniente su análisis como algo importante, determinante, no sin reconocer la realidad a otras manifestaciones similares, como el propio Freud (1994:82) pone de manifiesto cuando afirma que: “Ciertamente existen otras actividades de idéntico fin; pero quizá se diferencien del chiste en el sector de la actividad anímica del que quieren extraer placer, o quizá en el procedimiento que para ello emplean”.

El humor y el chiste tienen metas comunes, características semejantes, a las que Freud (1994), hace mención y refuerzan otros autores:

1. El chiste, al igual que la sonrisa que produce el humor positivo, debe ser breve. Su brevedad debe ser de una especial naturaleza. No es indispensable, pero sí peculiar.

Respecto a la corta duración, Juan Pablo en *Vorscder Aesthetik I*, afirma: “La brevedad es el cuerpo y el espíritu de todo chiste, y hasta podríamos decir que es precisamente lo que lo constituye”, planteamiento reforzado por Lipps: “El chiste dice lo que ha de decir; no en pocas palabras, pero sí en menos de las necesarias (...) Por último, puede también decir todo lo que se propone silenciándolo totalmente”; Kant también alude a la brevedad del chiste: “que constituye una singular cualidad de lo cómico el no podernos engañar más que por un instante”. (Citados por Freud, 1994:11-12).

2. Descubrir algo oculto, dar otro enfoque. El chiste es dual; por un lado, se muestra disparatado y, por otro, parece sensato o, por lo menos, admisible. Genera una pugna de sensaciones que surgen del sentido y desatino del mismo.
3. Espontáneo. El carácter de improvisación de juicio desinteresado, humilde y cercano hace que sea bien acogido y que se produzca con mayor eficacia la sucesión de asombro o esclarecimiento.
4. Fácilmente comprensible, pues en cuanto exigiera una labor intelectual, peligraría su efecto.

Respecto a la comprensión, Herrán (2001:126), matiza: “Lo que provoca la emoción de la risa ha sido tu entendimiento, tu interpretación de lo que he dicho; al fin y al cabo, tus pensamientos sobre eso. Acabo de demostrarte que las cosas no son las que nos influyen, sino lo que pensamos sobre las cosas. Lo mismo pasa con los chistes: no hacen gracia por si solos, sino que hacen gracia en la medida que “nos” hacen gracia, los entendemos, nos gustan, etc.” y lo confirma el dicho anónimo de que: “El que ríe el último... no ha entendido el chiste”.





5. Debe ser actual, permitiendo un reencuentro con lo conocido, atreviéndose a expresar todo aquello que no siempre está bien visto. Al chiste se le permite esa licencia.

Se han mencionado las características que se consideran imprescindibles. No es preciso, que el chiste, para serlo realmente, deba cumplir todas las condiciones expuestas o algunas de ellas. La subjetividad personal podrá modificarlas pudiendo ser sustituidas por otras.

El chiste, al igual que la risa, es un fenómeno social, quizá “es la más social de todas las funciones anímicas encaminadas a la consecución del placer” (Freud, 1994:160). Su efecto se halla firmemente ligado a la forma de ser comunicado y la forma de hacerlo, es considerada por muchos, un arte, como lo definen Bremmer y Roodenburg (1999:92): “El chiste es una pequeña manifestación artística de carácter verbal que pretende suscitar la risa”.

Actualmente es un fenómeno que está muy presente en la sociedad, siendo un recurso muy empleado en las relaciones. Difícil es encontrar una reunión de amigos en donde la distensión no propicie, en algunos momentos, su continuo relato, creándose así una cadena humorística, en la que llenándose de gracia y desvergüenza, toman el turno de palabra los más decididos. “Cuando el efecto de un chiste aún está presente, el siguiente ya está en marcha” (Carretero, 2005:32). En fiestas y tertulias, todo tipo de chistes distienden y liberan y muchas distancias desaparecen.

Existen distintos tipos de chiste. Freud (1994:34) hace una amplia clasificación que sólo se ha mencionado de pasada, pues un detalle mayor podría dar lugar a confusión y, como él mismo afirma, “Pudiera hacernos lamentar el haber dedicado nuestro interés al examen de los medios técnicos del chiste e inducirnos a sospechar exagerada la importancia que a dichos medios hemos atribuido en la investigación de la esencia del mismo.”

Su clasificación pretende ordenar tanta variedad en base a dos categorías. Por un lado, atiende a los factores orales distinguiendo entre chiste por sonido, juego de palabras, chiste caricaturizante y satisfacción chistosa. En cuanto a la técnica, y de un modo más amplio, diferencia: chistes por condensación, por empleo del mismo material, doble sentido, por desplazamiento, retruécanos, ironía, errores intelectuales, contrasentido y representación indirecta y resume con la sentencia de que: “El chiste ‘se hace’, y la comicidad ‘se descubre’, (...) el chiste sabe abrir de nuevo fuentes de placer que habían devenido inaccesibles,” (Freud, 1994:162).

Qué mejor que un chiste para culminar un apartado que lleva su nombre, que además, quiere hacerse a modo de homenaje contra la violencia, expresión diametralmente opuesta al humor...

¿Cuál es el colmo de una bomba...? ¡Reventarse de risa!

“El humor está dentro y prende con el fuego de la sonrisa, del chiste o la ingeniosidad que llega, casi siempre, como un relámpago. Puede limpiar los cauces cegados del humor. O brotar a borbotones de la fuente de humor, que es la vida, la de cada uno” (Francia, 1996:32).





#### 4.7.2. EL REFRAN

El humor, el chiste, el acertijo, el refrán... son excelentes y necesarios ingredientes de la sabiduría ya que, en su esencia, vienen a ser la ruptura del orden lógico y del conocimiento formal que, como una chispa, ilumina, conmueve el entendimiento con una novedad, se desgrana en risa y deja un sabor de ingenio en la mente.

Según el RAE (2014), un refrán es “Dicho agudo y sentencioso de uso común” que recoge la sabiduría popular y sirve para alertar sobre algo o ilustrar una experiencia, pensamiento o comportamiento social y Cervantes ya defendía su verosimilitud en la voz de Don Quijote: “Parece, Sancho, que no hay refrán que no sea verdadero, porque todos son sentencias sacadas de la misma experiencia, madre de las ciencias todas” (I, capítulo 21).

Mediante el análisis de los refranes se comprenden los comportamientos sociales, los conceptos morales, la vida y las costumbres de las sociedades en las que se generan. Vienen a ser un método de enseñanza. El refranero es advertencia, consejo, aviso, descripciones propias de la experiencia, encaminadas a mostrarnos el mundo en su versión más genuina.

El refrán tiene un origen común, es anónimo y el pueblo es quien lo crea, lo difunde, lo modifica...

Aunque existen verdaderos tratados y recopilaciones de nuestro vasto refranero, para ilustrar éste capítulo hemos considerado de interés hacer mención sólo a una selección de refranes y dichos populares que recojan entre en su expresión el humor positivo, para poder observar, de otra manera, la consideración que de él tiene el refrán:

“Juegos y risas, esas son mis misas; comidas y cenas, son mis novenas”.

“La sonrisa de un niño es más hermosa que la joya más valiosa”.

“A la cara más fea, la alegría la hermosea”.

“Si quieres estar más guapa... ponte un clavel de humor en la solapa”.

“Guardad la risa para otro lloro, que viene a prisa”.

“Moza loca, la risa en boca”.

“Por un mal chiste, un buen amigo perdiste”.

“Ante la desgracia y el dolor, ten un poco de gracia y humor”.

“Más vale gordo que tenga risa, que flaco que de lástima”.

“Deja la cama al ser de día y vivirás con alegría”.



“Quien bien te quiere te hará gozar”.<sup>21</sup>

“Corazón que no se alegra, nunca cría buena sangre”.

“El mucho trato te dice que hay que reírse, incluso del propio retrato”.

“Los muchos medios y danzas no hacen a nadie feliz si le falta la esperanza; por muchos medios que tenga, nada alcanza.”

“Con humor y con cariño crece más sano y aprende el niño”.

“La alegría rejuvenece; la tristeza envejece”.

“Quien se ríe mirándose al espejo, se verá las arrugas pero no se verá viejo”.

“Lo primero que hay que hacer al despertar, es mirarse al espejo y carcajear”.

“Si quieres una vida feliz y relajada, mucho humor y carcajada”.

“No hay humor pleno, placer o risa, hasta que uno no se descamisa”.

“A una situación embarazosa, una chispa de humor, la convierte en gozosa”.

“El humor crea y el grupo se recrea”.

“Al mal tiempo, buena cara”.

“El educador con arte, a menudo se dobla (de risa) pero nunca se parte”.

“En humor tan sólo acierta quien tiene un alma de artista y muy despierta”.

“Quien una gracia se inventa, logra alejar la tormenta”.

“Lo formal se vence desde lo informal y todo se vence desde el humor”.

“El humor tiene razones que sólo entienden los bufones”.

“La educación chuta, si la gente aprende y disfruta”.

“Para un gobierno mejor, animar con humor”.

“Con humor y zanahoria agudizas la memoria”.

“Quien se baña de humor cada mañana, a todos perfuma en su jornada”.

“Humor, gracia y simpatía multiplican la empatía”.

“Además de ordenador, pizarra y tiza, procura tener lista una sonrisa”.

---

<sup>21</sup> Adaptación de Alfonso Francia



“Ande yo caliente, ríase la gente”.

“La persona que no sabe sonreír no debe abrir una tienda”.

“Aún en el horror y en el error, mantener el humor”.

“Termina tu jornada con una sonora carcajada”.

“Con la sonrisa y la guasa, das la llave de tu casa”.

“No hay campo ni situación que esté vedado al humor”.

Como vemos en la muestra citada, la mayoría de los refranes, vinculan estrechamente el, bienestar, la belleza o la felicidad, directamente al buen humor, la sonrisa, la risa o la carcajada.



## 4.8 EXTERIORIZACIÓN DEL HUMOR: LA RISA

### 4.8.1. FISIOLOGÍA DE LA RISA

La definición de risa del Diccionario de María Moliner (2007), a pesar de no ser un tratado específico de anatomía, hace alusión a ésta. Materializa con precisión la variación de la constitución del cuerpo frente a la risa:

“Manifestación de alegría o regocijo, que se produce, por ejemplo, cuando se juega, se oye un chiste o se recibe una buena noticia, y que consiste en contraer ciertos músculos de la cara que estiran los labios dejando a la vista los dientes y dando una expresión particular a los ojos; a veces, cuando la risa es ruidosa, esa contracción va acompañada de la contracción de otras partes del cuerpo, particularmente los hombros, y de sonidos vocales particulares, producido todo ello por contracciones espasmódicas del diafragma.” (Moliner, 2007)

Lavater en el S.XVIII consideraba que “es un movimiento que se expresa por la elevación de las cejas en su punto medio, el descenso en su parte interior, la que se halla cerca de la raíz, los ojos se cierran, la boca se abre porque sus comisuras se dirigen hacia arriba y atrás, (esto permitirá ver el interior de la boca, a veces hasta la campanilla) y, en consecuencia las mejillas se hacen prominentes pareciendo que tratan de montar sobre los ojos; la cara enrojece, los orificios nasales se abren y los ojos se humedecen pudiendo verter alguna lágrima” (Citado por Rodríguez Idígoras, 2002).

La risa está localizada en la zona prefrontal de la corteza cerebral, la parte más evolucionada del cerebro. En esta zona, según los expertos, reside la creatividad, la capacidad para pensar en el futuro y la moral.

Cuando nos reímos se pone en funcionamiento el córtex prefrontal del cerebro, particularmente el del hemisferio derecho, y se registra actividad en el lóbulo temporal. Se descubrió que el córtex cerebral libera impulsos eléctricos negativos un segundo después de comenzar a reír.

Según Rodríguez Idígoras (2002), el buen humor tiene la facultad de generar y “animar la producción” de endorfinas llamadas “hormonas del bienestar”. Cuando reímos, se activa este mecanismo de segregación, concretamente el de las encefalinas. Estas sustancias tienen la capacidad de aliviar el dolor, e incluso, de combatir los virus y las bacterias, debido a su contribución en el fortaleciendo de nuestro sistema inmunológico; Lawson también lo concreta diciendo que: “Una simple sonrisa emite una información que hace que el cerebro segregue endorfinas; se trata de un mecanismo parecido al que nos hace segregarse jugo gástrico con sólo oler nuestro plato preferido”. (Citado por Rodríguez Idígoras, 2002)



Rodríguez Idígoras (2002) describe la influencia fisiológica de la risa, diciéndonos que se produce la activación de todo el organismo, teniendo lugar diversos procesos; en cuanto al complejo respiratorio, se originan una serie de fenómenos como tos, estornudo, llanto... es una respuesta que “lubrica” y “libera”, disminuyendo el nivel de ansiedad.

Según el doctor GVN Dearborn: “En la risa y, en mayor o menor grado, en la sonrisa, se producen espasmos clónicos del diafragma en un número aproximado a dieciocho” (Citado por Sánchez Lazoromina, 2013:27).

La risa actúa sobre el sistema neurovegetativo, que es regulado por el sistema límbico, núcleo de las emociones. En los episodios de risa se pone en marcha, en primer lugar, el sistema nervioso simpático (aumento del ritmo cardíaco...), para dar pronto paso al parasimpático, cuya acción es más duradera (reduce el estrés, provoca sensación de bienestar); al descender el diafragma se produce un “efecto masaje” sobre el hígado y vesícula biliar que favorece la emisión de bilis desde la vesícula al duodeno. De modo similar, ocurre con el páncreas, que puede beneficiarse de este efecto masaje aumentando la secreción al tubo digestivo de jugos pancreáticos.

La risa proporciona un ejercicio muscular profundo y fisiológico, siendo muy recomendable desde el punto de vista de protección de la salud.

En cuanto al aspecto físico, la risa produce un beneficioso ensanchamiento de la capacidad torácica, con todo lo que esto lleva consigo, una vasodilatación general, una importante aclaración visual, tanto en el aspecto, como en la función.

Aumenta la presión sanguínea, que dilata el sistema vascular arterial, provocando una sensación placentera y un característico rubor por el efecto de los capilares terminales del rostro y cuello y, en ocasiones, el pericráneo y las manos. Por esta misma causa, los ojos suelen adelantarse y se activa la glándula lacrimógena, ordinariamente, hasta un grado que produce un brillo en los mismos, a veces, hasta el punto que las lágrimas fluyen por los canales adecuados.

La risa hace que la respiración se haga más rápida y profunda, se liberan hormonas y se activa el metabolismo. La frecuencia cardíaca se dobla (aumenta de 70 a 120 pulsaciones) al mismo tiempo que es capaz de estimular la expansión del endotelio, el revestimiento interior de los vasos sanguíneos, favoreciendo así la circulación de la sangre, exactamente como pasa con el ejercicio físico, lo que produce una mejor oxigenación de los tejidos.

Cuando la risa es sincera y profunda, se ríe con todo el cuerpo. Con ella, aseguran los expertos, se puede llegar a mover cerca de 400 músculos. En fin, pensemos que deben intervenir, en mayor o menor grado, la mayoría de los músculos del cuerpo. Existen circunstancias en las que se llegan a mover los miembros superiores e inferiores, provocando dolor de abdomen o falta de respiración. También Rodríguez Idígoras (2002:72) reconoce el beneficioso efecto fisiológico y psíquico: “La felicidad no es simplemente un estado de ánimo, sino que también se encarna en los músculos y en las hormonas y es por eso, por lo que adoptar expresiones de alegría con la cara, puede tener



profundos efectos sobre el sistema nervioso” y Ferrario (2006:46) asocia la risa al propio cuerpo y cualquier situación del mismo: “Donde hay cuerpo hay risa. El cuerpo, en cambio, en ósmosis con el espacio que llena y que lo llena, es el elemento esencial de la risa: todas sus funciones, desde el comer, al dormir, al sexo, al evacuar, al encontrarse mal o al gesticular pueden ser una fuente de hilaridad y estar vinculadas al estallido espontáneo de la risa. El cuerpo no puede esconder nada, ni perfección, ni deformidad, así que puede ser desenmascarado fácilmente en clave cómica”.

---

## **4.8.2. FUNCIONES DE LA RISA**

Numerosos autores han centrado sus estudios en las funciones de la risa, determinadas por los valores del humor. Existen variedad de opiniones, a las que cada uno aporta sus peculiaridades y propone distinta terminología. Presentaremos un análisis con las funciones más generalmente aceptadas:

### **4.8.2.1 FUNCIÓN MOTIVADORA DE LUCIDEZ**

Mediante esta función el sentido del humor consigue despertar el espíritu de búsqueda e interés. Las personas, debidamente despiertas, descubren nuevos horizontes de aprendizaje. Aumenta el gusto por el saber y la necesidad de comprender todo cuanto le rodea. Fomenta una disposición positiva ante la tarea. Permite relativizar los acontecimientos, haciendo juicios precisos y certeros.

### **4.8.2.2 FUNCIÓN PLACENTERA, DE DIVERSIÓN O DISTENSIÓN**

En ella coinciden todos los autores. Francia (1996:52) afirma: “El placer de la risa es el placer de los placeres”. El humor y la risa funcionan como válvula de escape ante situaciones imprevistas o conflictivas. Es un alivio en los momentos de crisis y de conflicto. Mediante esta función, se experimentan sensaciones de alegría y de estar contento. Se goza en compañía de los otros. Se comparte el placer de reír juntos.

### **4.8.2.3 FUNCIÓN COMUNICATIVA, AFECTIVA Y SOCIAL**

Generalmente se acepta que la risa ayuda a establecer sanas y correctas interacciones entre los sujetos, fomentando la unión y cooperación entre los miembros del grupo. Posibilita un clima de cordialidad y confianza y popularmente se dice la expresión, atribuida a Anatole France que es la distancia más corta entre dos personas. Según Chapman y Foot: “El humor es una parte esencial de los encuentros sociales de la vida cotidiana” (Citado por Rodríguez Idígoras, 2002). El sentido del humor también puede desempeñar una función de amistad.



“Bergson (1986), indica que la risa sirve en nuestra sociedad como “corrector social”. Por medio de la risa las personas se hacen notar, presumen o destacan, son devueltas a su justa ubicación” (Francia, 1996:57).

#### 4.8.2.4 FUNCIÓN INTELECTUAL

---

La utilización del humor, hace desarrollar el componente cognitivo y racional de los sujetos. Según J. Fernández Sierra (1992) y A. Francia (1996), ayuda a desterrar los pensamientos distorsionados. Favorece el análisis de las situaciones, teniendo en cuenta todos los elementos que la conforman. Ayuda a desarrollar la memoria y los procesos cognitivos.

#### 4.8.2.5 FUNCIÓN CREATIVA

---

El sentido del humor junto con el valor la expresión y la intuición, conforman los cuatro rasgos característicos de las personas creativas; según la mayoría de los estudios realizados, coinciden estos rasgos con el perfil de las personas creativas. Ayuda a establecer conexiones nuevas. Se potencia la imaginación, como elemento clave en la resolución de problemas.

#### 4.8.2.6 FUNCIÓN TRANSFORMADORA

---

Transforma el mundo y ayuda a verlo “con otros ojos”. Según García Monge: “Es necesario aprender a desaprender si queremos adaptarnos, evolucionar, crecer y abrimos a la dinámica y cambiante realidad. La libre actitud para desaprender es un ejercicio de sabiduría que supone superar los conflictos entre lo antiguo, que permanece, y lo nuevo, que busca un lugar para establecerse. De igual manera, en la matemática del humor, es preciso aprender a desaprender todo aquello que, durante mucho tiempo, hemos ido instalando en nuestro quehacer profesional. Dificultades, prejuicios, estereotipos y obstáculos que bloquean cualquier iniciativa” (citado por Idígoras, 2002).

#### 4.8.2.7 FUNCIÓN PEDAGÓGICA

---

Consigue que se mejoren y agilicen los procesos de enseñanza y aprendizaje. Por medio del sentido del humor se enseña mejor y se aprende con mayor facilidad.

“Todos los sentidos necesitan ser educados, pero hay cuatro que lo requieren de forma muy especial en estos tiempos: el sentido de la vida, el sentido común, el sentido del ridículo, y el sentido del humor” (Francia, 1996:65).





#### 4.8.2.8 FUNCIÓN TERAPÉUTICA

---

No podemos obviar la función terapéutica del humor que ha sido tratada por prestigiosos profesionales como Alfred Alder, Victor Frankl o Sigmund Freud al que repetidamente hemos aludido en este trabajo; en general, la psicología y la psicoterapia, han estudiado ampliamente este tema. Albert Ellis (1981) (citado por Rodríguez Idígoras, 2002), precursor de la corriente psicología racional emotiva (RET), apuesta firmemente por el humor, desde el punto de vista de la psicoterapia, como método eficaz para resolver trastornos perturbadores y conflictos emocionales. Refiere el autor que, gran parte de la perturbación emocional, consiste en tomarse las cosas demasiado seriamente.

Utiliza el humor y la broma en sus sesiones terapéuticas para atacar con energía, de un modo directo, a sus pacientes. Esto lo hace empleando chistes y sentencias graciosas, llevando las cosas al extremo, reduciendo las ideas al absurdo, analizando comparaciones paradójicas, confeccionando juegos de palabras, etc. El humor, desde el punto de vista terapéutico actúa a tres niveles, según la propuesta de Ellis (citado por Idígoras, 2002):

1. Nivel cognitivo: ayuda a discurrir de forma racional frente a los pensamientos distorsionados e ideas irracionales
2. Nivel afectivo: proporciona sentimientos de alegría y gozo. Ayuda a desbloquear tensiones. Permite encajar fracasos de forma sana y positiva.
3. Nivel conductual: proporciona nuevas y diferentes acciones. Favorece las experiencias innovadoras y posibilita nuevas maneras de actuar.

---

#### 4.8.3. DETERMINANTES DE LA RISA

¿De qué nos reímos? ¿Por qué hay personas que ríen más que otras? ¿Influye la edad, el sexo o la situación geográfica? Durante años el ser humano ha buscado el porqué de la risa, del humor, de la felicidad.

Hay autores que analizan y relacionan aspectos como la edad o el sexo, como determinantes del tipo de humor.

La mayor o menor tendencia a reír, probablemente, sea una cuestión de entrenamiento, no de genética, ni de lugar de nacimiento. A pesar de ello, en este apartado destacamos las teorías o pensamientos que consideran el humor como algo asociado a la persona, por sus características.

De siempre se ha escuchado “los andaluces son más chistosos que los madrileños”. A pesar de esto, el humor del ser humano está por encima de las regionalidades.

En cuanto al sexo, no existen diferencias en las respuestas de diversión, sí es variable el interés por una determinada temática humorística” (Carretero, 2005:119).



Según el psicólogo José Elías (2008): "La mujeres ríen más porque se han tenido que defender de muchas más cosas en la vida, porque cuando ésta es difícil, es más fácil que salga ese mecanismo de defensa" (Citado por Domínguez, 2001).

La forma de reír es característica de cada individuo y, por constitución, también varía entre personas de distinto sexo (sonido, tono, intensidad, gravedad)

"Es curioso que puede hacerse una clasificación "casi científica" de los distintos tipos de personalidad, atendiendo a su capacidad de reírse, a su forma de reírse, a su manera de expresar un determinado estado de alegría, o incluso y por qué no decirlo, un determinado estado de euforia; en su justa medida, también puede ser beneficiosa y, en el lenguaje popular, en el lenguaje coloquial, las definiciones en este sentido son especialmente significativas" (Rodríguez Idígoras, 2002:94).

Resulta curiosa la tesis de la astrología, que defiende que las personas nacidas bajo el signo de Júpiter son más proclives a ser joviales que las que han nacido en otro momento del año. Esta afirmación, probablemente, esté basada en un posible origen de la palabra Júpiter: jovial. La afirmación resulta rechazable y poco documentada.

El humor surge también más allá de las discapacidades o de las propias sensaciones; así lo afirma García y López (2006:23):

"La sonrisa es una expresión inherente al ser humano. Además la acción de reír se encuentra más allá de la percepción sensorial. Por ejemplo, si observamos a un niño ciego de nacimiento, comprobamos que sonríe como respuesta a algo que le gusta, pese a no haber tenido la oportunidad de ver y conocer las expresiones emocionales. También, un niño sordo ó mudo, responderá de manera similar"

y al nombrar a los niños, no podemos dejar de recordar la frase atribuida a Baudelaire que nos dice, que "La risa de los niños es como el abrirse de las flores. Es la alegría de recibir, de respirar, la alegría de abrirse, de contemplar, de vivir y crecer".

La discapacidad no impide la risa. Sin embargo, conforme se cumplen años, se va perdiendo espontaneidad. Las preocupaciones y los estereotipos de madurez-seriedad se imponen, limitando y disminuyendo las ocasiones de risa.



## 4.9 HUMOR EN EL HOSPITAL

El humor es, además de lo ya expuesto, un recurso con el que la persona se enfrenta a la tensión y a la frustración. Le permite también, con cierto grado de éxito, ayudarse frente a una situación difícil, sin ser abrumado por una emoción negativa, tal como el miedo, el enfado y la tristeza que surgen de esa situación adversa.

Conectando con el último párrafo del punto anterior, Freud (1994:204) nos dice que:

“Ciertos motivos de placer en el niño parecen perdidos en el adulto (...) el carácter específico de la comicidad, era precisamente este renacimiento de lo infantil, y considerar lo cómico como ‘la perdida risa infantil’, reconquistada. (...) La risa surgirá, por tanto de la comparación del *yo* del adulto y el *yo*, considerado como niño. (...) la comicidad surge siempre del lado en que aparece lo infantil”.

También Joubert (2002:35) se refiere al humor diciendo que: “Reanima el espíritu agobiado por las preocupaciones... da nueva vida tras un momento importante, delicado y crucial, alejando toda melancolía” y los Proverbios, (17:22) sentencian que: “Un hombre feliz hace tanto bien como una medicina”.

En la terapia del humor es imprescindible el juego que, según Winnicott (2003) “es una actividad incierta y libertaria, que se desarrolla en una zona de distensión neutra propicia para la creatividad (...) la psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta” (p.61) y que “El juego por sí mismo es una terapia” (p.75).

A continuación, se hace un análisis más detenido sobre el humor en el ámbito hospitalario, destacando, como principal protagonista y generador del mismo, a la figura del payaso de hospital. Este desarrollo dará algunas claves que complementarán la parte práctica de la investigación, pues como aseguraba Robert Holden, “la risa, la sonrisa, el optimismo y el juego, aceleran la recuperación y la curación de cualquier enfermedad”. (Citado por García Walker, 2005:107).



## 4.10 CONSECUENCIAS DE LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL

Son numerosas y variadas las consecuencias de la hospitalización infantil. A continuación se analizan las más importantes, tomando como referencia el estudio de Ortigosa Quiles y Méndez Carrillo (2000).

### 4.10.1. NIVEL FÍSICO

Se atribuye la afirmación de que “los niños no pertenecen a los hospitales” a Michel Christensen, director de un grupo de actores en Nueva York y, en cualquier caso, es una enunciación que no ofrece discusión. Es cierto que resulta conmovedor verlos en ese contexto tan contrario y opuesto a la esencia y filosofía infantil, como es el entorno de un hospital; sin embargo, se ven obligados a formar parte, a estar en él, debido a la enfermedad; “un estado físico y psicológico con el que hay que aprender a convivir” (Ortigosa, 2000:20).

La hospitalización es una experiencia y una situación inusual para el niño y sus padres; Implica pérdida de bienestar físico, psicológico y social que altera la vida de toda la familia, antes durante y después de la estancia hospitalaria.

La enfermedad y la consecuente hospitalización, provocan gran cantidad de intensas vivencias en un período de tiempo, generalmente breve, y que ocasiona diversas consecuencias en el menor, ya que, inesperadamente, va a encontrarse en un ambiente completamente nuevo para él, tanto el lugar, como las personas. Ampliaremos las características de esa situación, al tratar los beneficios terapéuticos del juego y, sobre todo, la importancia del personal de enfermería en estas circunstancias, al describir “El ámbito hospitalario infantil” en el Punto 5.7.1 y siguientes.

Las múltiples circunstancias nuevas que van a surgir a partir del ingreso hospitalario y, por consiguiente, van a repercutir en torno al físico del menor, pueden ser clasificadas y analizadas desde dos aspectos distintos, pero convergentes: la actividad de la vida cotidiana y la incidencia de las situaciones derivadas de la propia enfermedad.

En la página siguiente se han tabulado las circunstancias más significativas que inciden en esos dos aspectos:



VIDA COTIDIANA	ENFERMEDAD
<p><b>- <u>Cambio de costumbres:</u></b></p> <p>Horarios, aceptación de normas y nuevos hábitos, (alimenticios, de sueño, pijamas...) que pueden dar lugar a trastornos: hiperfagia, con pérdida de peso, insomnio o pesadillas...</p> <p><b>-<u>Irrupción de roles y tareas habituales:</u></b></p> <p>Pérdida de independencia, de autonomía e intimidad; dependencia.</p> <p>(rol del enfermo)</p> <p><b>- <u>Adaptación a nuevo entorno:</u></b></p> <p>El hospital es percibido como un medio desconocido y extraño, como “amenaza” porque se asocia a algo malo y desagradable: enfermedad, dolor...</p> <p>Este hecho es potenciado por el aspecto poco atractivo del hospital: decoración, olores, ruidos, mobiliario, colores...</p> <p>Es importante también destacar, la reducción del espacio vital que se restringe a la habitación, a veces compartida, y a los pasillos.</p>	<p>- Dolor físico derivado directamente de o por la enfermedad, tratamientos o pruebas.</p> <p>(inyecciones, operaciones)</p> <p>- Malestar, cansancio, agotamiento, debilidad a causa de la enfermedad y posibles efectos secundarios de los medicamentos.</p> <p>- Secuelas.</p> <p>- Tiempo de hospitalización.</p> <p>- Cambios fisiológicos provocados por la medicación o por intervenciones quirúrgicas.</p> <p>- Discapacidad, limitación de movilidad o de su natural hiperactividad.</p>

Tabla 4.01 Síntesis de la autora sobre las consecuencias físicas de la hospitalización infantil.



## 4.10.2. NIVEL PSICOSOCIAL

### 4.10.2.1 DESARROLLO COGNITIVO

#### A) CONSECUENCIAS GENERALES

1. La infancia es un periodo de crecimiento especialmente importante y activo, que puede alterar el correcto desarrollo.
2. La historia del aprendizaje: las experiencias pasadas influyen en cómo el niño afronta la hospitalización.
3. Desinformación o falta de información
4. Agotamiento, falta de atención y rendimiento
5. Regresión a niveles de comportamiento más primitivos y pérdida de los niveles adquiridos previamente. Alteraciones de conductas: alimentación, comportamiento más infantil, mutismo, regresión autista a grados de incomunicación o retraimiento en el contacto con la gente. Enuresis o encopresis, diurna o nocturna.
6. Motricidad. La ansiedad y el estrés provocan algunas manifestaciones motoras:
  - Inestabilidad psicomotriz, con una incapacidad de permanecer en reposo y de concentrar su atención de forma estable
  - Baja movilidad, por estar adormilado, triste o débil
  - También, en determinadas ocasiones, surgen movimientos espasmódicos involuntarios de la cara o de los párpados.
7. Interrupción de la escolaridad, restricción del tiempo libre, aislamiento.
8. Mayor madurez y capacidad para enfrentarse, en un futuro, a las dificultades.
9. Rol del enfermo “actitud de acomodo” por enfermedad, No realizar determinadas obligaciones, deberes... tomando como excusa la enfermedad, sin que ésta afecte realmente a su ejecución.

#### B) REACCIÓN ANTE LA HOSPITALIZACIÓN SEGÚN FRANJAS DE EDAD

Tomando como base a Ortigosa y Méndez (2000), existen diversos estudios sobre hospitalización infantil donde, siguiendo las teorías del modelo piagetiano, se analiza la influencia de la enfermedad en el desarrollo evolutivo del niño; es uno de los estudios más importantes al respecto, ya que hace referencia al marco teórico de un modelo según el cual, la capacidad cognitiva del niño evoluciona a través de diferentes fases.



Las actividades cognoscitivas ayudan al niño a adaptarse mejor al ambiente. También la capacidad de comprender la enfermedad, y lo que ésta conlleva, evoluciona con la edad.

A continuación se presenta una síntesis de la clasificación por edades, de la reacción infantil ante la hospitalización, que hay que entenderla de manera general y no fija o invariable, porque cada persona es única y responde de una manera determinada, y en función de distintos parámetros: aceptación, procedimientos médicos, etc.

<b>ETAPA EVOLUTIVA</b>	<b>REACCIÓN ANTE LA HOSPITALIZACIÓN</b>
<b>Preescolar</b> 3- 6 años	Fase preconceptual: no comprenden el motivo por el que tienen que ir al hospital y hasta pueden confundir la causa con el efecto. En cuanto a la enfermedad, los niños de 4 años no comprenden bien su origen. A los 5 ó 6 años creen que es “algo” que se puede contraer, sin que exista relación causa-efecto.
<b>Escolar</b> 7- 11 años	Operaciones Concretas: se da cuenta de la relación que existe entre causa y efecto. En esta etapa comienza a entender el proceso de la enfermedad porque diferencia entre la realidad externa y el interior de su cuerpo, pero es a partir de los 9 ó 10 años cuando adquiere el concepto de gravedad y, aunque todavía interpreta los procesos fisiológicos de forma muy general, puede pensar que las intervenciones quirúrgicas son una forma de curación.
<b>Adolescencia</b> 12- 18 años	Operaciones formales: el adolescente empieza a pensar en sí mismo y a diferenciarse de los demás, por lo que puede reconocer que la enfermedad es la consecuencia de la interacción de factores internos del organismo o factores externos, independientes del mismo. En definitiva, el adolescente es susceptible de responder a la experiencia hospitalaria de forma similar al adulto.

Tabla 4.02 Síntesis de la autora elaborada a partir de Ortigosa y Méndez (2000:80-83).



#### 4.10.2.2 DESARROLLO AFECTIVO

---

1. Separación de los padres y del marco social habitual
2. Alteración de estados de ánimo: sentimientos de depresión, inquietud o ansiedad, agresividad, mayor susceptibilidad, que causan la soledad y la despersonalización
3. Desarrollo de fobias (por condicionamiento) a: los hospitales, personal, agujas, procedimientos diagnósticos, a las batas blancas.
4. Problemas de apego, que darán lugar a alteraciones conductuales debido al contacto con los desconocidos y separación de los seres queridos
5. Contagio emocional. El comportamiento de los padres influye notablemente en las reacciones infantiles. Como refieren Kain, Mayes, O'Connor y Cicchetti (1996), el nivel de ansiedad de los padres, sobre todo de las madres, causa malestar en el niño.
6. Los padres desempeñan una doble función como figuras de apoyo en el proceso hospitalario:
  - Refuerzo positivo. Son los principales agentes que proporcionan estimulación placentera.
  - Actúan como modelos de afrontamiento que el niño observa e imita. (moldeamiento). El afrontamiento paterno adecuado de la hospitalización, incluyendo el apoyo al hijo, minimiza el impacto negativo de la hospitalización.
7. Sentimiento de culpa y conducta sobreprotectora de los padres, desencadenadas por una concentración y dedicación al hijo hospitalizado y "descuidar" a los otros. Los hermanos experimentan una mezcla entre rivalidad y culpabilidad. La hospitalización es un acontecimiento estresante, también para los padres y hermanos.
8. Otros factores, como la lejanía del hospital, y el elevado número de hermanos, limitan el apoyo familiar al niño hospitalizado.
9. Desde el punto de vista de la familia que ayuda al proceso de recuperación y en los casos terminales pasan por distintas fases. El proceso es conocido como etapas de duelo, que sería objeto de otro estudio distinto.





## 4.11 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL PAYASO DE HOSPITAL

A continuación se hace un análisis más detenido, dentro del humor en el ámbito hospitalario, de un claro generador y principal protagonista de ese humor: la figura del payaso de hospital. Este desarrollo dará algunas claves que complementarán la parte práctica de la investigación.

Antes de comenzar el análisis, es de justicia hacer una aclaración para precisar el alcance del concepto de payaso o clown de hospital, para lo que recurriremos a Espinosa y Gutiérrez (2010:6):

“hay que diferenciar el trabajo del clown de una comprensión peyorativa del papel del payaso, como por ejemplo, de la de la figura de animador de fiestas, muchas veces remitida a un carácter patético o distante de lo que es la esencia de la actuación artística”.

Ya, para Mello (1994:246), “el payaso es hoy un tipo que intenta hacer gracia y divertir a su público por medio de sus extravagancias en cuanto que el clown intenta ser sincero y honesto”. Esta última acepción es la que se utilizará en toda la Tesis, tanto se use/escriba la palabra clown o payaso, al considerar esta definición la más adecuada, propia y afín a una intención terapéutica.

Por lo tanto, desde esa “honestidad” y “sinceridad” el clown hospitalario cumple un rol muy concreto que ya especifica Velado (2014:47), en un artículo que, curiosamente, guarda cierta similitud con las reflexiones, tipo de narrativa y sentimiento de la parte empírica de esta investigación; así, expone que:

“Los clown terapéuticos trabajan para conseguir, mediante el arte, el juego, el humor y la ternura, hacer más amable y llevadera la experiencia de enfermedad del paciente y su familia. Acompañan, cuidan y ayudan a encontrar lo bello de cada situación, formando parte fundamental del proceso terapéutico”

y como también refieren Gryski y Koller (2008:5): “El payaso terapéutico trabaja para apoyar al niño mediante el juego, el humor y la amistad”.

Como se puede observar, el clown terapéutico tiene unos objetivos muy similares a los de esta investigación, que también se vinculan al que proponen Lima, Azevedo, Nascimento, y Rocha (2009) al defender que, el payaso hospitalario trata de “poner en escena el lado sano, no sólo de los niños sino también de sus padres o cuidadores y contribuye a redimensionar el proceso de trabajar con la composiciones técnicas y lúdicas” (p.192).

Desde hace cientos de años existe el arte del clown y cada época o cultura ha tenido los suyos. No se conocen datos exactos de quién fue el primer clown pero, sí hay antecedentes muy remotos, que nos aporta la literatura histórica, de que estos personajes existieron en la antigüedad. Como anécdota de éste arte en la antigüedad, citaremos al clown enano, que actuaba ya como bufón en la corte del Faraon Dadkeri-Assi, durante la Quinta Dinastia Egipcia, sobre el año 2500 a. de C.



En un plano no académico, valdría decir que los estudios con terapias de payasos han estado muy vinculados al hombre desde su origen, pues la figura del payaso con funciones curativas o terapéuticas es algo que ha existido a lo largo de los tiempos. Por ejemplo, en la cultura indígena es importante destacar a los payasos de Hopi o, como indica Blerkom (1995:463): “el *Zuni Ne´wekwe* que es una sociedad de medicina muy apreciada en la que sus miembros son payasos que improvisan farsas durante las ceremonias de curación”. Koller y Gryski (2007:s.p.), también defienden que:

“Tanto histórica como culturalmente, los payasos se han asociado con el bienestar de la sociedad y las artes de la curación. Se cree que el hospital de Hipócrates mantenía grupos de actores y payasos en el cuadrángulo, ya que los médicos de la época pensaban que el estado de ánimo influía en la curación”.

Incluso en el clásico espectáculo del circo, el payaso cumplía una función beneficiosa para la salud; como ponen en evidencia Sato, Ramos, Silva, Gameiro y Scatena, (2016:127), “desde su origen más cómico, en los circos, el payaso tenía un valor terapéutico porque se pretendía que quitaran estrés de otras intervenciones más duras con el objetivo de romper esta tensión, en los intervalos de los actos”.

Desde un aspecto más académico, hay que citar a Ana Freud, que en 1926 fue la pionera en utilizar el juego como recurso terapéutico y lo introdujo en sus principios psicoanalíticos. También se puede establecer el punto de origen que marcó una inflexión en la actual y conocida labor del payaso terapéutico: como indican varias investigaciones (Françani,1999; Henderson y Rosario, 2008; Gryski y Koller, 2008; de Lima, Azevedo, Nascimento y Rocha, 2009; Sato, Ramos, Silva, Gameiro, y Scatena, 2016) fue Michael Christensen, el director y fundador del circo de América del Norte “*Big Apple Circo*”, uno de los más importantes del mundo, fundado en 1977 en la ciudad de Nueva York, quien unos años después, en 1986, y junto a Paul Binder, el que comenzó a poner en práctica el arte del payaso en los hospitales, hecho que no fue casual, ya que:

“le pidieron que participara en un espectáculo en el *Babies and Children's Hospital* de Nueva York. Christensen, *Dr. Stubs*, y su colega *Jeff Gordon*, representaron una parodia (sobre los procedimientos médicos) de 20 minutos sobre las realidades de la vida del hospital a una audiencia encantada de pacientes, padres y personal. Christensen dijo: «Fueron los veinte minutos más satisfactorios de mi carrera profesional, y a partir de esa experiencia nació el plan del *Clown Care Unit (CCU)*»” (Henderson y Rosario, 2008:983).

Ese acontecimiento constituyó la base para la fundación en Estados Unidos de la Unidad de Cuidado de Clown de Circo de Big Apple, que hoy tiene noventa payasos en hospitales.

Casi paralelamente en el tiempo y de forma individual, a partir de 1970, Hunter Doherty (más conocido como **Patch Adams**) revoluciona los hospitales de Estados Unidos, al encontrar una manera muy especial de tratar con los pacientes que se encontraban internos en el hospital de Virginia Occidental.



*Patch Adams*, (Dr. Doherty) (2002), bajo el binomio **Amor-Humor**, plantea que la medicina, según él, se pueda ejercer con seis cualidades fundamentales: **feliz, divertida, amorosa, cooperativa, creativa y considerada**, y crea el centro *Gesundheit* (en alemán, salud), donde practica la Terapia de la Risa.

La metodología de este doctor queda reflejada en la película cinematográfica, basada en hechos reales, dirigida por Tom Shadyac (1988) y protagoniza por el actor Robin Williams, que lleva por título el pseudónimo que adoptó el Dr. Hunter Doherty: *“Patch Adams”*. (Ilustración 4.08).

Posteriormente, Sigi Rothmund (2012) dirigió la película *“El ángel de la justicia. Dos hermanos hasta la muerte”* en la que también un médico asiste a sus pacientes oncológicos infantiles, disfrazado de payaso, bajo el personaje de “Vivo”, aún a riesgo de su puesto de trabajo.



*Ilustración 4.08: Patch Adams en el Hospital Infantil de Montreal). (Foto Pierre P.Poulin-EL MUNDO)*

Según nos relata Duré (2009), la terapia de la risa comienza a extenderse desde Estados Unidos por todo el mundo. Los países pioneros en su práctica fueron: Suiza, con la Fundación Theodora; Brasil, con los Doctores de la alegría; Francia, con los Hoppiclowns. También, Gran Bretaña, Rusia, Sudáfrica, Hong Kong, Italia, España y en Colombia, desde febrero de 1998, cuando se crea la Fundación Doctora Clown, pudiéndose afirmar que hoy, la terapia de la risa y el humor está generalmente extendida y en la que se emplean las más curiosas variantes o recursos auxiliares (música, cuenta-cuentos, animales...).



Debido a la frecuencia de las hospitalizaciones infantiles y a la repercusión negativa que tiene sobre muchos niños, desde los años 70 se investigan métodos para minimizar el impacto psicológico que suele acompañarla y como se ha referido, uno de los recursos empleados son los payasos de hospital que contribuyen a la mejora del ambiente hospitalario y cumplen una función esencial en ese ámbito, como lo recoge Ortigosa y Méndez (2000:28): “Los payasos de hospital podrían considerarse parte del proceso de preparación psicológica a la hospitalización infantil”.

La intervención del payaso de hospital tiene unos planteamientos similares antes, durante y después de la hospitalización, y los desarrollan, a través de distintas técnicas y sus funciones son muy afines, en general, a los objetivos que plantea ésta investigación; Ortigosa y Méndez (2000:12) enuncia estas funciones como sigue:

- Ofrece nuevas posibilidades para el tiempo libre
- Favorece y estimula el juego infantil
- Proporciona un ambiente lúdico
- Fomenta la autonomía en los niños
- Compensa los efectos de la hospitalización mediante el juego
- Favorece la expresión del niño a través del juego
- Favorece el apoyo, el apego, la ilusión...

Es importante que el payaso de hospital tenga amplia, continuada y específica formación multidisciplinar: artística, sanitaria, musical y psicológica, que le aporte profesionalidad, recursos, herramientas y aptitudes, con las que hacer frente a los retos que conforman su devenir diario. Como aconseja Neira (1999), además de la formación artística, debe poseer conocimientos sobre la higiene hospitalaria (para evitar contagios), enfermedades pediátricas y contraindicaciones de las mismas. De igual forma, debe tener presente algunas normas elementales: cambiar con frecuencia de desinfectante, puesto que los microorganismos se hacen resistentes a los productos que se usan habitualmente, uso de mascarillas, uniforme lavado todos los días...

El payaso de hospital tiene en cuenta el tipo de material que dispone para adaptarlo a juegos y entretenimientos que sean adecuados a la etapa evolutiva de cada niño y a los condicionantes de su enfermedad. Es aconsejable que disponga de una variedad de juguetes y objetos que favorezcan la estimulación y el desarrollo del niño, en todas las áreas, de forma que le permita explorar y comprender su mundo, estimular el desarrollo sensomotriz, intelectual, social, moral, de la creatividad y de la autoconciencia.

Volvemos a recurrir a Neira (1999) que recomienda al payaso de hospital ser flexible y tener un alto nivel de adaptación y socialización, porque debe encontrar su propio lugar dentro del ambiente hospitalario y este lugar no está previamente definido; integrar al payaso a un equipo no es tarea fácil, ni para el cuerpo médico, ni para el propio payaso.



Es importante que tenga presente, el hecho de que, algunos niños tienen miedo a los payasos; quizá por ese motivo, como los describe Neira (1999), tienden a presentarse con el mínimo maquillaje y disfraz (complementado, si se considera oportuno, con un sombrero y una nariz roja), con un traje agradable a la vista, atributos que son suficientes para comunicar su identidad.

La apariencia de sus ropajes o *atrezzo*, su diseño, formas o colores, son fundamentales para convertir a la figura del payaso en un símbolo atractivo, de juego, alegría... el conjunto de estos factores hace posible que su llegada sea vivida con alegría e ilusión, no sólo por los propios niños, sino también por los padres y el personal sanitario.

El payaso de hospital debe ser ingenioso, mágico, espontáneo, chistoso y, al mismo tiempo, consciente de la edad del niño con el que juega; tener en cuenta su estado físico y emocional, así como el de sus padres.

Los payasos trabajan sujetos a un Código Deontológico Internacional, código ético común a todas las asociaciones de payasos de hospital, que garantiza la confidencialidad de la información. Es fundamental que el adulto encargado de supervisar la conducta lúdica del niño, sea un especialista en varias áreas, que sepa orientar, aconsejar e interpretar los mensajes que se manifiestan a través del juego, a fin de ayudar al niño a enfrentarse a la experiencia de la hospitalización, por lo que: "El especialista ha de estar preparado para manejar las interacciones que surjan durante el juego y para modificar, en caso necesario, el desarrollo de las actividades lúdicas". (Serrada, 2007:642).

"Los payasos aprenden a acercarse a los bebés, a los niños, a los jóvenes y a sus padres, Es importante, y se debe incluir, en la medida de lo posible, la atención a los hermanos y familiares, animándoles a participar en el juego, para que éstos se sientan integrados y para que el niño hospitalizado siga en contacto con los miembros de su familia.

con sensibilidad (...) reaccionará al instante si hay cualquier sensación de incomodidad. Por ejemplo, técnicas sencillas pueden tranquilizar a un paciente o a un miembro de la familia: mantener una distancia adecuada, evitar al principio el contacto visual y minimizar la presencia física, agachándose o poniéndose de lado (...) Sin embargo, el payaso de hospital, debe darse cuenta de que, en ocasiones (sin importar su mejor intención y por la razón que sea) no puede establecerse una relación terapéutica con un paciente. En este caso, el payaso se retirará sutilmente". (Koller y Gryski, 2007, s.p.).

Desde el inicio de las actividades innovadoras del doctor Doherty, en 1971, médico que da vida a *Patch Adams* y que podemos considerar como el primer Payaso de Hospital moderno, hasta nuestros días, la proliferación de actividades a nivel mundial de los doctores sonrisa ha tenido una expansión exponencial cuyas circunstancias, merecerían el carácter de una investigación exclusiva.





## 4.12 METODOLOGÍA DEL CLOWN DE HOSPITAL

Durante el largo período que permanecí en el hospital llevando a cabo una de las partes prácticas de la presente investigación (Capítulo 6) tuve varias y gratas ocasiones de coincidir con mis admirados amigos de la Fundación Theodora, *'Doctores Sonrisa'*, *Bugui-Bugui*, *Cambembo*, *Sapofrita*... y poder apreciar, desde una posición privilegiada, su particular metodología de trabajo, su profesionalidad y buen hacer ya que, a veces, me integraban en su equipo como ayudante.

Un martes de marzo había quedado con ellos para comentarles las actividades que estaba llevando a cabo y pedirles su colaboración. Tras los saludos iniciales les acompañé a colocarse sus trajes de trabajo. Me extrañó la solemnidad y el silencio que había en la sala-vestuario y su comportamiento me hizo recordar a Stanislavski (1971), cuando decía que el actor no sólo debe maquillar su cuerpo sino también su alma. Llamaba la atención el protocolo con que se vestían con los trajes de colores, se calzaban, se maquillaban y se iban transformando, seguro que en cuerpo y alma, para ser y sentir como el nuevo personaje que iba surgiendo: "Ningún papel puede ser verdaderamente logrado si el actor no *cree* en él. El actor debe creer en todo lo que se está desarrollando en el escenario y, sobre todo, debe creer en sí mismo" (Stanislavski, 1971:23). Y el comportamiento de esas personas, ponía de manifiesto que estaban convencidas que, lo que hacían, era positivo y beneficioso para los menores.



*Ilustración 4.09: Momentos de preparación del payaso de hospital -1 (FA)*

De forma general, todas las instituciones o fundaciones dedicadas al trabajo de Payasos Hospitalarios llevan a cabo una metodología similar y que podría resumirse en las pautas:

Suelen realizarse periódicamente reuniones de los directivos de las instituciones, con el personal sanitario de distintas disciplinas del departamento de pediatría del hospital, con el fin de realizar un trabajo interdisciplinario, cuyo único objetivo es la salud emocional del pequeño paciente.

Posteriormente, comienza el contacto directo con los pacientes. Antes de iniciar las visitas a las habitaciones, los payasos de hospital se reúnen con el personal sanitario de cada planta, donde son informados sobre la sintomatología del niño y la evolución de sus estados emocionales.



La consulta lúdica o terapia de la risa, se hace individual. El Payaso visita los niños cama por cama, interactuando con el paciente, con sus familiares e, incluso, con el personal sanitario. La presencia de los payasos siempre es con el consentimiento del paciente y con total respeto hacia sus circunstancias. Nunca actúan por imposición.



*Ilustración 4.10: Momentos de preparación del payaso de hospital -2 (FA)*

Con el fin de favorecer la familiarización con los Payasos de Hospital y hacer más agradable su encuentro, a los niños y a los padres se les entrega un folleto informativo y tarjetas, donde se les explica su funcionamiento. Por otra parte, establecer unos días determinados para la visita de los Payasos de Hospital genera en el niño la expectativa por su llegada, lo cual favorece la ruptura de la monotonía y una mejora del estado emocional, incluso antes de su llegada. Al final de cada visita, los payasos reparten un detalle a cada niño: globos, pegatinas, tarjetas...

Una vez realizada la terapia de la risa, el personal psicólogo o psicopedagógico del hospital, realiza una evaluación del estado mental y emocional del paciente tras *recibir su dosis* de alegría.

También, los payasos llevan un registro con todos los datos sobre cada una de las actuaciones en el Cuaderno de Hospital, confidencial, de uso interno y exclusivo del equipo de artistas, que resulta de gran valor, como guía y seguimiento de cada paciente.

Los payasos de hospital actúan, como mínimo, en pareja, siguiendo la tradición clownesca, y visitan durante todo el año, las áreas hospitalarias infantiles. Recorren pasillos, unidades especiales, salas de espera, ascensores, unidades de crónicos, de cuidados intensivos, ofreciendo risas y sonrisas a todos los habitantes del hospital.



Tienen un protocolo que marca el orden de las visitas y que vela por la salud inmunológica de los pacientes, pues una visita en último lugar, podría provocar posibles contagios y agravar una enfermedad de un paciente bajo en defensas. También, es necesario aprovechar la mayor cantidad de energía que permita una mejor respuesta, lúcida y espontánea, en las intervenciones/actuaciones más complejas, por lo que, para ellas, se elige el principio de la jornada, pues no existe cansancio acumulado. Por lo tanto visitan con el siguiente orden: comienzan por la UCI, Oncología, Quemados, Trasplantados y Medicina General.

Apoyan la participación del niño, o lo dejan como espectador, si ese es su deseo. También los padres y familiares, enfermería, médicos y celadores, demandan y participan en los juegos que propone la pareja de payasos.

Utilizan gran cantidad de recursos: parodias clásicas o improvisadas, canciones y piezas instrumentales, bailes y pequeñas coreografías, cuentos, chistes, juegos de magia, historias que nacen de la imaginación, malabares, títeres y mimo. La duración de las sesiones es aproximadamente de diez minutos.

Cada niño vive a su manera el encuentro con el payaso, dependiendo de la edad, su cultura, su estado de salud, sus padres, su experiencia con el medio hospitalario. Pero siempre los esperan con impaciencia y solicitan, con frecuencia, su presencia.

Con objeto de mantener un permanente reciclaje de sus conocimientos, los payasos de hospital suelen tener, un par de veces al año, unos seminarios o encuentros de una semana de duración, en los que revisan sus temas artísticos y hospitalarios y, lo que es muy importante, también tienen sesiones con un terapeuta que refuerza emocionalmente al equipo.



*Ilustración 4.11: Payasos Hospitalarios en el H.M.I. de Granada. (Foto Ciudad Salud nº23)*





Tal es la importancia de la figura del payaso de hospital que debería ser una disciplina más reconocida. Así, llama la atención que Gyski y Koller (2008:2) utilicen un concepto específico y novedoso para denominar la labor del payaso terapéutico: “*clowning*”. Es un término que ellos mismos abordan en su investigación específica con la que pretenden: “reflexionar sobre qué es el *clowning* terapéutico y describir hasta qué grado es capaz de proporcionar una forma complementaria de cuidado de la salud”; además, estos autores defienden que la efectividad del trabajo de los payasos terapéuticos se debe a tres factores que se cumplen en la figura del clown, que se dan en la esencia del payaso:

- **Reafirmación:** desde su propia identidad el clown es un personaje vulnerable, inocente. Al payaso terapéutico se le reitera ese rol en su intervención con el niño en el hospital ya que es, a partir de esa debilidad, desde la que establece el vínculo con el niño a quien, al mismo tiempo, el clown le debe de saber ceder el control del juego. De este modo el paciente infantil ante el payaso, se siente superior.
- **Juego y humor:** literalmente defienden estos autores que: “en su interacción con un niño y su padre el payaso terapéutico utiliza el juego y usa un estilo de humor amable para aliviar el estrés del tratamiento para el cáncer” (Gyski y Koller, 2008:4). Los payasos terapéuticos crean oportunidades para el humor y la risa y siempre están predispuestos al juego, que usan como recurso: “para el niño dentro del hospital, el payaso viene a encarnar el espíritu del juego” (Gyski y Koller, 2008:4).
- **Relación de apoyo:** debido a la cadencia de visitas del payaso al mismo hospital, hay niños que, al estar ingresados un largo tiempo, reciben con frecuencia la visita de un mismo payaso, por lo que es habitual que el clown terapéutico y el niño hayan jugado varias veces juntos durante uno o varios meses, estableciéndose así una relación de confianza y apoyo mutuo y podría decirse que son como amigos.

#### 4.12.1. BENEFICIOS DE LA LABOR DEL PAYASO HOSPITALARIO

Entre los payasos de hospital circula la frase que “ellos funcionan como las aspirinas, pero que son el doble de rápidos”. Podemos decir, de una forma resumida, tras analizar los efectos de las visitas en que la autora ha acompañado a los payasos a sus actividades, de los comentarios realizados por los familiares después de las mismas y la constatación con las más variadas publicaciones sobre el particular que, con las intervenciones de los payasos de hospital:



- Existe una disminución de tensiones, que son sustituidas por la expresión de alegría ilusión... que permiten sentirse mejor a los menores y a sus familiares.
- La sonrisa atrae otra sonrisa, por lo que se produce un contagio de felicidad a todos los que rodean a la figura del payaso de hospital. Así, se generan momentos de placer compartido, de encuentro y libertad, donde, habitualmente, hay dolor.
- El humor propuesto por los payasos es un medio para descargar la agresividad. Agresividad ligada a las rupturas y contrariedades vividas por su hospitalización.
- Favorece el valor de la amistad. Con el tiempo, los payasos llegan a ser amigos íntimos de los niños.
- Transformación del hospital en un lugar alegre, más humano y sensible.
- La actitud más tolerante de los niños hacia los medicamentos.
- Romper la rutina hospitalaria ayudando a asumir mejor la enfermedad.
- Cuando un niño empieza a reír, significa que empieza a sentirse mejor por lo que afirmamos que los payasos son sanadores.

En el dibujo de la Ilustración 4.12 puede quedar resumida, con sagaz humor gráfico, toda la metodología del Clown de hospital.

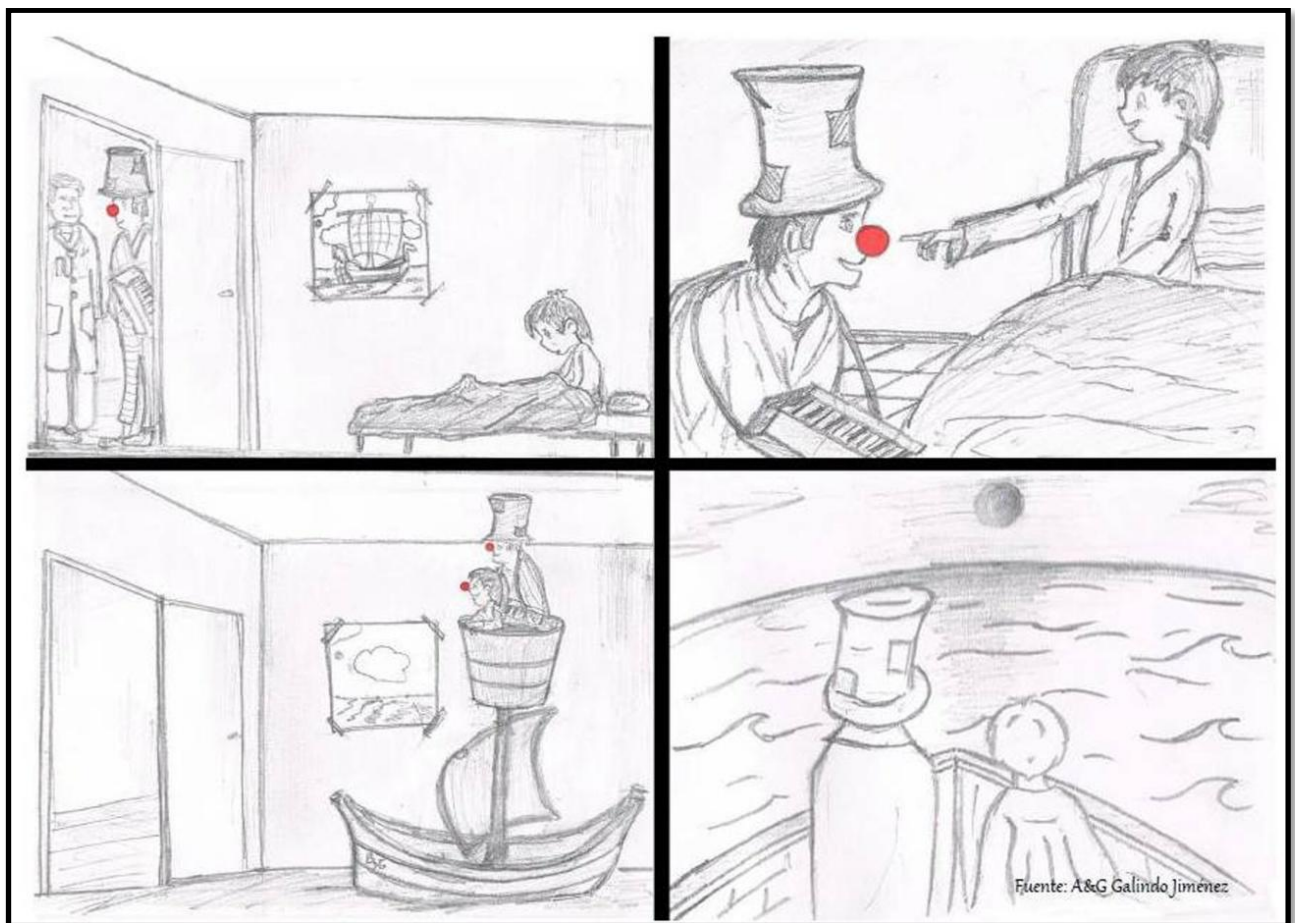


Ilustración 4.12: A&G Galindo Jiménez (2014). (Recuperado de Velado, 2014:51)



Los payasos de hospital tienen un impacto directo y positivo en los niños internados en centros de rehabilitación pediátrica con discapacidades físicas y verbales (Kingsnorth, Blain y McKeever, 2011); en pacientes con patologías respiratorias (Bertini, Isola, Paolone y Curcio, 2011); en pacientes ambulatorios adultos con enfermedades crónicas... llegando a la conclusión de que los payasos son una contribución y una ayuda que puede mejorar la calidad de vida de los pacientes y del personal hospitalario (Nuttman-Shwartz, Scheyer y Tzioni, 2010).

Ríos (2003) menciona distintas enfermedades y perfiles de personas a los que visitan los payasos de hospital, entre las que hay que destacar, las que realizan a jóvenes con anorexia, padecimiento que merecerá un detallado análisis en el Capítulo 7 de la presente investigación.

Este apartado se verá complementado y documentado en los Puntos 4.13.1 y 4.13.2, en los que se detallan los resultados obtenidos en una importante variedad de estudios con payasos de hospital y donde se ponen de manifiesto los beneficios que se obtienen de sus intervenciones.

#### 4.12.2. FORMACIÓN DE CLOWN, COMO RECURSO DEL PERSONAL SANITARIO

Con la participación de los payasos hospitalarios, el personal sanitario disminuye su ansiedad y mejora su estado de ánimo. Dicha influencia también hace que el profesional mejore su relación con el paciente, incluso, se favorece que los payasos sean un modelo de relación con el paciente (Sato *et al.*, 2016; Blain, Kingsnorth, Stephens y McKeever, 2012). A esta última idea aspiran distintos estudios diseñados para **difundir el arte del clown como recurso sanitario** para el cuidado de los niños hospitalizados, en estudiantes de ciencias de la salud; es el caso de Francani (1999), que quiere dar a conocer la experiencia del clown hospitalario y del trabajo de “*Médicos de la Alegría*” a estudiantes universitarios de psicología, enfermería pediátrica y Neonatal de la Universidad de Sao Paulo. En otro estudio posterior (Utsunomiya, Ferreira, Oliveira, Arai y Basile, 2012), se amplía una propuesta similar a alumnos de enfermería, terapia física, terapia de lenguaje, medicina, nutrición y terapia ocupacional. De acuerdo con Sato, *et al.*, (2016:130) en el apoyo de iniciativas como ésta, ya que: “también proporcionan a los profesionales el reconocimiento de que ciertas reacciones de los niños, tales como la apatía, el agotamiento, la depresión y la resistencia (...) y las relaciones dentro del hospital en sí mismo”.

Otro estudio similar (Masetti, 2013) pretende actualizar la teoría universitaria con una experiencia de aprendizaje diferente a la que los alumnos de disciplinas sanitarias encuentran normalmente en clase: “una experiencia de sentidos físicos (mirar, escuchar, tocar) y sentidos imaginarios sobre salud, enfermedad y cura” (p.914) así es como esta investigación muestra la intervención formativa desarrollada en el área de la *Escuela Doutores da Alegria* entre 1998 y 2012 y un estudio más actual, de Takahagui, Moraes, Beraldi, Akamine, Basile y Scivoletto (2014), lo reafirma; en el Punto 5.7.4 se exponen más argumentos relacionados con el aspecto formativo del personal sanitario de atención a menores .



#### 4.13 ESTUDIOS DE TERAPIAS CON PAYASOS DE HOSPITAL

“El payaso 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 -algo especial- lo que vendrá a ser terapéutico”

(Espinosa y Gutiérrez, 2010:10)

Expondremos en éste apartado, como ya anticipamos en el ESTADO DE LA CUESTIÓN (último epígrafe del Punto 2.1.3.1) en lo que respecta a uno de los aspectos claves de la investigación, como son las actividades tendentes a una mediación en el ánimo de menores con déficit de salud, la situación actual y los últimos trabajos encontrados, sobre las terapias con payasos de hospital.

Una de las revisiones bibliográficas más reciente sobre dichas terapias con payasos, nos justifica el esfuerzo por analizar en profundidad este epígrafe ya que: “cuando la máscara del payaso entra en escena -más aún en el ámbito hospitalario- trae consigo un mundo en el que la lógica puede ser subvertida y, a partir del problema, emerge la posibilidad de diversión” (Sato, Ramos, Silva, Gameiro y Scatena, 2016:128). De acuerdo con distintas investigaciones (Masseti, 2013; Aquino, Bortolucci, y Marta, 2004), el médico-payaso llama la atención sobre una cierta necesidad de volver a conectar a la gente con el concepto de salud, con la esencia de la medicina.

Analizando el actual panorama de las terapias con payasos hospitalarios en el campo de la investigación, y de acuerdo con Sato, Ramos, Silva, Gameiro y Scatena, (2016), que hacen una reciente revisión bibliográfica de 33 artículos científicos encontrados, en inglés, portugués y español, publicados hasta el 19 de mayo de 2015, “hay pocos estudios sobre este tema en la literatura científica. Por lo tanto, la construcción de un campo teórico que es capaz de apoyar esta actividad es apenas un comienzo” (p.123).

Un aspecto que corrobora esa afirmación son los datos que se extraen de la revisión de las referencias en las que se basa dicha investigación; así, llama la atención que sólo cinco de esos estudios que este autor ha encontrado sean de 2014-2015, nueve de 2012-2013 y cinco de 2011, siendo el resto de estudios de fecha anterior. Este dato no es casual ya que, de acuerdo con Lancheros, Tovar y Rojas (2011:69): “(...) en nuestro país es un tema que poco se conoce y por lo cual es de suma importancia dar a conocer en el ámbito nacional los múltiples beneficios que genera en la salud de las personas”.

Sin embargo, es esperanzador que “a lo largo de una década la presencia de los payasos de los hospitales haya aumentado rápidamente, en especial en el ámbito pediátrico. Miles de niños tienen contacto con payasos durante su hospitalización” (Gryski y Koller, 2008:1).



Sin embargo queda mucho por hacer, puesto que hay lugares, en países próximos a España, donde la aplicación de terapias con payasos es poco habitual, como comentan Caires, Dias, Esteves, Belo, Correia, Diaz y Ballester, (2010:15): “a pesar de que el payaso de hospital es una presencia recurrente en varios hospitales de Europa y América (...), en Portugal esta es una presencia más nueva y menos extendida”.

Como dato cuantificativo, aunque no aporte información concreta, destacaremos que en el ‘1 Congreso Nacional de Psicología Positiva’, celebrado en El Escorial (Madrid), en 2012, se presentaron tres ponencias y tres comunicaciones relacionadas con los payasos de hospital, cuatro de ellas de Portugal y dos de España, a las que más adelante se hará referencia. Además se llevó a cabo un simposio relacionado con dicho tema.

Haciendo un análisis de las investigaciones encontradas sobre terapias con payasos en contexto hospitalario, diremos que hay dos tipos de estudios: unos más generales y otros más específicos.

#### 4.13.1. ESTUDIOS GENERALES

Por un lado, hay un gran grupo de estudios que son semejantes, pues en su mayoría, hacen valoraciones y evaluaciones de las terapias con payasos de manera global o general, aportando, fundamentalmente, datos cualitativos y reiteran la idea de que la intervención de los payasos, en ámbito hospitalario, es beneficiosa por varios motivos. Dichos estudios argumentan diversas y variadas razones de la importancia e influencia positiva de las terapias de payasos en el contexto hospitalario.

Por lo tanto, tomando como referencia ese grupo de estudios que proporcionan datos sobre beneficios generales (Ford, Courtney-Pratt, Tesch, 2013; Linge, 2012 y 2013; Caires, Almeida, Antunes, Moreira y Melo, 2013; Eufrásio, Ribeiro y Porto, 2015; Ferreira, 2015; Santos y Gimenez, 2009; Tiago, 2013; Carvalho y Rodrigues, 2007; Barkmann, Siem, Wessolowski y Schulte-Markwort, 2013; Naranjo, Segura, Ibarra, Leguizamon y Rios, 2009) se puede decir que las terapias con payasos contribuyen al bienestar, la alegría, la diversión y la relajación; la mejora en el estado de ánimo del niño hospitalizado, familiares y personal de enfermería. También mejoran el ambiente “desactivando el contexto hospitalario” convirtiéndolo en más relajado, agradable y motivador. Transforman, -resignifican- el entorno hospitalario, al cambiar la percepción las estructuras, las funciones, las personas y los objetos, beneficiando, no sólo a los pacientes, sino a todos los involucrados; así se mejoran también las relaciones que influyen a padres, personal sanitario y pacientes. Además, mejora el tratamiento y la recuperación, y la disminución del dolor.

Todo esto es posible gracias al juego y humor del payaso que “rompe con la lógica de las relaciones hospitalarias” (Sato, Ramos, Silva, Gameiro y Scatena, 2016:129).

También se observó que estos encuentros pueden establecer relaciones profundas, potenciar a los pacientes y servir de modelo de relación para todo el personal sanitario involucrado (Sato,



Ramos, Silva, Gameiro y Scatena, 2016). Además pueden modificar positivamente la percepción de la enfermedad, lograr una adecuada adaptación hospitalaria, disminuir los niveles de ansiedad y generar un bienestar global (Lancheros, Tovar y Rojas, 2011).

Destacaremos la investigación de Caires; Almeida; Esteves y Correia, (2012:118) que consideran, que:

“el payaso de hospital produce una desmitificación de los tratamientos y de los profesionales de salud, humanización de los cuidados, atenuación de la experiencia de hospitalización, reducción del estrés vivido en su trabajo diario. Señalaron también la ampliación de estrategias de contacto con los pacientes pediátricos y sus familias, o mejoras en la imagen del hospital”.

En la misma línea se puede afirmar, que el payaso hospitalario aporta:

“una intervención concreta que valoriza el proceso de desarrollo infantil, ya que abre espacio para la fantasía, la risa, la alegría y la apropiación de lo cotidiano en el hospital; además es un ejemplo de ampliación del proceso diagnóstico y terapéutico con la incorporación de intervenciones que privilegian las necesidades afectivas, emocionales y culturales del niño y su familia, en la busca del cuidado sin traumas” (Lima, Azevedo, Nascimento y Rocha, 2009:186).

---

#### 4.13.2. ESTUDIOS ESPECÍFICOS

Como estudio original, diferente a los comentados en el apartado anterior, nos llama la atención la Tesis Doctoral de Cañas Rodas (2013) en la que se investigó la comunicación no verbal durante el proceso de interacción entre un payaso hospitalario y los menores hospitalizados, de edades entre los 7-11 años.

De forma específica hemos de destacar los estudios de Battrick, Glasper, Prudhoe y Weaver, (2007) y de Glasper, Prudhoe y Weaver, (2007) que se llevaron a cabo para medir el impacto positivo hospitalario de la intervención de los payasos de hospital, obteniendo las percepciones de médicos, enfermeras, padres y niños con respecto a la eficacia de las actuaciones de *Fundación Theodora Trust*, en un hospital al sur de Inglaterra. Esta Fundación, sólo en Granada, y manejando datos publicados por ella, desde su implantación en la capital, en el año 2002, los payasos habían visitado, hasta abril de 2008, a unos 12.500 menores hospitalizados, en base a un cálculo estimado de unos 35/40 niños cada martes.

Los estudios encontrados ponen en evidencia que la repercusión de la labor de los payasos de hospital es positiva en diferentes perfiles de personas y patologías.





También son frecuentes los estudios que están dirigidos a niños hospitalizados de oncología (Ortigosa Riquelme, Álvarez, Astillero y Sánchez, 2016; Slater, Gorfinkle, Bagiella, Tager y Labinsky, 1998; Melo, Caires, y Arriaga, 2012) o que van a ser intervenidos quirúrgicamente (Vagnoli, Caprilli, Robiglio y Messeri, 2005; Messina, Molinaro, Meucci, Angotti, Giuntini, Cerchia y Brandigi, 2014; Ortigosa, Gutiérrez, Astilleros, Sánchez y Riquelme, 2011).

De acuerdo con Frías-Navarro, Meisel, Esperança, García-Banda, Badenes Ribera, Monterde-I-Bort, y Pascual Soler, (2012:93): “las investigaciones sobre los efectos terapéuticos de los payasos de hospital en niños hospitalizados han crecido en los últimos años. Sin embargo, estudios sistemáticos sobre sus efectos aún son escasos”.

#### 4.13.2.1 SOBRE INTERVENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Algunos estudios concluyen que la presencia del payaso de hospital es eficaz en procedimientos médicos específicos, cuya colaboración es decisiva en la reducción de la ansiedad y la mejor aceptación participativa del paciente en el acto clínico.

Existen bastantes investigaciones (Vagnoli, Caprilli, Robiglio y Messeri, 2005; Messina, Molinaro, Meucci, Angotti, Giuntini, Cerchia y Brandigi, 2014; Dionigi, Sangiorgi y Flangini, 2014; Messina, Molinaro, Meucci, Angotti, Giuntini, Cerchia y Brandigi, 2014) que consideran a los payasos hospitalarios una forma de terapia, de distracción, en el tratamiento de niños que requieren cirugía, durante la inducción de la anestesia, para aliviar y reducir significativamente el miedo y la ansiedad preoperatoria de los mismos. También en la disminución en el consumo de analgésicos y sedantes. Además puede reducir la premedicación a la operación, así como efectos secundarios de la misma, dejando un recuerdo agradable de ella, lo que representa una alternativa importante al *midazolam*<sup>22</sup> que, a menudo, deja al niño amnésico de la propia administración, sin la memoria de este acontecimiento (Vagnoli, Caprilli, y Messeri, 2010). El efecto de la reducción de la ansiedad, se da incluso en los padres que le acompañan hasta que se queda dormido (Agostini, Monti, Neri, Dellabartola, de Pascalis, Bozicevic, 2014; Vagnoli, Caprilli, Robiglio y Messeri, 2005; Sánchez Campos y Sánchez Rascon, 2007). El efecto de los payasos sobre la reducción de la ansiedad continúa cuando los niños entraron en la sala de operaciones (Golan, Tighe, Dobija, Perel y Keidan, 2009) incluso, como pone de manifiesto un estudio llevado a cabo en Murcia (Gutiérrez, Ortigosa, Girón, Ruiz, Sánchez, Guirao, Zambudio, Astillero, Castaño, y Cárceles, 2008) esa reducción de estrés y miedo, que favorece al mismo tiempo la consecución de los objetivos terapéuticos, se mantienen siete días después del alta.

<sup>22</sup> El midazolam es una benzodiazepina que se utiliza normalmente por vía intravenosa para la sedación. (<https://www.uam.es/departamentos/medicina/anesnet/agenda/farmacologia/midazolam.htm>)





La durabilidad de su efecto, también se produce en las visitas habituales que hacen estos doctores sonrisa ya que: “los pacientes anticipan las visitas de los payasos antes de la llegada y llevan dentro de sí recuerdos después de la salida” (Sato, Ramos, Silva, Gameiro y Scatena, 2016:132). Esa anticipación, para Masetti (2003), (citado por Sato, Ramos, Silva, Gameiro y Scatena, 2016) ya supondría una recuperación, porque permite al paciente formular y mantener un objetivo de vida.

También en el ámbito de la cirugía, en Lisboa, Fernandes y Arriaga (2012), llevaron a cabo dos estudios para testar los efectos de los payasos de hospital (efecto de distracción) y de diferentes materiales (efecto de la preparación educativa acerca de los procedimientos y reglas relativos a las cirugías ambulatorias) en niños durante el preoperatorio, reduciendo al mínimo los potenciales efectos negativos de la hospitalización.

Una de las primeras investigaciones sobre la influencia de la intervención de los payasos en niños que van a ser operados, es la de Smerling, Skolnick, Bagiella, Rose, Labinsky y Tager (1999), llevada a cabo con 292 niños que se presentaron para la cirugía. Los resultados del estudio apuntan, que todos los pacientes informaron que su nivel de angustia aumentó en el postoperatorio, pero los pacientes del grupo que NO fueron visitados por los clowns, reportaron el nivel MÁS ALTO DE ANGUSTIA. Por el contrario, los pacientes que tuvieron trato con los payasos, SÓLO PREOPERATORIAMENTE, REPORTARON MENOS ANGUSTIA, y los que fueron TRATADOS CON PAYASOS PRE Y POST OPERATORIOS tuvieron la MENOR ANGUSTIA. La diferencia entre el grupo de *no payaso* y el grupo de *payasos pre + post*, fue significativa. Los anestesiólogos informaron que **el grupo de payasados fue más cooperativo, menos angustiado y tuvo inducciones más fáciles**. Este estudio muestra, que la **terapia clown**, antes y después de la operación, **puede disminuir demostrablemente el malestar del paciente**.

En la misma línea, y en un estudio más actual de Ortigosa, Gutiérrez, Astilleros, Sánchez, y Riquelme (2011), llevado a cabo en Hospital “*Virgen de la Arrixaca*”, de Murcia, con 79 niños de 6 a 12 años sometidos a cirugía mayor ambulatoria, sus resultados indican que los niños atendidos por los payasos manifiestan menos ansiedad antes de la operación, siendo esta diferencia estadísticamente significativa en el comportamiento observado a la semana de la operación, lo que lleva a concluir, que **el efecto de la actuación de los payasos se prolonga más allá del período perquirúrgico**, incidiendo especialmente sobre la posthospitalización.

El estudio de Costa Fernandes y Arriaga (2010), llevado a cabo con niños que van a ser intervenidos con cirugía menor, también ofrece resultados similares, pues enfatizó la relevancia de la intervención del payaso sobre la reducción de preocupaciones preoperatorias con **respuestas positivas, no sólo en los niños, sino también en sus padres**.



Por último, citar la investigación realizada por Meisel, Chellew, Ponsell, Ferreira, Bordas y García-Banda (2009) realizada sobre niños hospitalizados que iban a ser operados, cuyo objetivo fue evaluar el efecto de la intervención de los payasos de hospital sobre el malestar psicológico y las conductas desadaptativas de dichos los niños, y que disminuyeron después de la intervención quirúrgica.

#### 4.13.2.2 SOBRE MEJORA DE SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD

---

A pesar de los resultados hasta aquí expuestos en las diversas investigaciones referenciadas, de acuerdo con Sato *et al.* (2016:126), tras las intervenciones de payasos de hospital “todavía hay una falta de evidencias científicas cuantitativas que confirmen el efecto fisiológico que hay detrás de los beneficios que generan las intervenciones”. A pesar de eso, pueden destacarse algunos estudios que reparan, de forma más cuantitativa, en evidencias y datos concretos sobre, cómo la labor del payaso terapéutico en el hospital, mejora los síntomas de la enfermedad:

Incluso, en un reciente trabajo, se amplía la capacidad terapéutica del payaso, pues defiende, que la presencia del clown de hospital, ya sea de forma directa y presencial o **virtual** -videoconferencia, *teleclowning*- como evidencia dicho estudio llevado a cabo en Australia por Armfield, Bradford, White, Spitzer y Smith, (2011) concluyendo que puede ser considerada como una modalidad terapéutica, apta para todas las edades, “fácil de usar, barata y natural”.

En otro estudio realizado a 43 niños con patologías respiratorias, se manifiestan los efectos positivos en la salud y en la evolución clínica de la enfermedad, mejorando algunos parámetros fisiológicos (presión arterial diastólica, la frecuencia respiratoria y la temperatura) así como una reducción del dolor y una desaparición más temprana de los síntomas patológicos (Bertini, Isola, Paolone y Curcio, 2011).

Weintraub, Rabinowicz, Hanuka, Rothschild y Uziel (2014), defienden que la participación activa de un payaso médico durante la inyección de corticosteroides intra-articulares (IACI en niños con artritis idiopática juvenil) disminuye el dolor y el estrés y resultando positiva la experiencia en el paciente.

#### 4.13.2.3 DE ACTUACIÓN EN MENORES ONCOLÓGICOS

---

Reseñaremos por su importancia, que varios estudios afines a esta investigación, realizados en áreas de oncología infantil, exponen los resultados positivos concretos que tienen las intervenciones con terapia de payasos.



En primer lugar, y como uno de los estudios pioneros, la investigación de Slater, Gorfinkle, Bagiella, Tager y Labinsky (1998) en la que se exponen dos trabajos piloto realizados en la Universidad de Columbia, financiados por *Hinda Rosenthal Center for Complementary and Alternative Medicine* y llevados a cabo en el *Babies and Children's Hospital del Columbia-Presbyterian Medical Center*, en Nueva York, en el que se examinó el efecto de los payasos especialmente entrenados en la angustia de los menores sometidos a procedimientos médicos:

- En un primer Estudio, se observaron a 27 receptores de trasplante de corazón, de edades entre 6 y 20 años durante tres biopsias consecutivas en el cateterismo cardíaco. Los sujetos fueron asignados aleatoriamente a condiciones de payaso versus no payaso, durante su segunda visita. Los datos de referencia se recogieron sin los payasos presentes. Los niños y sus cuidadores completaron un cuestionario para medida de la angustia y la ansiedad. Observadores entrenados, cuidadores, enfermera y médico calificaron el malestar del niño. Los resultados muestran una disminución del dicho malestar infantil, pero se observa una disminución más significativa del malestar en los niños y en los padres, con los payasos presentes, por lo que los médicos confirmaron que el procedimiento era más fácil de realizar con los payasos presentes
- El segundo estudio del mismo autor es de diseño cruzado: 32 niños de 3 a 18 años en un hospital de día, de cáncer, fueron asignados aleatoriamente a la influencia del tratamiento del payaso en la visita 1 o en la visita 2, durante los procedimientos invasivos. La angustia de los niños se clasificó como en el primer estudio. Los resultados del segundo estudio no muestran diferencias significativas en el malestar infantil con los payasos presentes, pero los médicos y las enfermeras encontraron los procedimientos más fáciles de realizar con los payasos presentes. La presencia de payasos, especialmente entrenados durante los procedimientos médicos invasivos, redujo significativamente el sufrimiento de los niños durante el cateterismo cardíaco.

Ambos estudios, en un futuro, podrían enfocarse dentro de los beneficios de payasos con niños enfermos para lograr entornos médicos menos aterradores.

Algunos años después, el médico Martínez García (2016) se haría eco de esta investigación sobre la efectividad de los payasos como elementos de distracción durante la caterización cardíaca, en un bonito artículo titulado "*Narices rojas, zapatos gigantes*", publicado en la revista médica *New Medical Economics*.

Hay que recordar, que ya en la investigación de Lupiani, Gala, Bernalte, Lupiani, Dávila y Miret, (2005:45) se ponía en evidencia, que cuando asisten los payasos de hospital, existen "datos que demuestran que los niños hospitalizados en Oncología consumen menos analgésicos".



De forma personal, me es grato citar el planteamiento del estudio de Melo, Caires y Arriaga (2012), que en el momento de su publicación en el I Congreso Nacional de Psicología Positiva, celebrado en El Escorial (Madrid), se encontraba aún en fase inicial y, por tanto, sin resultados aún, y al que me cupo el honor de asistir:

“Averiguar el impacto de la intervención de Payasos de Hospital en niños en quimioterapia. Sus reacciones físicas, emocionales y comportamientos (ej. dolores, náuseas, stress) al tratamiento, serán exploradas a través de un estudio cuasi-experimental donde participarán 120 niño/as de 8 a 15 años. Serán constituidos tres grupos durante la quimioterapia: Grupo de intervención de Payasos de Hospital; Grupo sin Payasos de hospital y Grupo que visiona una película con Payasos de Hospital. Se intentará explorar si la interacción Payaso de Hospital-niño tiene un impacto diferenciado en la reducción de los efectos negativos de la quimioterapia” (p.88).

Es importante señalar que un recientísimo estudio llevado a cabo en Murcia por Ortigosa Riquelme, Álvarez, Astillero y Sánchez (2016:297-298), cuya finalidad es coincidente, en parte, con el estudio anterior, pues su objetivo y resultados son:

“Evaluar la eficacia de la actuación de una pareja de Payasos de hospital sobre la respuesta de miedo en pacientes de la Unidad de Oncohematología antes de la aplicación de un procedimiento médico doloroso (punción lumbar o aspirado medular). La presencia de los payasos favorece la disminución del miedo a la aplicación de los procedimientos dolorosos. Este efecto es de corto plazo, pues tras su marcha, desaparecen las diferencias entre los grupos”

Las razones por las que el payaso hospitalario reduce el dolor de la enfermedad oncológica no son algo novedoso en la anterior investigación, pues ya las evidenciaban los datos del estudio de Glover, Dibble, Dodd y Miaskowski (1995), aunque un antiguo estudio, Moreira (2005:24), no reconoce el efecto analgésico, pero sí otros beneficios:

“El payaso no puede quitar el dolor, pero facilita el sufrimiento que ha de aguantar el niño y ayuda a hacer frente a sus miedos y ansiedades a través de actuar con juegos. El payaso ayuda al niño a cambiar sus actitudes hacia la enfermedad y todos los problemas asociados a ella: hospitalización, tratamientos, dolor, muerte, curación, etc.”.

Para finalizar, citaremos el pre-proyecto de investigación de Domínguez (2015), que apuesta por evaluar la influencia de la intervención de los payasos de hospital en el fortalecimiento de la resiliencia en niños con diagnóstico oncológico.



### 4.13.3. RISUEÑA CALIDAD ASISTENCIAL

Por lo expuesto en los puntos anteriores, y de acuerdo con Masseti, Brandão y Caires (2012), la intervención de los payasos en contexto hospitalario tiene beneficios para los niños, que se muestran más cooperativos en los tratamientos y procedimientos médicos. Además, la familia muestra también mayor colaboración con los profesionales y con los tratamientos, algo que influye directa y proporcionalmente en la mejora de la salud. Destacaremos también los beneficios que reportan en los profesionales de salud, especialmente por una mayor calidad de interacción con sus pacientes (mejor capacidad de escucha y expresión de sentimientos), menos estrés y más satisfacción con su trabajo.

Profundizando en la reflexión anterior, junto a todo lo que se ha venido exponiendo a lo largo del epígrafe, se llega a la conclusión de la gran influencia positiva que tiene la intervención de los payasos de hospital sobre el paciente, la familia, el entorno hospitalario y en proceso enfermedad-salud. Aportan, allá donde van, aspectos positivos, como alegría, liberación de tensión, mejora del entorno y las relaciones. Por este beneficio que propician, están siendo muy bien considerados en el entorno donde ejercen su labor, ya que la consecuencia final de sus intervenciones, es una elevación de la calidad, humanidad, ternura y humor en el triangulo asistencial: paciente, sanitario y familiar. En este sentido, destacaremos un grupo de estudios actuales que se centran en analizar las valoraciones que se hacen de la figura del payaso de hospital y su trabajo.

Por un lado, Coll, Chellew, Meisel, Ponsell, Fernández-Coca y García, (2012) hicieron uso del cuestionario H-CRIN (*Hospital Clown Research International Network Questionnaire*) para medir la satisfacción de padres y personal sanitario ante la actuación de los payasos hospitalarios en diferentes países (Italia, Portugal, Brasil y España). El análisis desvela tres factores comunes que, padres y personal sanitario valoraban: **efecto positivo, adecuación y agrado/gusto**.

En un estudio posterior, y utilizando un método similar, Ortigosa, Riquelme, Soto, Sánchez y Astillero (2014) aplicaron también el cuestionario H-CRIN a una muestra de 182 niños de entre 4-14 años ingresados en el Hospital Materno-Infantil “*Virgen de la Arrixaca*”, de Murcia. Como resultado, los niños consideran la intervención de los payasos “divertida” pues con ella “se sienten contentos después de su visita”. Los recursos que valoran del payaso hospitalario son la “magia” y “las rutinas del clown”. La mayoría de los niños hospitalizados anhelan una nueva visita de los payasos. El estudio concluye defendiendo, que “los payasos de hospital son un buen instrumento para incrementar el afecto positivo de los niños hospitalizados” (p.304)

Al respecto diremos que existe una Red Internacional de Investigación en Clowning de la Salud (H-CRIN +), red dedicada al estudio científico de la intervención del clown en la salud.

Por último, y parafraseando a Linge (2013), manifestamos que el payaso ofrece una calidad de atención distinta, que trasciende los límites; alegre, cercana...



## 4.14 RESULTADOS DE ENTREVISTAS A 'LOS DOCTORES SONRISA'

Se recogen en éste apartado diferentes entrevistas que, durante el desarrollo de las experiencias llevadas a cabo, la autora tuvo la oportunidad de realizar para conocer la opinión de protagonistas próximos a los *doctores sonrisa*, que aunque no nos proporcionen datos suficientes para obtener conclusiones estadísticas, si nos expresan el sentir desde diversos puntos de vista, elegidos al azar, a cerca del colectivo de los payasos de hospital.

### 4.14.1. DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Entrevista realizada a María y a Silvia, enfermeras de la planta de Oncología del Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves, de Granada, el martes 26 marzo 2008, y en la que las respuestas fueron asentidas y complementadas por ambas:

1. ¿Cómo se valora entre el personal de enfermería la figura del *Doctor Sonrisa*?

*“Se valora como algo muy positivo. Ayudan a todo el mundo en el hospital. Aquí son bien acogidos, su trato con el personal es constante, cercano... muy bueno... nos hacen reír a nosotras también, (sonrisas)... nos hacen más amena nuestra rutina”*

2. ¿Cree que es importante la labor del *Doctor Sonrisa*? ¿Qué efectos se notan en los niños, tras la visita del *Doctor Sonrisa*?

*“Proporcionan momentos de dispersión en los que hacen que se olvide la enfermedad. Después de la visita no se notan cambios de salud, pero sí de ánimo. Les aportan ilusión, y esto hace que les estén esperando toda la semana.*

*El valor de la visita es puntual, contribuye a mejorar, por parte del niño, la concepción del hospital. Así no sólo hay pinchazos sino también payasos, ludoteca que les divierta... son elementos positivos dentro de lo malo del hospital”*

### 4.14.2. DEL PERSONAL MÉDICO

Entrevista realizada a M<sup>a</sup> José, médico de Oncología Pediátrica del Hospital Virgen de la Nieves, de Granada, el miércoles 28 marzo 2008:

1. ¿Cómo se valora entre el personal médico la figura del *Doctor Sonrisa*?

*“Personalmente, considero que hacen una labor bastante importante. No suelo coincidir mucho con ellos, pero es agradable encontrártelos. Son uno más de nosotros, tenemos los mismos objetivos: el bienestar, por lo que debemos apoyarlos... Existen cantidad de estudios científicos sobre los beneficios de la risa, ellos con sus juegos aportan un importante granito de arena.*



2. ¿Cree que es importante la labor del *Doctor Sonrisa*? ¿Qué efectos se notan en los niños, tras su la visita?

*“Sí, claro que es importante. El estado de ánimo les varía y eso les repercute positivamente. Los motivan, los distraen de su enfermedad. Se les nota, normalmente, más activos, contentos, más receptivos. Se ilusionan y recuerdan sus juegos, trucos... Les dan cariño.”*

#### 4.14.3. DEL PERSONAL DE MANTENIMIENTO

Entrevista realizada a Carmen, encargada de la limpieza del H.M.I. Virgen de las Nieves, de Granada, el miércoles 28 marzo 2008:

1. ¿Cómo se valora la figura del *Doctor Sonrisa*?

*“...Que te voy a decir... son estupendos. A mí me dicen que soy la jefa (sonrisas). Cada vez que me los encuentro me hacen reír con sus cosas... y te alegran la tarde”*

2. ¿Cree que es importante la labor del *Doctor Sonrisa*?

*“Pues claro que sí. Hace falta mucha gente como ésta... a los chiquillos, angélicos, les hacen mucho bien, y los entretienen porque todo el día aquí encerrados... además, tienen mucha gracia”*

#### 4.14.4. DEL ESTUDIANTADO DE MEDICINA

Entrevista realizada a Alfonso, estudiante de último curso de Medicina el domingo 18 mayo 2008

1. ¿Cómo se valora la figura del *Payaso de Hospital*, entre los estudiantes de medicina?  
¿Conoces algo del tema?

*“En general, creo que no se conoce... un poco por la publicidad pero, poco más. Cuando estuve haciendo las prácticas en el Hospital vi alguna información en carteles. Tengo leves referencias del tema por una amiga y sé que existen asociaciones... Me parece una profesión muy bonita y a la vez, necesaria. Olé por el valor que tienen los que se dedican a ella. Creo que la gente es reacia al tema de los payasos”.*

2. Como futuro médico ¿Crees que el humor es importante en tú profesión?

*“Si, sobre todo el tema de manejar las emociones. El tema del humor lo considero importante para los niños pequeños. El humor es bueno, en cuanto que nos divierte a todos, pero yo me quiero dedicar a mayores y para mí lo veo de menos interés”.*





3. ¿A lo largo de la licenciatura has estudiado el tema del humor y la risa?

*“No, pienso que la carrera es incompleta en muchos temas. Directamente el tema del humor no lo hemos trabajado pero sí, temas relacionados, de algún modo, como saber relacionarnos con el paciente. Un profesor dio un curso de créditos de libre configuración, sobre habilidades de comunicación con el paciente, a partir de él empezó a formarse un grupo de teatro con los que estábamos interesados y aquí algo hemos visto, pero al margen de lo puramente académico. Es un tema poco considerado y más, en una facultad de ciencias”.*

#### 4.14.5. DE LOS PAYASOS DE HOSPITAL

Entrevista a Miguel y Cuco, *Doctores Sonrisas* de la *Fundación Theodora*, realizada el 21 mayo 2008, en Málaga:

1. ¿Cómo empezasteis en esta profesión? ¿Cómo conocisteis el mundo de Clown? ¿Por qué decidisteis enfocarlo desde el hospital?

Miguel (“**Dr. Cambebembo**”)

*“Yo hacía arte de calle. Soy caricaturista y malabarista. A través de los malabares empecé a conocer gente. Estuve en un encuentro en el que se daban varios cursos teatrales. Hice uno de clown que me llamó la atención. Comencé a unir los malabares y el clown. Después conocí a Merche que me comentó lo de los Payasos de Hospital y comencé con ella.”*

Cuco (“**Dr. Bugui Bugui**”)

*“Lo mío es el baile, el Break Dance. Forma parte de la cultura urbana, que está y se genera en la calle. Allí conoces a un montón de gente... también conocí el mundillo de los malabares y a Merche que me habló de los Payasos de Hospital y me pareció algo muy guay... Durante mucho tiempo hice animaciones en cumpleaños y fiestas”*

2. ¿Creéis que es valorada vuestra profesión? ¿Influye el significado despectivo del término “payaso”?

Miguel:

*“Sí. Entre los que realmente conocemos la profesión existe un respeto, incluso los amigos me suelen decir que ellos no serían capaces de hacer esto y demuestran gran admiración por esta profesión. Mi padre, al verme durante tiempo metido en estos temas, dijo a mi madre que su hijo “le había salido artista”.*



Cuco:

*“Existe, a veces, crueldad en los niños, por ejemplo, en las fiestas de las comuniones; y no tienen respeto, tienes que saber ponerles límites. Cuando voy a bodas de amigos y familiares, es frecuente que me pidan que le haga cosas de payaso, trucos y no desconecto. Parece que voy como “payaso”, en vez de cómo amigo o invitado (risas)...”*

3. ¿Cómo afrontáis las experiencias del hospital? ¿Lleváis a cabo algún proceso de *catarsis*?

Cuco:

*“En la Fundación nos lleva una Psicóloga, Concha, a la que vemos con frecuencia. El miércoles de la semana que viene tenemos un encuentro y comida con ella, los de Sevilla, Málaga y Granada”.*

Miguel:

*“Normalmente hacemos sesiones en grupo, aunque si alguien precisa de atención individualizada por alguna causa en concreto, por alguna situación que no asimile o no sepa cómo afrontar, llama por teléfono a la psicóloga y concierta una sesión con ella, en Madrid. La labor de la psicóloga es básica, y otras profesiones deberían de tener al alcance este medio. Por encima de todo, somos humanos y no de piedra. Las cosas nos afectan.”*

Tanto Miguel como Cuco, en su respuestas hacen alusión a su compañera Merche, la actual **Dra. Sapofrita**, que fue, de alguna manera la inductora de la incorporación de ambos al colectivo y que ha sido citada en varios momentos en este trabajo. De Merche, de quien estamos orgullosos de contar con su amistad, podemos decir que tiene una larga trayectoria en éste pequeño mundo: fue Actriz, Cómica y Payasa. Inicia su andadura teatral de la mano de grupo de Calle "Involantes". En 1990, junto con *Abstemio Gordon's*, montan "Circomic", basado en técnicas de Payasos (Premio en Inter-Circo 91. Cuba). Crea el personaje de *Madame Vadeguay* en el año 1999, continuando con las técnicas de Clown. Sus espectáculos se muestran en clave de humor, a través de la mascarada más pequeña del mundo: una nariz roja.



## 4.15 ARTE, ILUSTRACIÓN Y HUMOR: PERSPECTIVA DE TRES AUTORES

¿Por qué estos tres artistas y no otros? Es la pregunta que surge inicialmente y tiene una respuesta simple: es una investigación que no está específicamente centrada en el título del epígrafe aunque, de alguna manera, sí interrelacionada con él, por lo que, de forma general, la autora ha procurado su acercamiento a artistas que trabajan la ilustración humorística y ha considerado de interés introducir estas tres pinceladas ilustrativas y complementarias al tema central de la tesis, que los tres comparten: el humor positivo es terapéutico.

### 4.15.1. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ IDÍGORAS

En el Punto 4.4 “Definiciones del Humor por humoristas”, ya se anticipaban las circunstancias de la entrevista que éste artista facilitó a la autora el 21 de mayo de 2008, en el Hospital Infantil de Málaga, y que fue posible gracias a la amistad existente entre los *Doctores Sonrisa, Cambembo y Bugui Bugui*, con él.

#### 4.15.1.1 DATOS BIOGRÁFICO-ARTÍSTICOS

Miguel Ángel Rodríguez Idígoras, como curiosamente lo define Zabala (2010) en el blog de José Antonio Triguero Cano (2010) “es psicólogo de formación, dibujante de profesión, mago de afición y filántropo de vocación” (s.p.). Nació en Málaga en 1962, es Licenciado en Psicología por la Universidad de Comillas, de Madrid (1985). Realizó un curso de post-grado en Psicoterapia Gestáltica.

Se dedica al humor gráfico desde 1985, haciendo publicaciones como “*Supermortadelo*”, “*El Periódico de Cataluña*” o “*La Gaceta de Málaga*”. En la actualidad, publica, en colaboración con su hermano **Pachi**, en diarios y revistas como “*Sur*”, “*El Mundo*”, “*Perfiles*” y “*El Jueves*”, en la que, semanalmente, dibujan las aventuras de su personaje más conocido, “*Pascual, el mayordomo Real*” y su *secuela* de “*Alicia, Institutriz de Letizia*”, entre otros.

Por su trabajo ha recibido numerosos premios, como el “*Ciudadano del Año*”, otorgado por la Cadena “*SER*”, el premio al mejor dibujo español en el Festival de Tourcoing, Francia; el de **Profesor Honorario de la Cátedra de Humor** de la Universidad de Alcalá de Henares; el Premio “*Axtur*”, a la mejor obra humorística del Salón del Cómic, de Gijón; el Premio de Periodismo “*Cenachero*”, etc.

Desde su profesión de ilustrador y dibujante cómico ha vinculado el **humor** con la **salud** en sus trabajos, ambos conceptos pilares básicos de esta tesis, pues ha ilustrado, junto con su hermano Francisco Javier, **Pachi**, varios libros como “*Historia ilustrada de la Medicina*”, “*Humor y Medicina*”, “*Episodios singulares de la Medicina*”. Además, ha colaborado y coordinado el libro de psicología “*El valor terapéutico del humor*”.



Desde un plano más empírico lleva a la práctica ese interés por el humor como recurso terapéutico y de salud con menores hospitalizados desde distintas áreas, ya que es mago aficionado; actualmente es miembro de la *Fundación Theodora*, y estuvo trabajando en la Asociación de Payasos sin Fronteras. Es uno de los organizadores de “*JAJEJIOJU, Festival de humor y magia infantil*”, (<http://www.jajejioju/eljaie.php>) que organiza galas destinadas a público joven y cuyos beneficios van destinados a la Asociación de Voluntarios de Oncología Infantil, de Málaga (<http://www.avoi.es/>), que lleva diversión a los menores ingresados en el H.M.I de la capital, para hacerles más llevadera su estancia También es activo colaborador de la Asociación *AVOI*, de Málaga, y redactor de la revista “*Riete*”, elaborada por los niños hospitalizados en el Materno Infantil, de Málaga. Esta faceta de su profesión y/o vocación más humana-solidaria se deja ver en su labor de lo que mejor sabe hacer artísticamente: dibujar según se aprecia en la Ilustración 4.13, que se muestra a continuación, y que dedicó a los voluntarios de oncología en el Día Mundial contra el Cáncer



Ilustración 4.13: Autor: M.A. Idígoras. (Publicada en diario EL MUNDO, el 4/02/2015, p.16)

Ésta ilustración no es la única iniciativa en ese sentido, pues ha organizado varias exposiciones dedicadas a los entrañables *clowns* de hospital y a la importante labor que hacen. Ya en septiembre de 2002, como informa en internet el *Periódico de las Artes Escénicas Artezblai* (29 agosto 2002), en VII Festival Internacional del Clown, que organizó la sala *El Montacargas*, de Madrid, y como actividad complementaria, M. Ángel Idígoras realizó una exposición con más de cuarenta caricaturas de los clown más significativos de la historia del circo y parte de las cuales han sido incluidas en otras exposiciones itinerantes, como la llamada exposición viajera “*Gente de risa, historia de payasos*” que ha tenido lugar en distintas ediciones del “*JAJEJIOJU, Festival del Humor y la Magia Infantil*”.

Algunas de esas obras de payasos integrarían muestras posteriores, como la organizada en 2010 en la Sala de Exposiciones del Centro de Iniciativas Universitarias de Málaga que, como indicaba Moltó (2010), fue una exposición que recogía 26 piezas de la colección personal que el dibujante tiene en su propia casa y que realizó entre 2005 y diciembre de 2009, con técnicas como óleo, carboncillo, acuarelas y acrílicos, y que constituyen esta exposición. Según ese mismo artículo periodístico, el propio autor Miguel Ángel Idígoras argumentó en la inauguración de la exposición que se trataba de “caricaturas de escritores, magos, payasos y piratas, porque es lo que pinto en mis ratos libres”. López (2014) pone de manifiesto en su artículo periodístico en el *Diario Sur*, otra exposición llevada a cabo en 2014, en la que se confirma que este dibujante realizó una muestra de arte con caricaturas y que llevaba por título “*De bicicletas y payasos*” en La Caja Blanca, Málaga, en la que rescató a varios personajes del mundo del humor y del *clown* a los que retrató a partir de materiales y medios plásticos: Charlie Rivel, los Hermanos Tonetti, Fofó, incluso a Chicharito, *clown* malagueño del que reconoce en ese mismo artículo “fue muy famoso en su época y del que llegó a escribir Gómez de Serna, aunque ahora ha caído en el olvido” (s.p).

Como se ha visto, Miguel Ángel Idígoras siente admiración y atracción por la figura del *clown*, como confiesa él mismo: “tengo muchos amigos payasos y son de la gente que intento aprender más, porque los buenos payasos son siempre payasos, durante todo el día y todos los días, y me gusta esa forma de encarar la vida y los problemas (...). Son caricaturas humanas, por eso son dibujos difíciles de realizar” (citado en López, 2014, s.p.)

Actualmente vive con Sonia en Huelin, (Málaga) y con sus tres hijos Pablo, Marta y Daniel.



Ilustración 4.14: M.A. Idígoras posa con una de sus caricaturas: “Al Ross”. (Foto Antonio Salas, 2010) <sup>(23)</sup>

<sup>23</sup> Extraída de: <http://www.diariosur.es/20100114/cultura/angel-idigoras-expone-caricaturas-20100114.html>



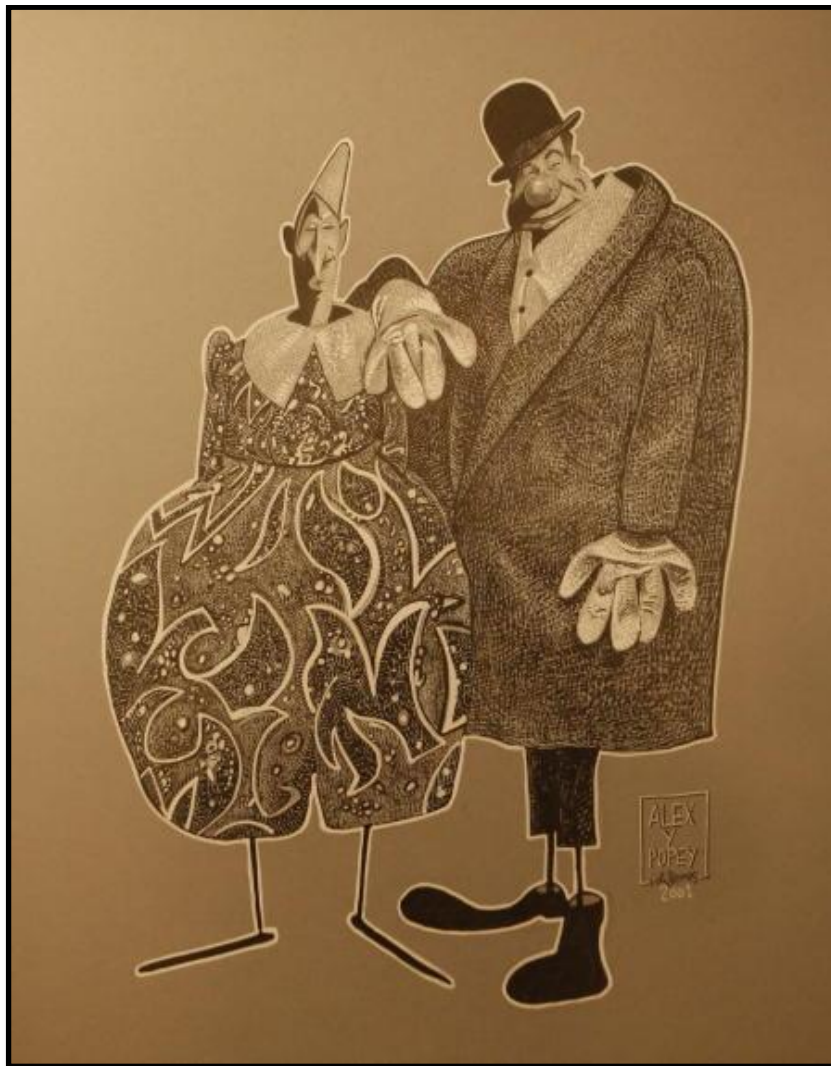


Ilustración 4.15: M.A. Idígoras: "Alex y Popey". (Foto Antonio Salas, 2010) <sup>(24)</sup>

#### 4.15.1.2 ENTREVISTA

Habíamos quedado en el bar-comedor del Hospital Materno Infantil y, después de las correspondientes presentaciones, y con la proximidad de los amigos payasos Cuco y Miguel, comenzamos la entrevista:

1. "Serendipity", como indica usted en el libro, según Oxford Advanced Dictionary es "la facultad de hacer -por casualidad- descubrimientos afortunados e inesperados". También afirma que: "el sentido del humor, para que sea provechoso en el crecimiento personal, ha de basarse en hallazgos presentados por casualidad" ¿Fue quizá intencionado que el libro lo hiciera ésta editorial, haciendo así coincidir su significativo nombre con el principal ingrediente de su libro?

<sup>24</sup> Extraída de: <http://www.dariosur.es/multimedia/fotos/malaga/49429-angel-idigoras-expone-caricaturas-tiene-casa-16.htm>



**Ángel Idígoras.** Bueno... el libro fue un encargo de la editorial, de Carlos Alemany, director de la colección *Serendipity*. La editorial es *Desclee de Brouwer*.

2. ¿Le ocurrió alguna anécdota graciosa en el proceso de realización del libro, al escribirlo, publicarlo...?

**A.I.:** Mmm...ahora mismo no se me ocurre ninguna anécdota graciosa, no, pero sí fue entretenido buscar los ejemplos con los que está ilustrado el texto. En fin, también surgen algunas situaciones cómicas y absurdas al poner en común el trabajo, surgen diferencias...

3. ¿Considera que su dedicación a lo humorístico le ayuda a afrontar mejor la vida? ¿Podría considerar su trabajo como una particular forma de terapia?

**A.I.:** Pienso que el humor ayuda a ver de otra manera las cosas...a suavizarlas. Es por lo que me dedico a él. Llega un momento en el que mi trabajo lo veo como un trabajo, a veces estresante, obligatorio. Es distinto cuando dibujo por gusto y cuando me apetece.

4. ¿Su trabajo le afecta a lo humorístico de su vida? Es decir, en casa, con los amigos, en un plano más personal, ¿le gusta bromear, o es una actitud meramente profesional?

**A.I.:** Bromear es distinto al humor, pero sí, siempre me gusta ver el otro lado de las cosas sacándole su lado divertido... no tanto como ellos. (Señala entre risas a Miguel y Cuco, sus amigos Doctores Sonrisas, que están cerca).

5. ¿Tiene alguna manera especial de idear sus chistes? ¿Cómo se le ocurren las ideas?

**A.I.:** La principal fuente para los chistes son las noticias, a partir de ellas...comienzo manchando el papel para perder el miedo, empiezo a hacer líneas que se unen formando la idea.

6. Hace poco leí que realizó una pequeña exposición en una librería cuya temática era sobre los payasos ¿Qué son para usted estos personajes? ¿Qué le movió a elegir esta temática?

**A.I.:** Fue una exposición para la *Fundación Theodora*, para recaudar fondos. Expuse varios dibujos de payasos famosos como *Fofó*... Mira que conozco psicólogos, dibujantes gráficos pero, de todas esas profesiones, para mí, los payasos son mejores como personas... son estupendos, sin embargo, hacer caricaturas de los payasos es algo difícil, porque ya son caricaturas de sí mismos.

7. ¿Qué le llevó a la *Fundación Theodora*, a la que pertenece?

**A.I.:** Sí, me “engancharon” (Risas)...Tamara me lo propuso. Me gusta colaborar con ellos en lo que puedo...

8. ¿Cómo dibujaría el humor?





**A.I.:** (Risas) Esta es la pregunta más difícil ¿No? Mmm... ¿Cómo lo dibujo? No he preparado nada... bueno te dibujo lo primero que se me ocurra ¿vale?

y comenzó a dibujarlo... (Ilustraciones 4.03 y 4.04).

Al acabar la entrevista, una vez de pie, abre su cartera de mano y muestra dibujos de su hijo. Caricaturas de futbolistas muy bien presentadas sobre cartulina negra. Las guardaba en una carpeta verde dibujada como un campo de fútbol, que su hijo había hecho. Ángel Idígoras afirma que su hijo tiene cualidades... ¡Quién mejor las podría descubrir!



*Ilustración 4.16: Ángel Idígoras, Cuco y Miguel, con la autora, en el H.M.I. de Málaga. (FA)*



#### 4.15.2. SUSANA RODRÍGUEZ Y L. GÓMEZ HARO

Gracias al Profesor D. Víctor Borrego, por facilitar que esta entrevista pueda llevarse a cabo, y a la Beca *Alraso* 2016, que posibilita la presencia en Melegís (Valle de Lecrín-Granada) de estos destacados artistas, cuya trayectoria coincide, en algunos aspectos, con la línea de esta investigación: de una parte las ilustraciones de Susana Rodríguez y la materia tratada por Leonardo Gómez Haro en su Tesis Doctoral –premio extraordinario sobre el humor- y de otra la coincidencia en la dedicación a la actividad docente, como la autora, y la común formación en Bellas Artes.

##### 4.15.2.1 DATOS BIOGRÁFICO-ARTÍSTICOS

Leonardo Gómez Haro es un personaje polifacético ya que su vida profesional la ha desarrollado desde distintas áreas que ha sabido complementar y trabajar paralelamente: la investigación, el trabajo artístico y la docencia, contando con experiencia, tanto en Institutos de Educación Secundaria, (impartiendo asignaturas relacionadas con la Educación Plástica y los Medios Audiovisuales), como en el ámbito universitario.

Según indica en su *Currículum Vitae*, que se detalla en la web del Grupo de investigación al que pertenece, Laboratorio de Creaciones Intermedia (LCI)<sup>25</sup>, Leonardo nace en Valencia 1965 y se licencia en Bellas Artes en la Facultad de San Carlos, de la Universidad Politécnica de Valencia, en las especialidades de escultura (1995) y pintura (1996) y donde actualmente es profesor en el Departamento de Escultura. Allí, cuando realizaba sus estudios, conoció a Susana Rodríguez Fernández, su pareja, y con la que forma equipo artístico desde 1989 y también artista, de la que a continuación se detallarán los datos biográfico-artísticos. Ambos han participado en numerosas, más de treinta, exposiciones de arte, de firma individual y colectiva.

Tanto su labor como ilustrador-dibujante, como la de investigador, se ha vinculado al tema del humor, sobre todo con dibujos cómicos, para diversos libros y revistas. Por su conexión con la salud, otro pilar de esta tesis, señalaremos que publicó en 1999 ilustraciones de elefantes, en la revista *“Psicologías. Para vivir mejor”* con el pseudónimo de **Pol**, que con cierto sentido del humor nos confesaba, en la entrevista para esta tesis, que fue en honor a Paul McCartney, el de los Beatles, como explica el propio autor en la referida entrevista (Punto 4.15.2.2) no eran ilustraciones demasiado relacionadas con la salud aunque sí lo fuera el medio en el que se publicaron. A continuación ilustramos un ejemplo:

<sup>25</sup> LCI (Laboratorio de Creaciones Intermedia), en: [https://www.upv.es/intermedia/pages/laboratori/grup\\_investigacio/components/leonardo\\_gomez/grup%20invest\\_leonardo\\_gomez\\_e.html](https://www.upv.es/intermedia/pages/laboratori/grup_investigacio/components/leonardo_gomez/grup%20invest_leonardo_gomez_e.html)



Ilustración 4.17: 'Personalidad'. (Ed. Larpress, Madrid, 1998) (F. cedida por autor)

En la entrevista que se transcribe en el punto siguiente, concretamente en el ítem 32, Gómez Haro cuenta lo que para ellos tenía de aprendizaje intensivo ese tipo de encargos de una revista de economía o psicología y el grado de aprendizaje tan intenso que les suponía. También piensa que su creación no tiene una implicación directa con los temas clave de esta tesis: “el humor, el juego y el arte como recursos terapéuticos para la mejora de salud”, sin embargo, de alguna manera apoya ese fundamento en varias reflexiones de la referida entrevista, cuando afirma que: “el humor también nos puede ayudar a, pasado el tiempo de duelo, es decir, una vez que has aceptado la noticia que te hayan dado, luego te ayuda a vivir. (...) los artistas que están muy torturados... son los que mejor obra hacen ¿no? (...) no es que los artistas puedan estar locos, sino que locos ¡estamos todos y que gracias al arte podemos sobrellevar... eso! Me parece una reflexión muy acertada” (Punto 4.15.2.2, ítem 18), y más adelante, reconoce el poder terapéutico, o al menos beneficioso y relajante, de la creación, refiriéndose al proceso artístico de Susana, afirmando que, al dibujar: “y sin preocuparse mucho si le sale bien o no, es (...) para poder sacar un disfrute a esa actividad (...) y te permite estar bien. Entonces, en ese sentido, sí que creo que se puede entender (el arte, la creación) como algo terapéutico”. (Ítem 62).

Uno de los motivos por los que decidí entrevistar a este autor y que lo relaciona directamente con esta tesis es que se doctoró en 2009 con una **investigación sobre las especies del humor en las artes plásticas** titulada: “*Las especies del humor en el arte contemporáneo: derivas del humor en la modernidad*” con la que obtuvo el **Premio Extraordinario de Tesis Doctoral de la**



**Universidad Politécnica de Valencia, en 2011.** Fue una tesis que, como su propio autor confiesa en la entrevista, que ya es “una humorada al tener unas 1200 páginas (...) pues no deja de haber humor ahí, aunque no te estés riendo a mandíbula batiente durante su lectura (...) entonces hice una tesis más larga que cualquier otra que se haya hecho, en el departamento en el que yo estaba, por lo menos” (Ítems 11 y 12).

Ese trabajo de investigación dio lugar a su ensayo denominado “*El humor en el arte contemporáneo. Teoría y práctica*” publicado por la Universidad Jaime I de Castellón, en 2014.

Desde su faceta de ilustrador también su trayectoria tiene un punto de conexión con esta tesis: el juego, gracias al trabajo artístico que realiza junto a Susana Rodríguez quienes, de manera conjunta, han dibujado y diseñado objetos lúdicos.

Susana Rodríguez es una artista que ha desarrollado su labor en varios ámbitos aunque, fundamentalmente, es ilustradora. Como señala su web (<http://susanarodriguez.es/about-me/>) nació en Burgos en 1969. Se trasladó a Valencia donde estudió Bellas Artes (escultura y grabado). Allí conoció a Leonardo Gómez Haro, con quien tiene una hija y con el que ha llevado a cabo, de forma conjunta, exposiciones artísticas, y ha publicado un par de libros infantiles. También con él ha auto-editado el juego, anteriormente mencionado, llamado *Character Game*.<sup>26</sup>



Ilustración 4.18: Detalles del juego Character Game. de Susana&Leo. (F. de su WEB)

Es un juego de madera para niños y adultos que, como apunta Camarena (2011), es “edición limitada de 100 ejemplares hechos a mano, serigrafiados por ambas caras sobre abedul contrachapado de alta calidad” (s.p.). En la web de la autora se indican la definición y otras características del juego:

<sup>26</sup> Juego *Character Game*, en: <http://susanarodriguez.es/portfolio/character-game/>



“el juego consiste en crear distintos personajes- más de 30- (indio, vaquero, sirena, payaso, bruja, princesa, etc....) usando las piezas de madera (...) que están impresas por ambas caras, de modo que hace falta tener buena memoria para recordar dónde estaba la pieza que necesitabas. Además, las partes del cuerpo de los personajes son bastante abstractas”.

Además, Susana Rodríguez en 1997, ha trabajado en el equipo de diseño de la empresa de porcelana LLADRÓ y, desde 2006, está coordinando el departamento de diseño de la compañía. También, como continúa indicando su página web, ha trabajado como ilustradora *freelance*, principalmente para niños. Ha publicado varios libros con IMAGINARIUM entre los que cabe destacar el “*Cuento de Sofía*” que lo publicó en 2009 y fue traducido a varios idiomas. También he colaborado con la compañía francesa FLY desarrollando una colección basada en uno de sus personajes. Incluso en su trayectoria artística, ha realizado estampados a partir de los personajes, de sus dibujos, lo que resultó ser bastante divertido y una puerta para ir creando una colección propia. Una de sus últimas colaboraciones ha sido con la compañía sueca IKEA, creando una línea de textiles para bebés que también pueden verse en su página web.

#### 4.15.2.2 ENTREVISTA

La entrevista se realiza en un entorno amable, desenfadado y abierto de forma que cualquiera de los dos interlocutores puedan responder indistinta o conjuntamente.

1. Según hemos comentado, las directrices de mi investigación son similares a las herramientas que vosotros utilizáis para vuestro trabajo y también en tu Tesis: humor, creatividad, arte, juego ¿Qué conexión encontráis entre esos conceptos?

**Susana:** Yo creo que están muy relacionados. Está muy relacionado el juego con la creatividad porque jugando, es la mejor manera de que afloren cosas que no esperas y es una manera también muy fácil, de dar rienda suelta a una serie de procesos creativos que es lo que hacen los niños cuando se dejan llevar y, en cierto modo, el arte también...cuando estás inmerso en lo que es todo el proceso de generar ideas. Hacer las piezas se convierte también en una especie de juego.

**Leonardo:** Sí, bueno, yo creo que lo expliqué... los propios especialistas en creatividad han descubierto, haciendo una especie de análisis de cómo es que hay gente tan creativa en este mundo.... Viendo cómo han llegado ellos a ser tan creativos, han descubierto que en general utilizan unas técnicas que siempre se han utilizado, tanto en el arte, como en el humor, como en la ciencia y entonces ahí está la relación. La relación se establece porque son tres... tres disciplinas... otra forma de generar conocimiento de otro modo, conocimiento entre comillas, pero no deja de serlo, que utilizan una estrategia parecida que yo llamaba... bueno, llamaba Arthur Kroestler, *bisociación* que es la de conseguir juntar



elementos en apariencia incompatible pero que luego tienen una cierta coherencia y pueden ser interpretados en el arte como una metáfora, en el humor como un chiste y dentro de la ciencia, como una intuición, como esa que decíamos del descubrimiento que hace Kekulé<sup>27</sup> de la estructura que tiene el benceno, soñando con una forma animal que no tiene que ver con una fórmula química.

2. ¿En qué sentido creéis que tienen que ver con la salud?

**Leonardo:** Bueno el humor desde la antigüedad se ha asociado con un mal, con una enfermedad, que era la enfermedad de la melancolía, que es el humor negro... desde la antigüedad, en la época de Hipócrates, el humor tenía mala prensa, se asociaba a un... se asociaba normalmente a la locura... a un principio de locura, a un ensimismamiento enfermizo. Durante la Edad Media, que fue cuando se pusieron los textos que había escrito Aristóteles al respecto: *La Problemata XXX*, que trataba sobre la melancolía, se preguntaba por qué los grandes héroes y los artistas suelen tener caracteres melancólicos. Hablaba que ese ensimismamiento propiciaba el retiro y que pudiesen escribir... Entonces es en la Edad Media cuando se retoma ese carácter que ya estaba medio abandonado... en la Edad Media se consideró también que podría ser una entrada en el terreno de la locura... también se asociaba con la peste negra. O sea, que quien tenía un carácter melancólico podría ser que estuviese contagiado de la peste negra que era muy común en la época... y tubo una largo recorrido de desencuentros con las ciencias de la salud hasta mediados del siglo XX, diría yo... entonces, es a mediados del siglo XX cuando empieza a tener un reconocimiento mucho más positivo y en la actualidad, no me cabe la menor duda que, muchos terapeutas consideran que es fundamental tener un buen humor para que las enfermedades mejoren. El estado de ánimo es importante. No hablo del humor como aquello que produce risa, sino como estado de ánimo... un estado de ánimo aceptablemente bueno siempre es mejor que un estado de ánimo negativo que es lo que siempre se ha asociado con el mal humor.

3. Tanto Susana como Leonardo, por vuestro trabajo habéis investigado sobre el humor; concretamente Leonardo, con su Tesis Doctoral, que fue premio extraordinario, supongo que en el momento de recibirlo su humor era muy positivo (risas) y creo que Susana también habrá tenido o experimentado ese humor al acabar cualquier libro... (risas) Pero tengo la duda por saber: ¿por qué eligió hacer una tesis sobre ese tema, el humor?

**Leonardo:** Bueno... Susana se rió más que yo cuando me concedieron el premio porque verme disfrazado de... (risas) con el traje que llevábamos los doctores, daba bastante risa pero bueno... (risas). ¿Que por qué elegí el tema... porque en aquellos momentos era

<sup>27</sup> Este peculiar episodio de la historia de la ciencia lo recoge López (2009) afirmando que: "Según Kekulé, él pudo describir esta estructura –la de la molécula de benceno– porque soñó con una serpiente que se mordía la cola, lo que le llevó a plantearse la posibilidad de que la molécula del benceno tuviera forma de anillo." (p.28). También López Astorga, M. (2009) El sueño de Kekulé: ¿Es la creatividad el resultado del esfuerzo o de la inspiración? *Ciencia Cognitiva: Revista Electrónica de Divulgación*, 3:1, 27-29.



inédito y todo el mundo me decía “*para hacer una tesis tienes que trabajar sobre un tema sobre el que no se haya escrito porque si trabajas sobre algo que ya se ha escrito y trabajado previamente, tienes dificultades para demostrar que tu sabes más que los demás sobre ese asunto...*” Entonces a mi me interesó mucho el tema... me interesaba antes de hacerla... yo me puse a investigar a principios del 2000 y en los diez años en los que transcurrió mi investigación hasta que finalmente la publiqué, justo en esos diez años empecé a encontrarme con un montón de gente que también había descubierto que era un tema inédito... ¡por lo visto! (risas), porque empezaron a aflorar... primero tímidamente apareció el *Exit nº 13*<sup>28</sup> dedicado al sentido del humor, revista de referencia en España en Artes Visuales. Yo te hablo desde las Artes Plásticas que es mi terreno, en otros terrenos no te sé decir... estos libros que comentábamos de Idígoras, también aparecieron en esos años, un par de exposiciones que se hicieron que eran casi monotemáticas sobre el tema dentro de las Artes Visuales, incluso cuando se estaban cerrando ya... a punto de... que empezara a meter en imprenta el libro, apareció la exposición que ayer comentaba de “*algo que solamente los artistas pueden hacer*” que es una exposición que inevitablemente remitía al humor, porque estaba hecha por una serie de artistas que hacían cosas que, o las hace uno que no está bien de la cabeza o las ha hecho un artista, porque no tiene mucho... entonces me di cuenta de que no estaba solo en el viaje. Había perdido, en cierto modo, la oportunidad de hacer algo realmente original, porque me estaba dando cuenta de que había dejado de ser original, pero por otro lado pensé que era significativo que, de un tiempo a esta parte, se redescubre una cosa que..., que normalmente estaba descuidada o abandonada y eso me hizo pensar que no iba por mal camino.

4. ¿Personalmente has tenido alguna experiencia con el humor...? en mi caso, por ejemplo, os he comentado, que me he introducido en el mundo del humor a través de experiencias de formación de cursos de clown... en tu caso, ¿has tenido experiencias de ese tipo de formación o por dónde te ha venido? ¿cómo conectaste con ese tema? ¿solamente por la novedad de una tesis?

**Leonardo:** No, yo pienso como decía ayer, que el arte se aprende viendo arte y a escribir se aprende leyendo libros... y yo, toda la vida he disfrutado con el humor, entonces puestos a hacer una tesis, yo quería hacer una tesis sobre algo que me divirtiese. Como comentaba ayer (risas) en los años 80, Susana y yo trabajábamos en lo que hacíamos, que pienso que ya era humor. Estábamos rodeados de artistas que trabajaban sobre el tema del dolor. En los 80 casi toda la obra que se hacía arte, tenía mucho que ver con el dolor, con el sufrimiento. Entonces, si no mostrabas tus vísceras y tus heridas, tu no eras un artista auténtico, entonces nosotros reaccionábamos un poco a eso porque, desde luego, yo nunca pensé que podría sentirme cómodo haciendo una investigación sobre ese tipo de artistas que se auto-flagelan ¿no?. Y sin embargo, me había pasado toda la vida

<sup>28</sup> *Exit Book Nº13: Revista semestral de libros de arte y cultura visual: miedo, realidad y ficción*, VV.AA. (ISBN 2910014032967, actualmente descatalogado)





disfrutando y aprendiendo de... aprendiendo a vivir, sobre todo, de un montón de humoristas ¿no?. Y bueno también he hecho ilustraciones para revistas, muchas de ellas eran páginas de humor y he publicado chistes. Pero no lo veía como una investigación porque todavía no era miembro de... del mundo académico (risas) fue cuando dejé de estudiar y todavía no era profesor... entonces una de las mil cosas que haces, es trabajar para una agencia. Entonces la agencia te dice: *“quiero una página de humor para tal revista o para...”* y entonces hice chistes porque... pues porque era natural en mí y es que llevo desde pequeño leyendo a Chumy Chuméz y a otros humoristas... me encanta Cuderzo, incluso Mortadelo (...) junto con Hergé con su Tintín, que es una delicia leerlo porque es el paradigma del tebeo de aventuras pero es que, esos tebeos perderían el cincuenta por ciento de sustancia si no fuera por los secundarios maravillosos que tiene que son los que realmente introducen el humor ahí ¿no?. Desde el Capitán Haddock hasta Tornasol que está sordo, Serafín Latón es decir... hay todo un mundo... hay mucho humor ahí. Cuderzo es humor puro, Asterix, El Pequeño Nicolás...

5. Y, de alguna manera, aunque no sea a través de una tesis doctoral o del ámbito más académico, también Susana con sus ilustraciones de cuentos, de libros o de un trabajo más artesanal, en otros formatos de ilustración, también, por el hecho de dedicarte a la ilustración infantil, supongo que el humor lo tendrás bastante presente ¿no? ¿Cómo elaboras el tema del humor en tu trabajo?

**Susana:** Pues no de una forma consciente.

6. ¿Consideras también que lo tienes innato? (risas)

**Susana:** No es que esté buscando hacer un tipo de ilustración, pretendidamente humorística ni nada parecido. Yo creo que hay una serie de referentes o de maestros que están ahí a los que se intenta emular en cierto modo.

7. ¿Cómo quién?

**Susana:** Por ejemplo, *Sempé* que, desde luego, sí que tiene mucho humor, pero yo creo que en las ilustraciones para los cuentos que he ido haciendo o para otro tipo de trabajos, en cierta manera, afloran las influencias que una tiene, pero no hay una pretendida búsqueda hacia ese tema.

8. Simplemente surge ¿no?... y en cuanto a la Tesis sobre el humor también me surgía la pregunta... porqué en un ámbito académico, pues una Tesis sobre el humor parece algo contradictorio... ¿en qué medida estuvo presente en Leonardo ese humor positivo en el proceso de elaboración de su Tesis?

**Leonardo:** Bueno, yo en un principio no encontraba quien me la quisiese dirigir...

9. Y ya, con ese inicio, no supuso una buena sonrisa... ni un buen estado de ánimo ¿No?



**Leonardo:** No, bueno, pero yo lo daba por hecho que iba a ser así... porque como decía alguien que había leído: *“Hablar del humor sin humor es un pecado y una pedertería”* entonces, el formato Tesis es lo que siempre ha combatido el humor ¿no? o sea el protocolo exageradamente estandarizado, el agarrotamiento verbal...

**10. Totalmente opuesto ¿no?**

**Leonardo:** Sí... entonces estaba un poco ahí... de hecho hice una tesis al principio cuando yo conseguí director, que fue Marina Pastor, que trabaja allí en la Facultad de Bellas Artes, pero ella hizo filosofía, y entonces ella da clase de filosofía en Bellas Artes y le hice un trabajo no... muy inédito (risas)... que fue muy divertido de hacer y por lo que ella me ha contado muy divertido de leer, pero claro aquello no se podía presentar, no cumplía con los protocolos y entonces tuve que rehabilitarlo todo y hacerlo de una manera mucho más... dentro de los cánones.

**11. Entonces no estuvo presente... el sentido del humor positivo dentro de esa elaboración de la Tesis del humor ¿No?**

**Leonardo:** En el primer caso sí... en el segundo caso sí... sí también... porque el problema de la gente que se lo toma todo a la tremenda es... bueno pues... Pues dices: *“si hay que hacerlo, hay que hacerlo... yo quiero jugar, es un juego y estas son sus reglas y te adaptas a ellas y ya está”*, no hay problema, no hay que renunciar tampoco... yo creo que hay humor entre líneas o sea que... lo hay, ¿no?

**Susana:** Sí, sí... en una Tesis de 1200 páginas...

**Leonardo:** No, digo en el libro ese, más que en la Tesis...

**Susana:** Pero no deja de ser...

**Leonardo:** ¡Es una humorada!

**Susana:** No deja de haber humor ahí, aunque no te estés riendo a mandíbula batiente durante su lectura.

**12. ¿Cómo resolvió el aspecto de elaborar una tesis del humor de forma teórica (más seria)?**

**Leonardo:** La humorada está en que... quieres tesis, ¡pues toma tesis!... entonces hice una tesis más larga que cualquier otra que se haya hecho, en el departamento en el que yo estaba por lo menos. Y creo que con bastante más lectura que muchas Tesis, que se dedican a citar y luego dices: *“pero... ¿no lo has leído?... tú estás poniendo esto aquí pero esto que dices no es así”*... entonces... bueno... yo me tomé la molestia de sí... de hacerlo con seriedad porque yo consideraba que el humor era lo suficientemente serio como para tratarlo con seriedad.

**13. -Con humor, pero con actitud positiva en el proceso de tu trabajo ¿no?**



**Leonardo:** No acabo de entender cuando haces hincapié en lo de la actitud positiva... ¿a qué te refieres? porque el humor puede tener una actitud positiva, o no

14. Me refiero al humor positivo... que es por donde estoy trabajando yo

**Leonardo:** Pero no acabo de entender... porque, por ejemplo, el sarcasmo es humor, tiene algo de humor y es muy negativo... es pura bilis ¿no?...y tú te quieres centrar en lo positivo, en el potencial del humor positivo... entonces, lo que tu refieres como humor positivo es casi lo que yo llamo en mi trabajo... humor blanco ¿no?... vale, vale... es por entendernos, porque yo refiero el humor blanco en el sentido de lo contrario al humor negro ¿no? El humor negro carga en...

15. ...en lo negativo, en lo oscuro... no, en principio en eso no.

**Leonardo:** Y el humor blanco, es mucho más...

16. ¡Claro! fíjate, como os comentaba al principio, mi tesis trata de mostrar, que en un contexto de debilidad de enfermedad..., se puede sacar lo positivo y potenciarlo a partir del humor, entonces yo no puedo centrarme en la parte negativa del humor o en el sarcasmo porque si no... no saco ese potencial.

**Leonardo:** Pues... ¡claro!

17. Aunque el humor es una gama más amplia pero...

**Leonardo:** ...habría que ver hasta qué punto... se puede forzar la máquina para que... para hablar, por ejemplo con niños que están en un pabellón oncológico, de temas como la muerte y abordarlos desde el humor negro. Habría que ver hasta qué punto... se puede hacer, y podría ser sano, porque recuerdo un personaje con el que trabajo yo en éste libro cuanto hablo del humor negro, es un artista de la *performance* que se llama Bob Flanagan que tenía una enfermedad... no sé... un enfisema pulmonar... un problema por el que segregaba mucha mucosa y tenían que estar desde pequeñito metiéndole tubos por todos lados para hacerle extracciones y, en fin... mucho dolor, y entonces desarrolló una especie de masoquismo... o sea... acabó convirtiendo en placer, lo que era una tortura para él y hacía unas performances bastante brutas pero... muy *heavy* ¿no? Pero... con mucho sentido del humor... Y entonces, a esas performances, los niños no podían ir claro... porque eran bastante salvajes. Su pareja, iba como de sádica y él era el masoquista y entonces se establece una relación entre ellos un poco violenta pero claro, consentida. Bueno eso eran las performances que él hacía, pero luego a su vez él iba a campamentos de verano de niños que tenían la misma enfermedad que él y trabajaba con ellos y les decía: “yo debería haber muerto y aquí estoy, y tengo lo mismo que vosotros” y los niños le adoraban ¿no? Y él les hablaba directamente sobre el asunto... no rehuía el tema...ni trataba de venderles motos...decía: “aquí estoy yo para mostrarte”... ese es un tema que a mí me parece interesante.



## 18. Encontrar el término medio ¿no?

**Leonardo:** Sí, pero bueno... se podría avanzar por ahí pero... me preocupa, que todo el mundo que trabaja el tema del humor lo vea todo como *"happy"* porque el humor también nos puede ayudar a, pasado el tiempo de duelo, es decir, una vez que has aceptado la noticia que te hayan dado, luego te ayuda a vivir. Ayer mismo se lo decía a Susana, es lo que... en una entrevista que le hacían a un músico sobre el tópico de que los artistas... los artistas que están muy torturados... son los que mejor obra hacen ¿no? Él es compositor y toca el piano clásico... y sacó hace un año una biografía, una autobiografía suya en la que contaba que de pequeño abusaron de él en fin... una vida muy dura pero ha salido de eso y hoy es... hoy en día es una estrella que toca Mozart y Bach. Y decía: *"no, no... yo creo que es al contrario... yo creo que si no fuese por el escape que tenemos con el arte, enloqueceríamos todos"*, es justo lo contrario, no es que los artistas puedan estar locos, sino que locos ¡estamos todos y que gracias al arte podemos sobrellevar... eso! Me parece una reflexión muy acertada.

## 19. Sí... hay una cosa que me llama la atención, cuando has dicho lo de trabajar la parte vulnerable, la parte no aceptable, la parte fea de la enfermedad...

**Leonardo:** ... la parte fea es que te vas a morir.

## 20. Claro... realmente el humor también permite esos recursos, es decir, cómo puedes hablarlo todo desde el humor, desde esa clave, pero no tienes por qué hablarlo con paños calientes y todo con sonrisa, es cierto, o sea, que eso también lo abordo... Por ejemplo, a un niño le puedes bromear sobre su cicatriz, que es un tema duro y también le estás ayudando a aceptar eso, el verlo de otra manera, a partir de humor...

**Leonardo:** Sí me imagino que hay casos y casos... hay que tener la psicología suficiente para saber cómo va encajando la cosa, si puedes ir más allá o no... con cada caso en particular ¿no? Niños más aprensivos, niños más transparentes, pero vamos, enfrentarte a la verdad es lo más acertado ¿no?

## 21. Sí, ¡es lo mejor! Y además el humor permite el recurso de poder hablar todo...

**Leonardo:** Sí... el humor es la verdad al ciento por ciento, no engaña nunca.

## 22. Veo en vuestro CV, aunque la información que yo he encontrado puede ser limitada y vosotros me podéis poner al día sobre vuestra trayectoria, de primera mano... que, por ejemplo Leonardo, ha ilustrado chistes... en la revista de *Psicologías para vivir mejor* (1999)... y me llama la atención porque, de alguna manera, es el tema sobre el que estoy investigando...



**Leonardo:** ¡Anda! Has mirado el CV del LCI <sup>29</sup> (risas)

23. ¿Se podrían localizar esas ilustraciones?

**Leonardo:** Hombre, las ilustraciones las tengo yo...

24. ¿Tienen que ver con el bienestar y la salud? ¿Qué artículo ilustraban?

**Leonardo:** Aquella revista era semanal, si no recuerdo mal... o quincenal... salió poquito tiempo porque luego salió una revista, que todavía existe, en plan divulgativo, muy interesante y se ve que no había mercado para tanta revista y la desbancó...pero vamos, tampoco recuerdo yo que fuesen... dejaban bastante libertad ¿eh? No había que ilustrar realmente ningún artículo, era un chiste... era la página de humor, como yo que sé...las que pueda hacer Quino o cualquier ilustrador... Fue una página entera a color en revistas ilustradas. Lo que pasa es que, bueno sí... sí tenía que ver con el tema del mes que fuera, normalmente era de psicología de salud, pues mejor que mejor... pero bueno, a veces me salía y a veces no, si se te ocurría una tontería, pues eso es lo que hacía.

25. Estaría interesada en verlas puesto que ahí, sí que se relacionan con mi Tesis, son ilustraciones que tienen que ver con arte y salud.

**Leonardo:** Pues te las puedo mandar... ¿sabes lo que pasa?... son del año 99 teníamos un *performance* en aquella época... todo lo que teníamos ahí lo sacamos en un *zip* y ¿en qué ordenador puedes meter hoy día un *zip*? Ya no existe... entonces, están ahí, yo sé que las tengo, tengo las revistas, te las puedo escanear y mandarte un *pdf*... de los poquitos números que hubo... por lo menos habrá cinco ilustraciones... es el chiste y un bocadillo.

**Susana:** No es un chiste que ilustre un artículo, es la página con él.

26. - De acuerdo. Estupendo, gracias ¿entonces tienen que ver con la salud?

**Leonardo:** Tú te los miras y deduces hasta que punto tienen que ver con la salud (risas) por ejemplo hay un elefante que dice... bueno estaba rodeado de carteles y desde un avión, un letrero dice: *“quiero que me votéis”*

27. Y la referencia de la revista también, por favor.

**Leonardo:** Si ¡claro! era *Larpress*, sí... yo te lo mando. (Ilustración 4.17)

28. -¿En qué sentido vinculan: el arte y el bienestar/salud? Ya lo vemos...

<sup>29</sup> LCI (Laboratorio de Creaciones Intermedia)

[https://www.upv.es/intermedia/pages/laboratori/grup\\_investigacio/components/leonardo\\_gomez/grup%20invest\\_leonard\\_o\\_gomez\\_e.html](https://www.upv.es/intermedia/pages/laboratori/grup_investigacio/components/leonardo_gomez/grup%20invest_leonard_o_gomez_e.html) consulta el 22-7-2016.

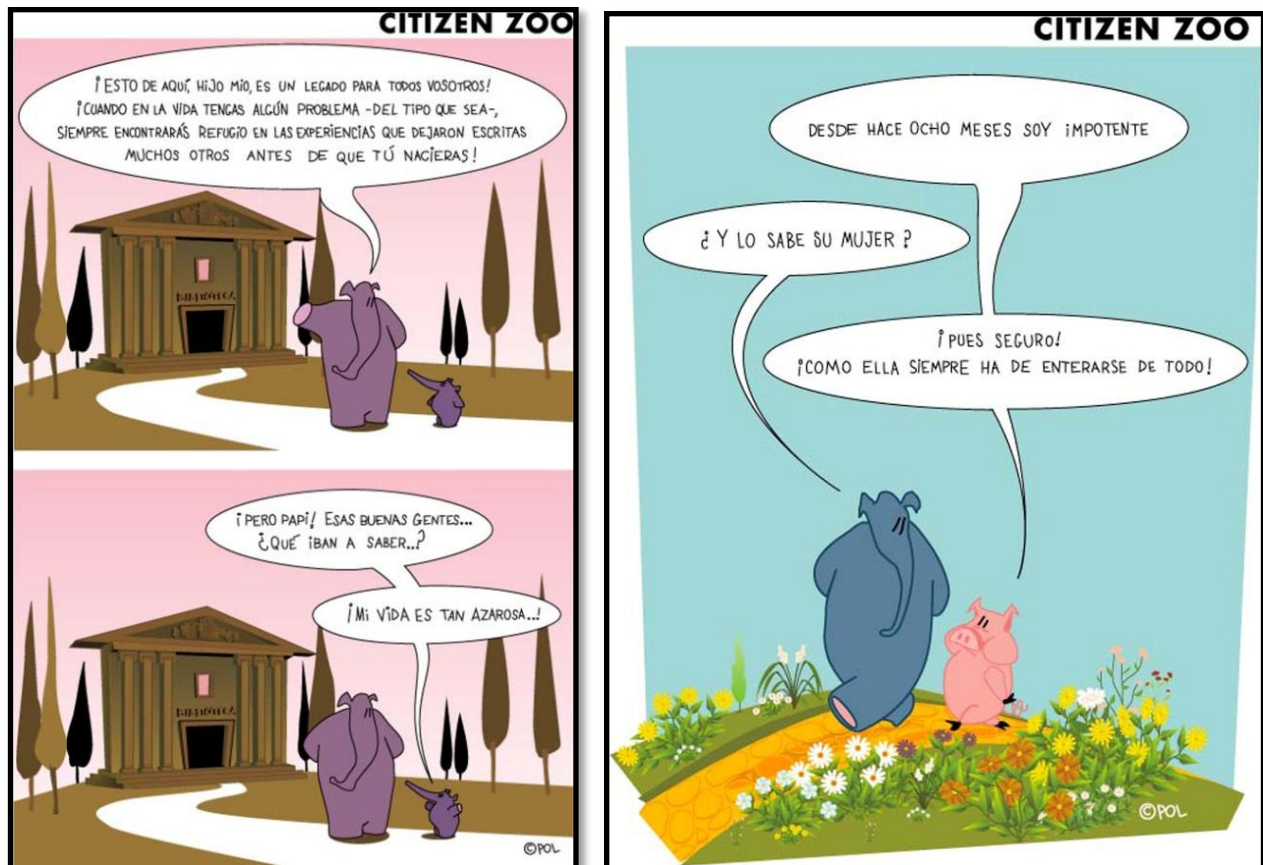


Ilustración 4.19: 'Padres e hijos' e 'Impotencia'. (Ed. Larpress Madrid 1998) (Cedidas por su autor)

**Leonardo:** Bueno, si quieres que te sea sincero, aquello era un trabajo que me salió y estaba en un momento en el que aceptaba cualquier trabajo. Sobre todo cuando te dicen: "¿quieres colaborar con una revista?" y sabes que es una revista que tiene difusión en Sudamérica y está en todos los kioscos y dices: "¡pues claro!"... ¿de qué va? de psicología... vale..." Luego estuvimos colaborando con *La Actualidad Económica* que iba de economía y digo: "pues vale..." y también lo haces... y es que, como te decía, nosotros trabajamos más que con revistas, con agencias. Entonces, había una agencia que tenía una serie de red de publicaciones que salían y la de *Actualidad Económica*, por ejemplo, es la que lleva *El Mundo* y entonces, por eso sí colaborábamos con diferentes revistas y con *Larpress* (Ilustración 4.19) que es la que editaba este otro, hacían otro tipo de publicaciones y colaboramos en estas de *Psicología*... y en alguna otra publicación también suya.

29. -Y en el caso de Susana, ¿no sé si cuentas con alguna ilustración o algún material que hayas elaborado y que tenga que ver con la salud y el bienestar? o ¿si es conjunta alguna de las ilustraciones que hayáis hecho en esas revistas?

**Leonardo:** Lo de Susana sí que era más trabajo de ilustrar artículos, con documentación.





**Susana:** Sí... sobre todo era... bueno, casi todo era, que tenía que ver con reseñas de libros... me mandaban el artículo y hacía una ilustración acorde con ese artículo, entonces... variaba...

**30.** Pero ¿sobre salud o enfermedad? ¿o tenía que ver con otros temas?

**Susana:** No, no necesariamente. Tampoco es un tema, el de la salud, en el que hayamos estado muy implicados...

**31.** Ya...soy consciente.

**Susana:** Que haya cosas en las que de alguna forma se pueda relacionar, en un momento dado o algo en concreto, pero no es un tema en el que yo haya investigado.

**32.** En el caso de Leonardo, si tiene publicaciones en la revista de bienestar

**Leonardo:** Me gustaría recalcar que para nosotros aquello era un aprendizaje. Entonces, que te hiciesen un encargo dentro de una revista de economía o de psicología, era aprender a toda velocidad lo que no habíamos aprendido en cinco años de carrera, porque de un día para otro, tenías que tener un dibujo hecho. Y ahí tenías que implicarte para que tuviese una simbología clara, analogías fáciles de entender y, sobre todo, tenerlo acabado para poder enviarlo.

**Susana:** De un día para otro... y muchas veces algo te venía por la noche y al día siguiente tenía que estar en imprenta, así es que...

**Leonardo:** Trabajábamos de un día para otro y casi que éramos como los pioneros en España en eso de trabajar por ordenador y mandarlo... a Madrid y a Barcelona, normalmente... y como estábamos en Valencia y normalmente te telefoneaba el editor y te decía: *“¡ey! para el viernes quiero esto y el artículo, te llega el jueves ¿lo tendrás?”* Y tú: *“¡Por supuesto jefe!”* y el viernes... ¡ahí lo tienes!. La calidad variaba según cómo te encontrases ese jueves de inspirado ¿no?, pero enfrentarse a eso semanalmente nos vino muy bien a los dos como aprendizaje... ahora que, la implicación realmente en el tema de salud no... por circunstancias, porque eran encargos... eran trabajos de encargo.

**33.** En el caso de Susana, ha ilustrado cuentos infantiles y Leonardo ha escrito varios libros infantiles. La lectura para los niños, ¿es cómo un juego para ellos? ¿consideráis que el juego es terapéutico? ¿qué cualidades o factores creéis que tiene el juego para ser terapéutico?

**Leonardo:** El juego es absolutamente terapéutico, eso lo tengo archicomprobado...

**Susana:** ¡Y la lectura es fundamental!

**Leonardo:** Y los niños todo lo aprenden jugando, la lectura y todo lo demás... Y si les enseñas jugando, lo aprenden mejor que si se lo enseñas...con una vara (risas)





**Susana:** Giani Rodari ya lo decía ¿no? Que cómo va a aprender un niño llorando si lo puede hacer riendo ¿no?

**Leonardo:** Sí, es la diferencia entre aprender algo con esfuerzo o sin darte cuenta. Si estás jugando estás aprendiendo sin darte cuenta y eso es lo milagroso... los niños son esponjas, lo absorben todo...

**34.** ¿Qué cualidades creéis que tiene el juego para ser terapéutico? ¿Os arriesgaríais en decir alguna?

**Leonardo:** Sí. Pero esto ya es un poco lo que decía Huizinga, en "*Homo Ludens*", es un estadio... o el del adulto cuando juega... está en un estadio que no es el real, se mete en una especie de paréntesis de la realidad en el que hay unas reglas que seguir. Los niños no funcionan así, porque para ellos ese estadio es como un chicle que se estira y se escoge a lo largo del día... no van a diferenciar cuando acaba el juego o cuando empieza. De hecho, nos pasa un poco con nuestra hija y con otros niños, estás jugando y cuando ya te cansas de jugar, ellos quieren seguir jugando, porque ellos todavía están metidos en otro... en otra realidad y yo creo que eso es muy terapéutico. No es como *El Quijote* que confunde lo que ha leído con la realidad, sino que la realidad tiene muchas formas de ser vista y, a través del juego, adquiere otras características ¿no? u otras reglas... como decía Deleuze, en "*La lógica del sentido*", el juego, por antonomasia, sería el juego que no tuviera reglas pero a ese juego no podríamos jugar nadie... porque cada uno jugaría su juego, pero no jugarías con los demás. Entonces, que aprendan reglas es muy importante, porque las reglas son una coerción, ¿de acuerdo? No puedes hacer lo que te da la gana, pero si las admites, te das cuenta de que hay una riqueza que estimula la creatividad porque se trata de esquivar ciertas coerciones de forma creativa sin salirte del juego y es muy importante eso. Y en arte, aplicar eso al arte, es fundamental para entender el avance del arte del siglo XX. Es la transgresión continua de una serie de normas impuestas que no encuentras razonables. Entonces, las tratas de esquivar.

**35.** Como ilustradora y autor de libros infantiles, debe ser una de vuestras pasiones la infancia... la infancia es todo un arte. En el caso de Susana, ¿tienes bastantes libros infantiles? y en el caso de Leonardo, ¿solamente cuentas con las viñetas que me has comentado sobre humor y salud? ¿no tienes ninguna otra referencia?

**Susana:** En el caso de los libros infantiles es que los escribía él y yo los ilustraba, pero él los escribe.

**36.** ¿Qué recursos utilizáis para llegar mejor, tanto con los relatos o con las ilustraciones a los niños? ¿qué recursos usáis?

**Leonardo:** A mí se me ocurrió hacer un cuento... ya te he contado antes como fue... los protagonistas son hijos de un amigo, y partía un poco de...



37. Ese es el caso de “*El cuento de Sofía*” ¿no?

**Leonardo:** Sí, lo podría haber ilustrado yo... pero me apetecía mucho trabajar con Susana de nuevo, porque hacía tiempo que no nos poníamos juntos ni hacíamos obra en ese sentido, y quien mejor que Susana que la tenía en casa y dibujaba maravillosamente bien. Entonces, lo encontrábamos tan natural como todo lo que habíamos hecho juntos anteriormente. Que en un momento determinado pueda hacer un cuento e ilustrarlo yo mismo... podría ser, pero es que me gusta colaborar con ella, creo que ganan nuestras colaboraciones por goleada, que si las hacemos individualmente.

38. En el caso de los libros, ayer me comentabas que eran en verso...

**Leonardo:** Ripios, son ripios verdaderamente.

39. Es curioso que un libro infantil esté escrito de esa manera... ¿creéis que llega mejor así a los niños? ¿o en el caso de las ilustraciones, cómo haces para que lleguen mejor?

**Susana:** Yo creo que llegan muy, muy bien. Y el hecho de que sean... de que haya una melodía, lleven un ritmo que repita, les ayuda también.

**Leonardo:** La rima ayuda también a retener en la memoria.

**Susana:** Y ellos lo acaban diciendo... de hecho, a muchos niños, lo que les gusta es que tú les empieces a leer el cuento y ellos completan con el cuarto verso.

**Leonardo:** En realidad es un romance, octosílabos y eso es lo que toda la vida se ha usado de romance de ciegos en la canción popular. No estábamos buscando tampoco hacer una rima especialmente compleja ni para eruditos, es la misma estructura que tiene cualquier canción infantil... “*que llueva, que llueva, la virgen de la cueva*”, etc. Y los niños se las aprenden de memoria claro que las canciones ayudan, como decía Susana, a que haya un ritmo repetitivo. Hay un cuento de Elena Fortún de “*Cómo contar cuentos*”<sup>30</sup> que está muy bien...

40. Me comentabais que ahora queréis empezar un nuevo cuento ¿cómo os planteáis ese trabajo creativo? Empieza Leonardo escribiendo o Susana esbozando algo...

**Susana:** Empezamos hablando.

41. Y ¿de qué manera estructuraréis ese trabajo?

**Leonardo:** Pues mira de manera tan sencilla como: “*mira se me ha ocurrido esto*”, (risas) “*¡ah claro! cómo mola*” y “*esto podría ser*”... y entonces a partir de ahí, yo voy escribiendo. Insisto siempre rimado, porque podría hacerlo en prosa, pero es que yo creo que es más

<sup>30</sup> Fortún, E., & Dorao, M. (2003). El arte de contar cuentos a los niños.



bonito... el que tenemos en mente, que está ya un poco avanzado... pero todavía no tenemos claro... a qué editorial nos gustaría enviárselo, es un cuento que tiene un ritmo que se podría cantar. O sea, yo tengo la música en la cabeza y está escrito siguiendo la música que yo tengo en la cabeza y sería muy chulo además, poder editarlo con un CD con la canción y que al final vaya acompañándolo, porque es más fácil que los niños se aprendan la música y no es difícil para mí, porque yo, cuando era joven, tenía un grupo de música y hacía canciones, desde siempre me ha gustado hacer eso.

**Susana:** Pero yo creo que cuando te pones a hacer algo te dejas llevar, es la intuición.

**Leonardo:** No hay nada premeditado...

**Susana:** No hay pautas, no hay.

42. Los dibujos de Susana son muy bonitos, son muy sencillos, de línea, algunos tienen solamente... o el blanco y negro o sólo un color... y eso me llamaba la atención, por la sencillez de ese trabajo que muchas veces requiere más esfuerzo llegar a ella.

**Leonardo:** Es interesante saber que, por ejemplo, en "*El cuento de Sofía*" concretamente hizo todo el cuento dibujado con unas ilustraciones que no le convencían y volvió a redibujarlas, con un estilo completamente distinto. El primero era a color y con mucho más detalle y el segundo, un trabajo muy suelto y jugando con la bicromía.

43. Me pasaba también con otro ilustrador que entrevisté que era frecuente que trabajara en blanco y negro y eso me llamaba la atención ¿en tu caso...?

**Susana:** No, no, depende del proyecto y de lo que pida cada cuál

**Leonardo:** El de otro cuento que tenemos en *Imaginarium* el de "*Cierta vez hubo una oruga*" (Ilustración 4.19) trata sobre las cuatro estaciones y hay cambio de color en el árbol donde vive la oruga. Entonces, cromáticamente, era muy importante que predominasen los marrones en otoño, los verdes en primavera y, cuando llegaba el estío, los amarillos... y en invierno el blanco, cuando nevaba, y tal...ahí sí que se requería que hubiese un cromatismo más elaborado...

**Susana:** Claro... unas veces se puede tener más detalle, a lo mejor algunas cosas, y otras no. No creo que yo haga dibujos demasiado complejos...

44. Pero, ¿tienen mucha ternura, mucha alma...!

**Leonardo:** Ahí donde la ves, Susana es una dibujante maravillosa que si tiene que hacer para su trabajo un perro, es un perro con todos los detalles, hace un dibujo perfecto hiperrealista a lápiz y con la ilustración se suelta y hace lo que no puede hacer en su trabajo habitual y es como una liberación, en el trazo, en la forma de enfrentarse a los objetos que dibuja, a los personajes...

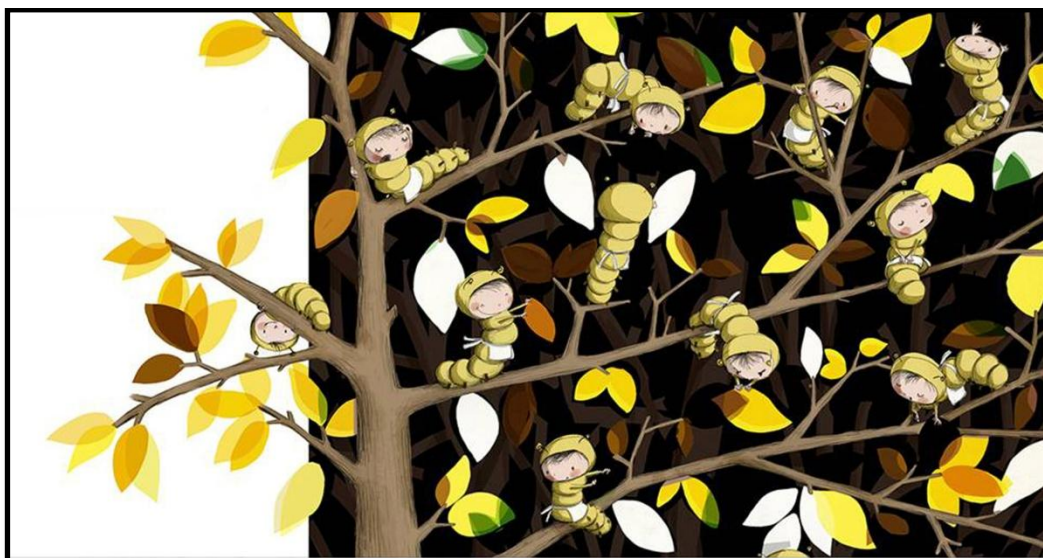


Ilustración 4.20: 'Cierta vez hubo una oruga'. *Imaginarium*, 2012 (de la WEB de Susana Rodríguez)

45. Quizá ese sea otro recurso... el dibujar de esa manera extrayendo como el alma de cada objeto... es una manera de conectar con el niño... si lo dibujas más realista, pues a lo mejor no tiene tanto interés.

**Leonardo:** Sí, en realidad es una síntesis, porque los niños, para dibujar una persona hacen un círculo, le ponen dos puntos y ya... la persona ya está. Con que tenga dos ojos ya está viva y todo funciona de una forma gráficamente muy precisa. Cada línea y cada raya que ponen, tienen una intencionalidad.

46. Es más difícil dibujar así de sencillo ¿no te lleva mucho más trabajo? ¿no lo dibujas primero realista y luego lo esquematizas?

**Susana:** No, depende... hay dibujos que salen solos y hay otros que cuestan muchísimo, depende también de... si lo estás haciendo de una forma más realista o menos...

47. Me llama mucho la atención en vuestros cuentos, de las ilustraciones de Susana o de los trabajos de los dos, el tema del juego en los libros. Por ejemplo en el de "Character Game", que tienes que construir una serie de personajes de madera. También me llama la atención el de "Imaginimages" en el que se construye con pegatinas distintas caras de personajes o el de la maleta de viaje o el de los animales "Minimini & Minianimal" ¿cómo fue el proceso de creación? (Ilustración 4.21).

**Susana:** El de "Imaginimages" no es un libro, es un juego. Realmente es un juego. Es un juego muy abierto, y tampoco es que tenga reglas, puedes crearlas tú, si te interesa, pero es para dejar volar la imaginación y construir personajes que creas que son... o los que te imagines, a partir de unas formas también muy abstractas, pero sí que tienen unos referentes. Entonces me parece muy bonito.



Ilustración 4.21: Libros de Susana Rodríguez: 'Minimini' y 'Minianimal' (Recuperados de su WEB)

48. Entonces, y ahí sí creo que hay un vínculo total entre arte juego, e ilustración con una línea de mi investigación; me encantaban esos ejemplos.

**Leonardo:** Ese juego básicamente surgió de un taller que hicimos en Boisbuchet (en Francia), donde se reúnen arquitectos y diseñadores y hacen allí cursos en verano y nosotros fuimos invitados por una amiga que va allí con bastante frecuencia y le gusta mucho aquello, para que lo viésemos. Íbamos con la niña y estuvo allí... corriendo, mientras nosotros estábamos trabajando. Y participamos en un taller que daba una chica, una diseñadora sueca que se llamaba Sigga Heimis.

**Susana:** Se titulaba *"Designing my toy"*, en 2010, y se trataba de que cada uno diseñase...

**Leonardo:**... su juego con lo que había allí... y lo que había allí ¡era un bosque!... con lo cual lo que tenías era madera, y lo que te encontrases por ahí. Entonces eso fue... en cuando hablamos de creatividad, muy enriquecedor, contando con tan poco. Y nosotros lo que nos encontramos fue unos tacos de madera y ahí entonces empezamos a pensar: *"bueno pues... el cadáver exquisito... podríamos hacer una especie de..."*. Y bueno, eso ya mejorado con pintura y tal...

**Susana:**...si al terminar el taller teníamos el prototipo, pero nos parecía una idea tan, tan buena que queríamos exprimirla... hacerla real ¿no? También hubiese estado muy bien que alguna empresa nos hubiese dicho: *"¡uy! os compro el juguete y te lo produzco"*. Pero como...

**Leonardo:** ...bueno, la idea del principio era esa, porque como Boisbuchet lo organizaba un señor que es diseñador, y al principio estaba muy interesado en producirlo él, pero bueno, no llegó a buen puerto y dijimos: *"bueno pues lo autoproducimos oye... que no se quede sin hacer"*. Bueno, y los otros eran encargos ¿no?...





**Susana:** Y el de las pegatinas, que son pegatinas electrostáticas, que las puedes quitar y poner una y otra vez y entonces no se acaba el juego cuando haces una cara... como es electricidad electrostática, pues puedes hacer tantísimas expresiones, tantísimos personajes, simplemente variando, el ángulo donde le estás poniendo los ojos, la altura de la cara, o la forma de la boca o de la nariz, que es divertido. Y además lo más divertido es ver cómo jugaban... mi hija con las amigas, y de repente, se ponen a contar una historia, porque los brazos se los han puesto de una manera que parece que se ha hecho daño y está llorando y el muñeco de al lado... Entonces salen muchas más posibilidades que las que te hubieses imaginado al principio, que igual era una serie de retratos... Así son una serie de retratos con una historia detrás ¿no?

49. Sí, sí que tiene mucho que ver con las emociones y con la creatividad y me parecen geniales esas propuestas, esos proyectos...

**Leonardo:**...en realidad, los rasgos faciales que se podían poner eran una boca sonriendo, una boca triste, una lágrima, es decir, que lo que estaban haciendo es, en cierto modo... era representar, o aprender a representar, y a reconocer las emociones.

50. En base a esas ilustraciones, esos juegos esos libros ¿cómo había sido el proceso de creación, porque es algo distinto a vuestra línea de trabajo? Esos juegos son algo diferente al formato clásico del libro... y entran estos proyectos, el de “*Character Game*”, el de “*Imaginimages*”, el de la maleta o el de los animales “*Minimini & Minianimal*”, mucho más en el terreno del juego...

**Susana:**...es que depende, porque, por ejemplo, el cuento del maletín de viaje, ese fue un encargo en concreto. En *Imaginarium* tenían el producto del libro-pizarra, pero que era simplemente un libro con pizarra, y me propusieron hacer algo y entonces... como tenía forma de maletín, se me ocurrió hacer, lo del maletín de viaje y enfocarlo por ahí, pero ese era un encargo. Los otros fueron... el de pegatinas fue al revés, fue algo que pensamos que podría estar bien, como juego, y se lo propusimos nosotros a ellos y sí que les gustó la idea y lo produjeron. El juego del “*Character game*” si es a partir de lo que te hemos contado... así es que, cada uno ha nacido de una manera, por circunstancias concretas.

51. Os comentaba, que mi inmersión en el mundo del humor, ha sido a través del clown, que es como el personaje de uno mismo, que se llama diferente a nuestro nombre... digamos que es la parte más inocente, más risueña de la persona... Como cualquier actor, el clown tiene un nombre específico, creo que vosotros también tenéis que ver con éste personaje porque firmáis vuestras ilustraciones con un nombre distinto, me llama la atención que... en tus dibujos, Leonardo, firmabas como Pol. ¿Qué significa esa sigla?

**Leonardo:** Bueno yo... empecé a firmar con pseudónimo porque era un trabajo alimenticio (risas). Entonces pensé, desde un principio, que no quería vincular el trabajo que hacíamos Susana y yo artísticamente, con ese otro trabajo. Yo creo que hubo algo de prejuicios



también, por no querer mezclar mi nombre con aquellas ilustraciones que eran un poco como alimenticias ¿no?. Pero conforme vas madurando, te vas dando cuenta de que alimenticio es todo, a fin de cuentas, porque todo te alimenta aunque no sea materialmente (risas) y para nosotros no dejó de ser un aprendizaje muy importante, así que todo el agradecimiento por la gente que nos contrataba pero, en un principio, sí que quería diferenciar un poco de lo que era un trabajo casi por encargo, de lo que es un trabajo que haces de una forma creativa, que ciertamente te lo pide el cuerpo y lo necesitas ¿no?

**Susana:**... sí, pero en el resto siempre hemos puesto nuestros nombres, Susana y Leo, y ya está.

**Leonardo:**... sí pero al principio. Hemos firmado de muchas maneras: Susana Rodríguez y Leonardo Gómez, con el nombre completo, y luego ya... pero en alguna exposición que participamos, nos llamamos "*Sucedió una noche proacción*". O sea, nos inventábamos nombres por aquello de darle un poco de... dificultad a la gente que trataba de seguirnos...

**52.** También había juego y humor ahí ¿no?

**Leonardo:** A mí me hacía mucha gracia cuando la gente decía: "*¡Ah! vosotros eráis los que hicisteis aquello!*"... "*¿eh?... sí, sí...*" y entonces ataban cabos. Pero al paso del tiempo, es cuando te das cuenta, por ejemplo hoy día, cómo funcionan las redes sociales... que quién no está en las redes sociales no existe. Eso con el tiempo ha ido en contra nuestra porque al final no te conoce nadie. Cuando tienes un nombre tiene que ser un nombre de principio a fin, y Jordi Labanda es Jordi Labanda indiscutiblemente (risas) y nosotros pusimos un poco palos a nuestras ruedas porque... para poder avanzar... pero bueno, yo creo que también hay ahí sentido del humor, en el sentido, en el que no nos tomábamos demasiado en serio ¿no? a nosotros mismos. Y creo que es por eso, por lo que pasaba lo de buscar otros pseudónimos o despistar un poco.

**53.** - ¿Y Pol, concretamente significa algo? ¿O no?

**Leonardo:** Pol, no... Paul McCartney, el de los Beatles (risas) tal cual suena.

**54.** - Ah! Viene de ahí ¿no?

**Leonardo:** Luego resulta que Pol es un nombre muy valenciano, de los valenciano-parlantes y un apellido muy común en mi tierra.

**55.** Pero para ti, no significa nada ¿no?

**Leonardo:** Sí yo puse Pol, por Paul McCartney (risas) como suena...(risas)

**56.** Me recordaba a Frato, que decía que firmaba así, porque era como firmar desde su parte más inocente, más niña... como le ocurre al clown, en tu caso no sabía si podía ir por ahí la cosa de quererte identificar con el personaje artista.





**Leonardo:** ¿Lo de Pol?

57. - Sí, por eso traía una pregunta aquí que decía ¿Cómo se llevan Pol y Leonardo Gómez Haro? ¿Qué le aporta Pol a Leonardo Gómez? Pero claro, si ya desde el pseudónimo no está definido... pues...

**Susana:** No... no está construido

**Leonardo:** No, no lo es, no tiene una personalidad propia, de todos modos a mí siempre me han gustado muchísimo los ilustradores del “*New Yorker*” por ejemplo que firman con pseudónimo, además, un chiste da para un firma corta, no para... buscar un nombre corto y sonoro y cuando hacía Pol, yo quería ser Saul Steinberg o cualquiera de esos ilustradores... estaba haciendo lo que hacían mis ídolos. Entonces cada vez que veía un dibujo mío publicado en las revistas, pues estaba superorgulloso porque había conseguido hacer lo que hacía Charles Addams, y todos estos ilustradores que tanto me gustaban... Pero no llegué a construir nada alrededor porque no tuve continuidad... porque ya me puse a trabajar dando clases, y yo empecé a dar clases en secundaria, en el instituto y ya no tenía tiempo... entonces ahí se acabó... si hubiese seguido quizá hubiera perfilado algo más como Frato ¿no? que es un personaje completamente distinto a OPS, cuando el firmaba como OPS en la época de “*Hermano Lobo*” o de “*La Codorniz*” era muchísimo más siniestro y ahora tienen otro tipo de humor y es importante ver que firmaban antes con otro pseudónimo porque era como otra personalidad.

58. No sabía si detrás de tu pseudónimo podría haber algo similar... ¿Habéis llevado a cabo algún proyecto de dibujos con menores enfermos? ¿Habéis tenido experiencias artísticas y/o no artísticas con niños enfermos?

**Leonardo y Susana:** No.

59. Puesto que trabajáis en herramientas basadas en el humor ¿Vuestro trabajo le afecta a lo humorístico de vuestra vida? Es decir, en casa, con los amigos, en un plano más personal, en clase ¿Os gusta bromear y usar el humor, o es una actitud meramente profesional cuando estáis ilustrando, o cuando estáis haciendo viñetas?

**Susana:**...hombre, una cosa así no la dejas metida en una parcela dentro de tu vida y no lo sacas en el resto...siempre está ¿no? A veces en menor medida de lo deseado pero bueno...

**Leonardo:** Pero eso es como los humoristas y es algo que me da mucha rabia, es como un humorista que está aquí cenando al lado y en seguida lo reconoces y le dices: “*cuéntame un chiste*”... “*Mira ahora no soy Forges, ahora soy Antonio Fraguas y estoy con mi familia y mira déjame en paz...*”. Pero sí, yo creo que Fraguas debe ser igual de divertido que en sus chistes.



60. Ya... es como la obligación de ser... pues sí, y en cuanto a la ilustración o a la hora de redactar o elaborar los libros ¿consideráis que puede ser una forma terapéutica vuestro trabajo?

**Leonardo:** Ahí hay como una mezcla ¿eh? (risas)

**Susana:**...depende... hay veces que te llevan los demonios... (risas)

**Leonardo:** Teníamos un profesor, en la carrera en Bellas Artes que decía: *“para dibujar hay que sufrir”* y entonces yo decía: *“a esta clase yo voy a ir poco... porque yo dibujo porque es lo que me divierte hacer ¿no?”*... El problema es cuando te profesionalizas ¿no? Es decir, cuando tu trabajo ya no lo haces porque te lo pide el cuerpo y primero tienes que encontrar una respuesta de un editor que le convenza, que vea que eso tiene posibilidades de venta porque si no, no nos vamos a engañar, por mucho que les guste, no te lo van a editar. Y entonces tienes una responsabilidad hacia los demás que... y un mínimo que cumplir, que ese punto es lo que dice Susana, hay momentos en los que te desesperas porque no te sale lo que quieres que te salga, pero bueno es una lucha que llevas también, en la medida de lo posible con humor, en el sentido de... de no desesperar y es suficiente demostración (risas) de que tienes humor en la cabeza, no sé si amueblada, pero por lo menos con muebles (risas).

61. (risas)...bueno pero seguro que, como buenos artistas, no sólo hacéis el trabajo para vender la ilustración o la redacción de cuentos; seguramente en vuestros espacios de disfrute, tengáis momentos de creación, bien de dibujo, o bien de relato... más artístico y sí que sirva de relax, esa creación artística.

**Leonardo:** Sí claro...mira, yo me he inventado dos personajes y a mi hija, cada vez que la llevo al colegio, le cuento una aventura de esos personajes y ya... si se hubiese escrito todas las que me he inventado... son dos niñas detectives, pues ya sería una saga como la de Harry Potter (risas)... y para ella es un divertimento: *“sigue contándome el cuento”* y claro, lo disfrutas evidentemente. No todos los días te levantas con ganas de inventar sobre la marcha, porque es una improvisación continua pero es un ejemplo ¿no? Y bueno... en casa siempre estamos haciendo cosas que se podría decir de...bricolaje creativo ¿no?

**Susana:** ¡Sí!

**Leonardo:** ...cosas... eso es inevitable... Susana se ha traído una libreta de dibujo para dibujar...y ahí, en ese caso, si puede funcionar la ilustración ¿no Susana?, como algo digamos terapéutico ¿no?... para relajarte. Sí que lo usas ¿no?

**Susana:** ...pues a veces...

62. Para desconectar de...



**Susana:** A veces es para desconectar y otras veces es porque tengo que dibujar cosas y... tengo que pensar... También pasa una cosa, para dibujar algo, tienes que pensar, y dedicarle tiempo. Y poder concentrarte en algo, y hay muchas veces que, por el ajeteo de otras cosas que tienes, lo que te faltan es, precisamente esos momentos de... en los que te puedes concentrar para hacer el trabajo. Y como te decía antes de... que no siempre es todo un camino de rosas, ni tan sencillo, es tener la presión de tener que hacer unos dibujos o un trabajo y saber que no has podido dedicarle esa concentración necesaria para que salga algo... y por eso la libreta viene de perlas para aprovechar (risas).

**Leonardo:** Como te decía antes de la entrevista que leí de ese músico, es un intérprete de piano clásico, que decía: *“todos tenemos nuestras manías y nuestras excentricidades o algún tipo de trastorno”* y yo lo entiendo que nosotros tenemos una inmensa suerte de... que no digo que los demás no tengan... no estoy hablando de capacidades sino de... que hemos descubierto una cosa que nos llena suficientemente como para que... hay gente que necesita hacerse *selfies*... o Susana, a lo mejor coger su libreta y dibujar por ejemplo la vista esa, a mano alzada y sin preocuparse mucho si le sale bien o no, es porque es un estado de relajación y quien sabe tocar un instrumento musical pues se relaja tocando sin público, sin la presión del “me equivoco o no me equivoco”, teniendo un dominio suficiente como para poder sacar un disfrute a esa actividad... es una capacidad pero también una práctica, un ejercicio continuado que hace que eso venga bien y te permite estar bien. Entonces en ese sentido, sí que creo que se puede entender como algo terapéutico.

**63.** En tu caso la ilustración ¿también te sirve para relajarte, desconectar... o más bien la escultura...?

**Leonardo:** ... es que hace tiempo que ya no dibujo, pero...ha sido un divertimento durante mucho tiempo... soy consciente de que era eso... yo me acuerdo de haber estado en un bar de la Plaza Mayor de Madrid y estábamos así: yo hacía un dibujito y ella hacía otro, era como un diálogo... *“Toma a ver cómo continúas...”* (risas) y no tenía mayor motivo que el pasar la tarde...era una forma divertida de pasar el rato, era como cuando los surrealistas se reunían y en una mesita de estas... de mesa camilla que tenían... se inventan los cadáveres exquisitos para pasar la tarde ¿no?

**64.** ¿Habéis hecho alguna ilustración conjunta en algún libro o en algún...?

**Susana:** ...hemos hecho cuadros...

**Leonardo:** bueno... el *“Character Game”* está hecho a medias...cuadros también...

**Susana:** ...esculturas sí

**Leonardo:** Esculturas ¡muchas!



65. Bueno...y para terminar de una manera más creativa, más artística, hay algunas preguntas en las que os quiero implicar de forma mucho más activa ¿cómo dibujaríais el humor? ¿por qué así?... o al menos cómo lo describiríais... os voy a dar un papel a cada uno...

**Leonardo:** ¿y te lo tenemos que dibujar?... eso no es “¿cómo lo dibujaríais?” es: “¡dibujadme!” (risas)

66. ...quien empieza a explicarme el dibujo...(Los dibujos realizados por Leonardo y Susana, aparecen como **Ilustraciones 4.05 y 4.06** en el Punto 4.4: DEFINICIONES DEL HUMOR POR HUMORISTAS)

**Leonardo:**...la cuarta parte y la mitad de la cuarta parte... de un libro de Hegel.

67. Bien ¿Por qué lo has dibujado así?

**Leonardo:** Porque si fuese el libro completo ya no sería humor (Risas)

68. ¿y por qué Hegel?

**Leonardo:** ¡uf! Hegel es fundamental para entender el humor moderno... a través del humor acabé con el arte clásico (risas) creo que es un...

69. ...es una buena manera ¿no?... vale. Y en tu caso Susana, veo que has dibujado...

**Susana:** ...es más Kantiano... es la reducción a la nada de una intensa expectativa (risas)... por eso decía que era más Kantiano.

**Leonardo:** ajam... claro! ¿Se lo contamos? (risas)... es que... nos invitaron a participar el año pasado en una exposición sobre el Mediterráneo, que coincidía con la muestra de cine de Valencia. Entonces el comisariado nos invitó a participar a una semana de inaugurarse ¿no? Y dijimos: “no nos da tiempo a hacer nada...” e insistieron: “venga sí... haced algo por favor...” y dijimos “venga sí, pondremos nuestro granito de arena”. Y entonces la pieza que llevamos fue un... como un marco, como con pan de oro circular y en medio pegamos un granito de arena... nos fuimos a la playa, cogimos un granito de arena y lo pegamos en medio. Y la gente se acercaba, y miraba... no entendían nada y cuando veían el título se reían... Claro no entendían nada y al leer “un grano de arena” ataban cabos y se reían... y era simplemente eso...

70. ... y entonces en tu caso Susana... ¿iría un poco por ahí?

**Susana:** sí, sí,... es que si me pides un dibujo del humor, y ¿qué es lo que estás esperando?

71. No...no espero nada, simplemente...

**Susana:** Tú también te has reído cuando lo has visto...



72. ¡Si claro! ¡Ha generado el humor! Pero... ¿un punto?...ahí... puede haber mucha...

**Susana:** Sí... todo un universo de... que decía William Blake ¿no?

**Leonardo:** Sí un universo también hay ahí... a mí me decía Isidoro Valcárcel Medina, que es un maravilloso artista, que el humor es: *“que tu trazas una línea y cuando se supone que tiene que llegar a ese final, tú te paras... eso es humor, en el sentido de que rompes la expectativa de lo que se espera de ti”*

73. Y un poco ahí... Susana, se ha aproximado a esa definición. Y ¿qué color tendría para vosotros el juego?

**Susana:** Pues todos...

**Leonardo:** ¿Qué color tendría el juego? (sorpresa)

**Susana:** ¿Cómo concepto? Todos... es tan amplio... que cabría todo.

**Leonardo:** A mí me gustan mucho las pizarras antiguas, que tenían así el color verde oscuro, casi negro y la tiza sobre ese color me parece muy atractiva. La sustituyeron, porque producía alergia, por estas pizarras de plástico y el *vileda* ¿no?... el rotulador...pero me gusta mucho... Yo creo que la pizarra es un soporte muy bueno para jugar al ahorcado, a dibujar, puedes llenarlo, borrarlo volverlo a utilizar infinitas veces ¿no?

74. Entonces para ti tendría el juego el color de la pizarra y la tiza... Y el humor ¿qué color tendría el humor para vosotros?

**Leonardo:** Negro

75. ¿Y para ti Susana?

**Leonardo:** ... o blanco (risas)

76. O ¡amarillo! (risas)

**Leonardo:** (risas) o infinitos grises entre medias (risas)

77. En serio,... si tuvierais que ponerle un color a humor ¿cuál sería?

**Leonardo:** Pues como decía Marcel Proust, que hacía un juego de sociedad que decía: *“si fuese una flor... ¿qué flor sería?”*. Él no es muy conocido pero el origen está ahí ¿no? Es un juego de sociedades de la época... y le preguntaban por su color favorito y él decía: *“es que depende del que hay al lado...es que el rosa...es intenso o no, dependiendo del que está al lado”*. Y yo creo que mi contestación es esa: depende del que haya al lado. Es un juego de contrastes.

78. - ¿Y en tu caso, Susana?



**Susana:** Pues no es algo que me haya planteado nunca...

**79.** ¿Si tuvieras que hacer un personaje que fuera el humor como lo vestirías o qué características tendría...?

**Susana:** (Silencio)... tendría que pensármelo (risas) no sé... es que te podría decir blanco, o verde o... pero daría igual el color que te dijera porque no va a ser una respuesta meditada. Entonces tampoco tiene mucho sentido dar la contestación.

**80.** Puesto que trabajáis con niños y vuestro trabajo artístico va fundamentalmente, o una gran parte, hacia ellos, ¿Qué color le pondrías a un niño?

**Leonardo:** ¡¿que qué color le pondríamos a un niño?! (Sorpresa) Depende... ¿van de primera comunión o qué?... (risas)

**81.** ¿Qué color creéis que le pega a un niño por su forma de ser?

**Susana:** ...dependerá de cada niño...

**Leonardo:** claro, claro, porque hay niños... normalmente piensas... los niños pues ¡un color alegre!... pero bueno es que depende de los niños... Hay niños así muy ensimismados también que dices: “¡uy! este niño es un pequeño Hamlet” (risas) y debería ir de negro todo el día. (risas) míralo que serio...

**82.** Creo que la entrevista ha llegado a su fin... no sé si os ha quedado alguna cosa para contar... gracias por vuestro tiempo, por darle color y humor a esta entrevista, a este rato.

**Leonardo:** No... gracias a ti, espero que tu director de tesis la vea interesante y la puedas incluir porque estaríamos encantadísimos de que alguien se haya fijado en nuestro trabajo.



Ilustración 4.22: Susana Rodríguez y Leonardo Gómez con la autora. Melegís, 2015. (FA)



### 4.15.3. FRANCESCO TONUCCI, “FRATO”

Coincidiendo con el 50 aniversario de los primeros dibujos de carácter pedagógico que realizó Francesco Tonucci, en los meses de marzo a junio de 2016 se llevaron a cabo en Granada, distintos eventos socioculturales (encuentros, conferencias...), de carácter investigador y educativo, a los que asistió este reconocido autor, pedagogo, teórico y pensador del mundo de la ilustración y la educación; de los actos celebrados destacaremos la exposición *“Imaginar la Educación – 50 años con Frato”*, realizada en el Parque de las Ciencias; el *“VII Encuentro APFRATO”*, organizada por la Asociación Pedagógica de Francesco Tonucci y, por último, la mesa debate *“Infancia, Salud y Felicidad”*, organizada por la Escuela Andaluza de Salud Pública junto al Parque de las Ciencias y el Observatorio de la Infancia y la Adolescencia. Tras ésta última, tuve la fortuna de que me recibiera y me dedicara uno de sus libros:



*Ilustración 4.23: Francesco Tonucci, ilustrándole su dedicatoria a la autora. Granada, 2016. (FA)*

Fue una gran oportunidad de conocer personalmente al autor y poder concertar una cita para entrevistarle, no sin dejar de reconocer el esfuerzo y dedicación de las distintas personas que han posibilitado los actos de Tonucci en Granada, al tiempo que me han facilitado el acceso a él: Mar Romera (Presidenta de la Asociación Pedagógica Francesco Tonucci<sup>31</sup>); Juan Mata (Profesor de la Universidad de Granada en el Departamento Didáctica de la Lengua y la Literatura, presidente de la Asociación *Entrelibros*<sup>32</sup> y comisario de la exposición dedicada al dibujante *“Imaginar la educación 50 años con Frato”*); Andrea Villarrubia Delgado (profesora y Vicepresidenta de la Asociación *Entrelibros*) y Paz Posse, (Jefa del Departamento de Educación y Actividades del Parque de las Ciencias de Granada, además de comisaria de la exposición mencionada, en homenaje al autor).

<sup>31</sup> Asociación Francesco Tonucci: <http://www.apfrato.com/Inicio.html>

<sup>32</sup> Asociación Entrelibros: <http://www.asociacionentrelibros.es/>



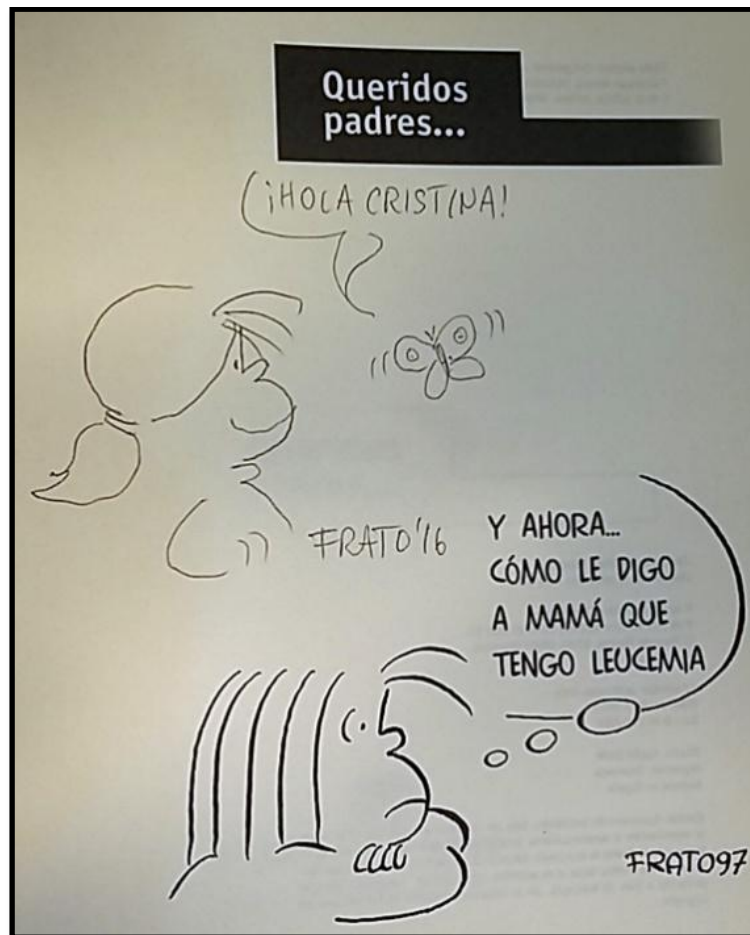


Ilustración 4.24: Dedicatoria a la autora del libro "Queridos padres", de Francesco Tonucci. (FA)

#### 4.15.3.1 DATOS BIOGRÁFICO-ARTÍSTICOS

Son muchos y variados los calificativos con los que las distintas fuentes definen a este reconocido autor italiano aunque se pueden destacar tres: maestro, pensador-investigador y dibujante, que nació, el segundo de cuatro hermanos, en Fano (Las Marcas, Italia) el 5 de junio de 1940 y estudió pedagogía en la Universidad Católica del Sagrado Corazón, de Milán.

En 1966 se casa con María Zuccarelli y elabora sus primeros dibujos para ilustrar la adaptación italiana del *Rosenzweig Picture-Frustration Study (PFS-AV)*, (test psicológico de 24 láminas destinado a medir la hostilidad y violencia); en ese mismo año, fue nombrado Investigador del Instituto de Psicología del Consejo Nacional de Investigaciones (CNR) de Roma, pero será en 1968 cuando comience un trabajo gráfico sistemático con la intención de exponer su pensamiento educativo a través de viñetas y dibujos, que han transcurrido paralelos a sus investigaciones científicas y pedagógicas. Tiene concedidos variados títulos académicos importantes como: doctor *honoris causa*, en 2011, por la Universidad Nacional de La Plata (Argentina); en 2003, profesor *honoris causa* por la Facultad de Ciencias de la Educación de la Pontificia Universidad Católica de Lima (Perú) y, en 2016, por la Universidad de Lérida. Previamente, en 2011, la Junta de Andalucía le había otorgado la Medalla de Oro al Mérito de la Educación.



Estos reconocimientos no surgen de manera casual, sino que responden a su trayectoria de continuas aportaciones al conocimiento y la cultura, ya que es autor de numerosos libros y artículos en revistas italianas y extranjeras sobre la infancia y la educación.

Es miembro del consejo editorial de revistas como: "*Investigación en la Escuela*", "*Conflictos*", "*Revista Europea de Psicología de la Educación*", "*Cooperación Educativa*" y ha impartido numerosas conferencias magistrales en las que ha abordado sus líneas de pensamiento. Un autor que, desde hace más de treinta años, ha llevado a cabo actividades de investigación y estudio del desarrollo del pensamiento infantil y su relación con propuestas educativas. Los planteamientos y objetivos que ha trabajado durante su actividad profesional son múltiples, entre los destacaremos:

- Análisis de la forma de pensar y actuar del niño en su entorno más cercano desde tres ámbitos: la familia, la escuela y la ciudad.
- Hacer una crítica a la educación del niño desde la familia, la ciudad y escuela actual, proponiendo mejoras, modificaciones estructurales y metodológicas.
- Defender las necesidades y los derechos de la infancia. Darle voz a los niños denunciando los errores que los adultos cometemos hacia ellos.
- Reivindicar especialmente la necesidad de jugar, así como espacios públicos para los niños.

Desde su faceta más artística también ha trabajado ampliamente el tema educativo, apostando siempre por la mejora de la educación y en defensa de los niños, ya que ha elaborado cientos de viñetas y dibujos sobre este tema. Son trabajos artísticos que firma con el nombre de **Frato**, pseudónimo que surge de la unión de las primeras sílabas de su nombre y apellido.

Como se describe en la biografía que aparece de este autor en la WEB de la *Asociación Pedagógica Francesco Tonucci*:

“Es imposible (...) hacer una sola presentación, ya que la magia y la pluma nos obligan a hacer dos: Francesco Tonucci, y FRATO. El primero, Francesco, nació en Fano y vive en Roma, el segundo, Frato, nació en el corazón y la cabeza de Francesco y vive en todos los adultos que, de alguna manera, han descubierto que la única salida hacia un futuro plausible son los niños y niñas de hoy, mujeres y hombres de mañana.”

Es obligado referenciar que este autor ha publicado material teórico y artístico afín a la temática que se aborda en una parte de la presente investigación: la hospitalización en oncología infantil; quizá ese vínculo con el ámbito sanitario/hospitalario, tenga su origen en la profesión de su padre: enfermero. Citaremos que ha ilustrado el documento en italiano "*Il bambino leucémico a scuola. Una guida per gli insegnanti*" (*El niño con leucemia en la escuela. Una guía para los profesores*) que publicó el Comitato Maria Letizia Verga (2009) (<http://www.comitatomarialetiziaverga.it/>).



De acuerdo con ese documento: “las actividades educativas ayudan a contener el estado de la ansiedad mediante la participación de la atención y los recursos de las actividades cognitivas, lúdicas y creativas” (p.6). Unas páginas más adelante se defiende que:

“La presencia de la escuela en el hospital estimula al bebé a curarse; es una promesa concreta a la vida. Al lado de la cama o en un espacio adecuado, el maestro mantiene vivo el interés en una realidad que continúa existiendo, aun cuando parezca estar sitiada por el mundo hospitalario, que tiene un lenguaje y una serie de aparatos inusuales” (p.8).

En una de sus investigaciones, en italiano, más importantes en el ámbito hospitalario, titulada: “*Bambini in ospedale. Una ricerca su desideri e sui timori dei bambini in ospedale*” (2004), (“*Los niños en el hospital. Una búsqueda sobre los deseos y los miedos de los niños hospitalizados*”), en las conclusiones de la misma, destaca la importancia del juego en la hospitalización, vinculándose así a una de las ideas clave de ésta Tesis. Él lo expone de la siguiente manera:

“La alegría es buena. (...) igualmente fuerte es la demanda de alegría, juego, diversión. El niño -hospitalizado- pide jugar más, se queja de no tener a su alrededor compañeros de juego, tener gente cerca divertida y capaz de aportarle diversión como los animadores y payasos, las paredes están manchadas (...). A menudo, este deseo de los niños era considerado como una negativa legítima al hospital y a sus normas, como un escape de la realidad. Y fue un error sensacional. A menudo, el hospital se sentía comprometido en algo mucho más importante que la diversión del niño, ya que estaba haciendo todo lo posible para salvar su vida, y este esfuerzo ha merecido la pena el dolor que causó, la tristeza y el aburrimiento. Hoy en día sabemos que esa evaluación está mal, incluso desde un punto de vista médico y si el niño es alegre, participativo, involucrado, sanará mejor y más pronto. Creo que podemos decir que, paradójicamente, la alegría baja la fiebre y un payaso aleja el miedo. Si esto es cierto y reconocido, muchas cosas podrían cambiar y muchos niños podrían coger estas propuestas que podrían ser al mismo tiempo propuestas terapéuticas estándares.” (Tonucci, F. y Renzi, 2004:9).

Por último, citar el libro en el colaboró con sus dibujos y reflexiones y que hace alusión a la hospitalización y la enfermedad, titulado “*Queridos padres*” (2004), escrito por Masera, del Centro de Hematología de la Universidad de Milán, e ilustrado por Tonucci. Como bien argumentan estos investigadores en él, es un tándem perfecto de autoría y de trabajo, un equipo de expertos que se complementan, ya que el primero es especialista en leucemias infantiles y Tonucci especialista en problemas de la infancia. Un libro en formato peculiar como argumentan sus autores:

“En lugar de redactar un libro, se ha preferido ilustrar los diferentes problemas y las diversas propuestas con viñetas que, con el mensaje a menudo paradójico del tebeo, tienen un carácter más inmediato y lleva a reflexiones y a puestas en común.” (Masera y Tonucci, 2004:7).

En la Ilust. 4.25, los niños asemejan al pequeño enfermo oncológico con un héroe de *comics*.



Ilustración 4.25: Dibujo de Tonucci en 'Queridos padres' (1997). Masera y Tonucci (2004, p.58). (FA)

Aunque es un libro poco extenso, contiene reflexiones muy interesantes, y entre otros aspectos, como afirma Joanna Alemany, madre de una niña oncológica y miembro de la junta de la Asociación niños con cáncer, *Afanoc*, (<http://afanoc.org/es/>) en el prólogo a la edición castellana:

“(...) nos brinda una oportunidad de acercarnos a las vivencias, ideas y temores de los niños y niñas que viven en un reto tan importante como es el diagnóstico de un cáncer (...) la lectura de este libro nos deja una sonrisa en los labios... Y la oportunidad de creer que para estos niños y niñas, un futuro en las mejores condiciones es algo posible.” (Masera y Tonucci, 2004:5-7).

Rosa María Nieto Poyato, supervisora de cuidados en el Hospital de Traumatología de Granada HUVN. Autora del blog *ENFERMERA 2.0* enfermera y antropóloga hace referencia a este libro en su blog defendiéndolo como: “un libro que clasifico como libroterapia y recomiendo para profesionales que cuidan a niños, niñas y a sus familias (...) libro tiene respuestas: los niños pueden entender lo que está sucediendo, hay que fomentar la comprensión, la comunicación, la confianza” (Nieto Poyatos, 2016).

En este libro se defienden varias ideas, de forma teórica e ilustrada, que empatizan con el objetivo y pretensión de esta tesis. De este modo, de acuerdo con Masera y Tonucci (2004:39): “el niño tiene derecho al juego, es más, tiene el deber de jugar. Un niño tranquilo y satisfecho es un niño más fuerte, más capaz que colaborar en la terapia”.





Ilustración 4.26: Tonucci (1997) en 'Queridos padres'. Masera y Tonucci (2004, p.40-41). (FA)

Unas páginas más delante los autores defienden que: “para tranquilizar al niño, hacen falta ideas, creatividad, recursos. El hospital debe hacerse cargo de ello, del mismo modo que de las terapias” (p.41). Para conseguirlo, hace alusión a un término fundamental también para esta investigación la **alianza terapéutica**, cuyo concepto refleja en la Ilustración 4.27, y que trataremos ampliamente en el apartado del “Desarrollo de los Factores Terapéuticos del Juego” (Punto 5.5.3.4).

“Para obtener buenos resultados, es necesario que todos los implicados en vencer la enfermedad se alíen para trabajar juntos: médicos, enfermeros, animadores, psicólogos, asistentes sociales, educadores, así como los padres. Llamamos a esto *alianza terapéutica* (...) pero la alianza terapéutica debe ser auténtica alianza que respete las diferentes funciones, con el convencimiento de que cada individuo es importante y de que su contribución es necesaria”. (Masera y Tonucci, 2004:23-25)

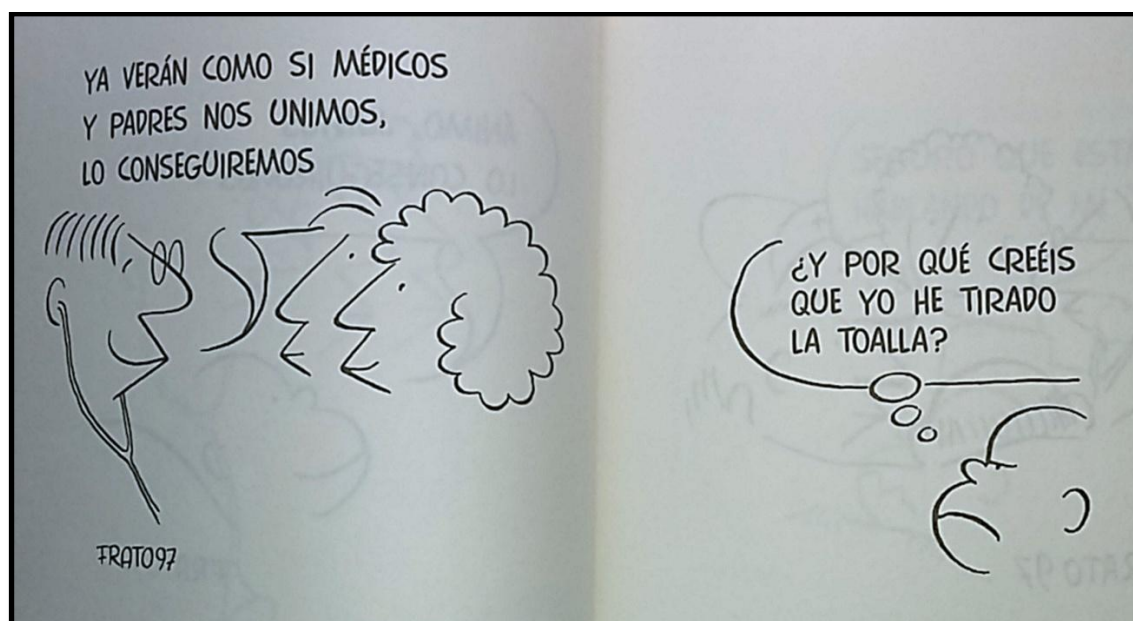


Ilustración 4.27: Tonucci (1997).en 'Queridos padres'. Masera y Tonucci (2004, p.28-29). (FA)

A modo de síntesis, destacaremos algunos planteamientos que, al final del libro, figuran como consideraciones finales de Masera y Tonucci (2004:67) y que creen útiles para hacer frente a la difícil situación de la enfermedad oncológica:

“Cuarto. Entre padres, médicos, personal técnico del hospital, profesores, compañeros de colegio y de juegos -sin olvidar y despreciar nunca la contribución del niño-, se debe crear una alianza terapéutica que avance con métodos coordinados y dirigidos a vencer la enfermedad”.

“Sexto. En su experiencia hospitalaria y de enfermedad en niño (...) debe poder divertirse, tener relaciones normales con el colegio y asistir a clase en cuanto pueda”.

Analizando el perfil más humano y sensible de Tonucci, y de nuevo tomando como referencia lo que se afirma en la web de la Asociación Pedagógica de Francesco Tonucci, diremos que:

“con sus manos de artista, de su esencia de genio y de su corazón -ojos y mirada- de niño” y, sobre todo, por su vocación por la infancia ha sido reconocido con denominaciones peculiares y cariñosas como “maestro de maestros”, “genio de la infancia” incluso “niñólogo”.

Tonucci es un autor que, desde sus inicios artísticos, siempre ha mostrado interés por la creatividad; tanto es así que ese término lo utiliza en el título del primer libro que publica titulado: “*La creatività, spinti per un discorso educativo*”. La creatividad siempre aparece en sus dibujos y ha sido un elemento clave para que sean originales; uno de los primeros, realizado en 1968, está dedicado precisamente a ella y lo tituló “*Creatividad*”.

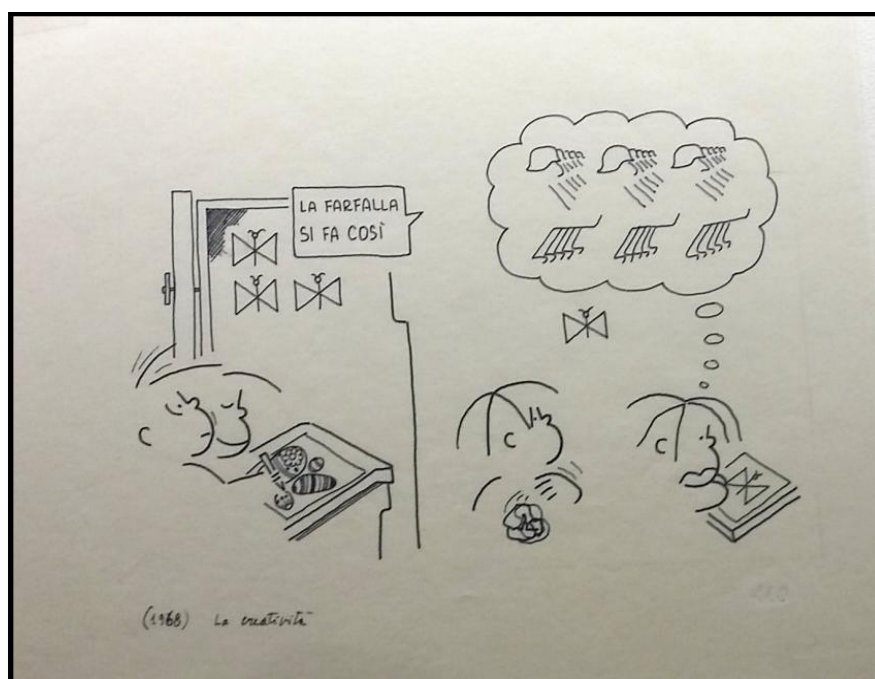


Ilustración 4.28: Tonucci, 'Creatividad' (1968). De original en exposición de Granada (2016). (FA)



En sus dibujos más recientes cuenta con varias viñetas que también hacen referencia explícita al arte, los recursos plásticos, la creatividad o el juego en el hospital:



Ilustración 4.29: Tonucci, 'Sucios y felices' (2016). De original en exposición de Granada (2016). (FA)

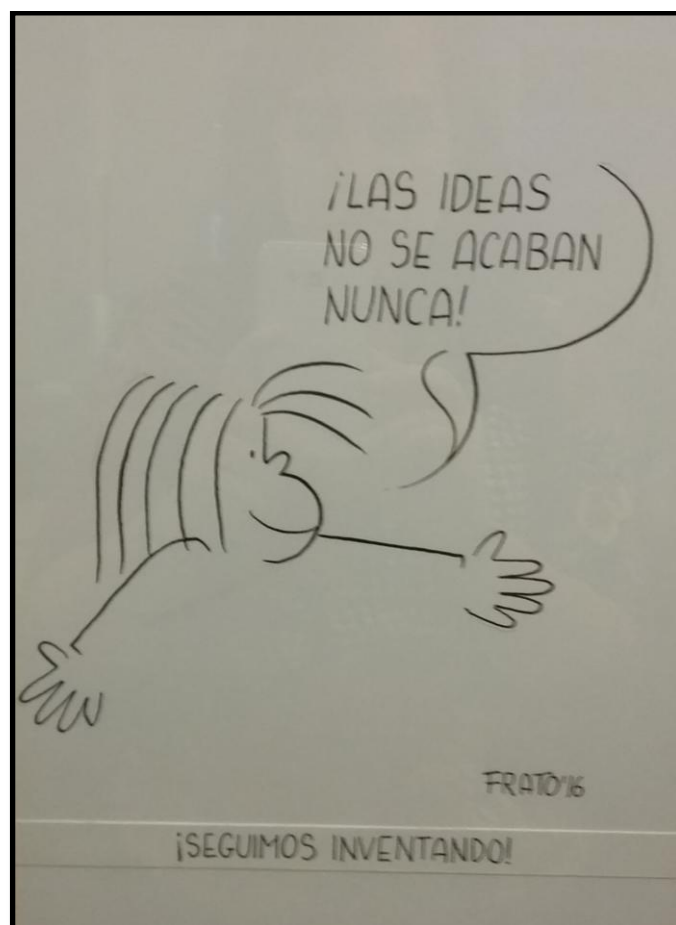


Ilustración 4.30: Tonucci, 'Seguimos inventando' (2016). De original en exposición de Granada (2016). (FA)





Ilustración 4.31: Tonucci, Juego en el hospital (2012). De original en exposición de Granada (2016). (FA)

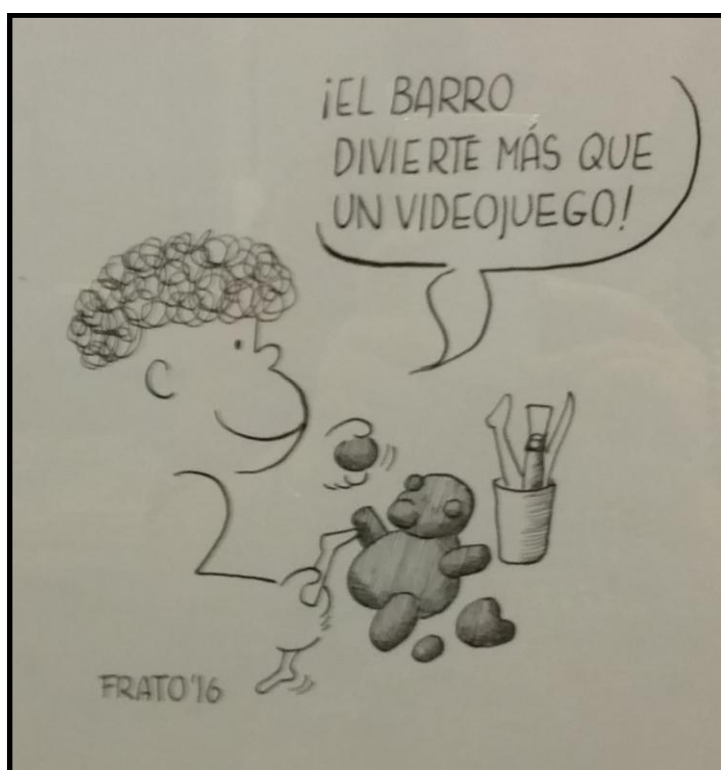


Ilustración 4.32: Tonucci, Diversión natural (2016). De original en exposición de Granada (2016). (FA)

En 2014 recibe el Premio Marta Mata de la *Associació de Mestres Rosa Sensat* (<http://www2.rosasensat.org/>) y en 2015, la *Edición Especial de la Elegía Camagüeyana* por parte de la Universidad de Camagüey “Ignacio Agramonte y Loynaz”, Cuba.



### 4.15.3.2 ENTREVISTA

1. En primer lugar, quería darle las gracias por dedicarme su valioso tiempo...

**FT:** Con mucho gusto

2. La entrevista, como le comentaba el otro día, es para documentar mi Tesis Doctoral que, aunque dicen que el título se pone al final, la base del trabajo es sobre el humor, la creatividad, el juego y el arte como mediación en el estado anímico de los menores hospitalizados

**FT:** ¡Ah! Muy específico... lo cual yo no sé como entro... pero usted verá...

3. Sí, ahora verá... yo creo que tenemos muchos puntos de encuentro

**FT:** Seguro... seguro... con el tema que, con la creatividad puede moverse uno en muchos lados... por lo cual no tenemos problema...

4. Yo creo que va a ser un complemento magnífico esta entrevista para mi investigación. Darle las gracias a usted, a M<sup>a</sup> Mar Romera, que también facilitó esta entrevista, a M<sup>a</sup> Paz... en fin, pues sé que tiene una agenda muy apretada y que dedicar ese tiempo, es oro... y veo, investigando sobre su trayectoria que... ¡viene mucho por Granada! que tiene muchísimos eventos aquí

**FT:** ¡Sí! especialmente este año. Normalmente una o dos veces al año en Granada voy siempre, pero este año lo pasé de mucho porque con el tema de la exposición de mis dibujos ya pasé tres semanas en este principio de año

5. Creo que, quizá ¿le tiene un cariño especial a la ciudad? ¿le une algo con ella?

**FT:** Bueno... es que tengo muy buenos amigos que siguen invitándome frecuentemente y cuando puedo, pues con mucho gusto.

6. ¡Qué bien! pues cuando venga a Granada aquí tiene una amiga más... para cualquier cosa... bien, antes me comentaba que... no sabía muy bien como el tema de la tesis podría encajarlo con su recorrido... pues desde que empecé a investigar sobre usted, que aunque no ha sido mucho tiempo, creo que...su trayectoria profesional y la mía, tienen algunos puntos coincidentes, -aunque la suya con mucha más experiencia y más bagaje- que eso es un grado importante...

**FT:** Hombre... ¡y muchos más años! (risas).

7. Creo que tenemos vínculos en común... como le decía el otro día... soy Licenciada en Bellas Artes, profesora también de magisterio, el tema del arte me apasiona y los niños me encantan y... por otro lado, investigo sobre el humor y el juego que son, de alguna manera, también recursos que usted utiliza... y también trata sobre la enfermedad, sobre la salud y



mi tesis va, en parte, por ahí... y al descubrir todas esas coincidencias, de manera bastante ilusionada y apasionada, preparé esta entrevista que espero sea de su agrado...

**FT:** Y que sea útil

8. Sí que será útil... Por supuesto... ¡seguro! Bien, comenzamos si le parece con una serie de preguntas: Los líneas básicas de mi investigación son las mismas que las herramientas de trabajo que usted utiliza: el humor, la creatividad y el arte; mi pregunta es: ¿Qué conexión encuentra entre ellas?

**FT:** Bueno... todo esto ocurre... no digo por casualidad... pero como siempre en la vida hay momentos raros en lo cual... surgen... soluciones nuevas... yo soy... por lo menos yo me siento... artista de nacimiento, es decir, yo dibujo desde siempre. Yo los recuerdos que tengo de mi infancia es las maestras de infantil, se llamaban una con otra a ver los dibujos que yo hacía en el pizarrón negro. Y yo siempre he sido un niño que dibujaba mucho y dibujé mucho hasta que, la máquina fotográfica sustituyó un poco la mano y no creo que... eso fuera una ventaja... pero bueno que... conocía los pintores de Fano, de mi ciudad iba a encontrarlos en sus estudios ... me encantaba estar en los estudios de los pintores, oler el sabor del óleo y me regalaban los tubos de colores que tiraban, yo cuando llegaba a casa, lo abría, lo rasgaba, aprovechaba el color que sobraba y con el plomo hacía esculturas de... como se llama esto de "sbalzo"... es decir presionando atrás, que como es de plomo tomaba forma...

9. Modelándolo ¿no?

**FT:** Modelándolo. Y yo pasaba mucho tiempo por ejemplo en verano en la playa dibujando el cuerpo desnudo y esto tengo muchísimos, de varias edades. Todo esto... un poco después se ha quedado como algo de secreto y sigue siendo un poco de secreto porque nadie conoce mis dibujos... es lo que yo llamo los dibujos "en serio", he hecho muchos retratos, mucho estudio de figura, un poco de estudio de desnudo en una escuela de arte pero nunca estudié arte... paisaje... todo esto y después mi vida pasó por otro camino yo fui investigador en el Instituto de Psicología y llega el 68, y en el 68 todos nosotros que estábamos en el mundo, decimos cultural, se sentía la necesidad de un contacto más fuerte con el cual trabajamos. Es decir, yo trabajaba en educación pero mis... los artículos que yo escribía salían en revistas que los maestros no conocían, no compraban, no leían, con lo cual esto creaba como una contradicción, porque mi trabajo en educación desde el principio, ha sido un trabajo para que la educación mejorara, pero no llegaba a los destinatarios. En el 68 todo el mundo de la cultura tenía este problema de encontrar maneras para acercarse a su mundo: lo han hecho con el teatro, lo han hecho con los dibujos, lo han hecho con varias formas. Bueno (...) yo recuperé un dibujo que había reproducido dos años antes por un tema de psicología, para crear un texto de medición de la agresividad de niños que está en la exposición, en una vitrina. Este en el 66 lo he hecho



como trabajo de psicología y en el 68 recuperé estos personajes y empecé a construir viñetas. Es decir... a usarlos para describir situaciones ridículas, o situaciones de contraste, de sátira, de... ironía, sobre temas educativos intentando denunciar en nombre de los niños, los errores de los adultos con lo cual, uno de los objetivos que siempre perseguí en mi vida profesional, tanto con la investigación, como con los dibujos, es dar gozo a los niños. Es decir, los niños viven experiencias conflictivas, que no pueden expresar y... no quieren expresar... porque ¡claro! expresarlas significa: crear un conflicto con los adultos; y los niños necesitan un acuerdo con los adultos especialmente con los más próximos que son los padres por un lado y los maestros por otro. Y son con los adultos, con los cuales salen los conflictos mayores; pero son conflictos secretos... mis viñetas lo intentan explicar

#### 10. Darle voz ¿no? ...

**FT:** ¡Claro! darle voz hacerlo evidente. Con lo cual la persona que ve la viñeta: o la rechaza, que es posible y frecuente... ¡bueno... frecuente no tanto! porque la gente que accede a mis viñetas son personas que me sienten cercano. Es decir, los demás, ni conocen mi producción. Los que lo merecen, los destinatarios naturales, no están, pero los que participan conmigo de esta inquietud, si que conocen estas viñetas y la viven como una forma de conmoción... diciendo: “¡es verdad!” yo también

#### 11. Me siento identificado... o también...

**FT:** ¡Claro!, y repito los que lo merecen menos, pero se sienten incluidos en esto porque el otro tema que yo intenté siempre hacer es que mi ironía no fuera sólo “por los otros”, por los que están afuera de mi mundo, “los enemigos”, (sonrisa) sino también los amigos... Me gusta mucho criticar mi posición, mi parte hay muchas viñetas que son de...

#### 12. ¿de denuncia...?

**FT:** De denuncia, de errores que hacemos nosotros “los buenos” (risas)

#### 13. ¿Cuál es la conexión entre humor creatividad y arte?

**FT:** Bueno... yo creo que... que el humor es un producto de creatividad y creo que tiene que ver con el arte yo siempre hablo del arte...del arte... el arte alta y el arte baja... yo consideraba esto... “dibujar” como un dibujar “probrecito”, tanto que no puse mi nombre por un tema de vergüenza pensaba que no era tan digno por un artista por hacer dibujitos o tiras y tampoco por un investigador por eso puse un pseudónimo...

#### 14. Es Francesco Tonucci, de sus iniciales...

**FT:** Pero por mucho tiempo la gente no sabía que eran las dos personas eran la misma



**15.** Ahora hablaremos de eso a lo largo de la entrevista... ¿Cree usted que tienen que ver esos tres pilares: humor creatividad y arte... con la salud?

**FRATO-** Bueno!... sí... sí... yo creo que... yo creo que son tres pero son uno... yo no lo diferencio mucho, no... no son tres cosas distintas: humor, ... claro que el arte no siempre utiliza el humor, pero el arte no puede ser arte fuera de un contexto creativo y, claro, cuando hay humor es una manera específica de expresarse de la... del arte. Yo creo que tiene que ver y nunca lo había pensado... porque son preguntas que... me sorprenden... pero bueno... en el sentido de que nunca lo había pensado...

**16.** Me alegra...

**FT:** Pero sí... el humor, tiene mucha relación con el bienestar... todos sabemos que reír y reírse, creo que son un hecho de buena salud y todo el mundo aconseja... los que saben más sobre la salud, dicen que la... la sonrisa y la risa producen salud y trabajando por ejemplo con niños enfermos... esto... no hay dudas... la presencia de payasos en los hospitales, se considera una presencia casi esencial.

**17.** Efectivamente... continuamos: como defensor del juego en la infancia, y en relación con el encuentro en el que nos pudimos conocer el otro día sobre: "Infancia, salud y felicidad", aquí en el Parque de las Ciencias... ¿Considera que el juego es terapéutico?

**FT:** Totalmente... bueno, yo creo que... es terapéutico y es algo más... es un derecho que significa que los niños tienen derecho a expresar, a expresarlo, a vivirlo y a poderlo hacer en cualquier condición que se encuentre, con lo cual... claro...que... cada vez que los niños no pueden jugar sufren... y con lo cual la respuesta está aquí... así es que un niño que sufre... si puede jugar, sufre menos, con lo cual, tiene un sentido terapéutico, muy específico, muy claro, muy evidente. Yo creo que una de las medicinas fundamentales que se deberían utilizar en todo el mundo pediátrico, dentro y fuera del hospital, es el juego

**18.** Que se pudiera comprar en tarros, en la farmacia... (risas)

**FT:** ¡Sí! Claro, claro... (risas)

**19.** Podría enumerarme algunos factores dos, tres, cinco... por los que considera ¿qué tiene el juego para ser terapéutico?

**FT:** Uuuuh...es... la satisfacción... el juego es, realizar... y realizarse. En el juego el niño es protagonista, yo creo que todo esto... el sufrimiento, casi siempre es un efecto de renuncia a ser protagonista... cuando estamos enfermos, nos sentimos débiles, en el sentido de... un poco perdidos... perdidos porque... no entendemos por qué... lo que está pasando, el dolor... todo esto. El juego es terapéutico porque ayuda a superar estos momentos. En el momento que el niño juega... un poco se olvida de los dolores y claro, esto tiene un valor muy alto. Por ejemplo, hay muchas experiencias de cómo el juego



ayuda a enfrentarse con momentos dramáticos como la intervención cirujana. Los niños que juegan con los mismos instrumentos del cirujano juegan a hacer el doctor, a transformarlo en juego lo que le va a pasar dramáticamente; claro, esto “desdramatiza” se dice en italiano

- 20.** Desdramatiza, si... y creo que viene muy al hilo la siguiente pregunta: puesto que hay muchos proyectos en el hospital o en contextos de enfermedad sobre el arte, el dibujo...para mejorar la salud ¿usted ha llevado a cabo algún proyecto a partir de sus dibujos en el hospital o con niños o adolescentes enfermos?

**FT:** Yo trabajé en un proyecto donde pedí... pedimos a más de mil niños o dos mil niños, no recuerdo, de contestar a pocas preguntas... son los datos que llevé en mi conferencia del otro día... y pedimos, que dibujaran y pintaran las batas de los médicos y de las enfermeras. Y estas batas nosotros seleccionamos como 60 y se realizaron en una sastrería

- 21.** ¿Hay algo publicado de eso? Hay alguna...

**FT:** Sí... hay una... un libro que salió que se llama “Doctore a colore” pero... pero no... no es...creo que es producto de la DASH, era un programa... DASH... La Dash es ([https://www.pg.com/it/IT/il\\_nostro\\_impegno/responsabilita\\_sociale/missione-bonta.shtml](https://www.pg.com/it/IT/il_nostro_impegno/responsabilita_sociale/missione-bonta.shtml)) una empresa de... Unilever a lo mejor... y esto... lo que fue interesante, es que dos hospitales con estas batas realizaran... se ha hecho un desfile... un desfile en Florencia, en ocasión de una feria de la moda... de la moda infantil... Los médicos del hospital pediátrico de Florencia y los enfermeros, desfilaron con estas batas hechas con los dibujos de los niños y dos hospitales italianos, el Mayer de Florencia y... no me acuerdo uno del norte... de Trento o Bolzano o así... adoptaron estas batas como batas de trabajo para las enfermeras y los médicos.

- 22.** ¿A partir de sus dibujos, no se ha hecho nada similar en un contexto así, de enfermedad? ¿No ha hecho usted, ni hay ninguna propuesta con sus dibujos...?

**FT:** No... con mis dibujos lo único que puedo citar es un libro que aquí se encuentra que se llama “Queridos padres”...que nació de una forma muy... particular... muy especial, porque un médico muy conocido en Italia (interrumpe el director del Parque de las Ciencias) Bien, bien... estamos registrando una entrevista... (risas) por su Tesis Doctoral...

**FT:** ... no, simplemente que este médico me pidió de hacer dibujos sobre los niños con leucemia infantil y yo lo rechacé pensando que no era posible hacer ironía sobre éste tema y, al contrario, me puse, empecé, y nacieron como treinta creo que son con las que construimos el libro

- 23.** Ha estado usted mientras hacía este libro o ¿cómo era el proceso?



**FT:** No... yo no trabajé nunca en hospital

**24.** Yo traía precisamente este libro, que fue el que me dedicó el otro día...

**FT:** Ah! Bueno!...

**25.** ...que es una maravilla... y leyéndolo... me gustan muchas viñetas de este libro y de otras fuentes que he consultado; pero me llama especialmente la atención y me apasiona, porque creo que resume muy bien el objetivo de mi tesis, la que aparece precisamente en la posición central (Ilustración 4.26) y que representa a un clown ¿no?, a un payaso, y a un niño... yo creo que eso expresa un poco el objetivo, de cómo el humor, el juego, el arte... pueden ser beneficiosos y terapéuticos para la salud.

**FT:** ¡Claro!

**26.** Pero, aquí en esta viñeta hay dos personajes que... que son un vínculo entre nosotros, aunque usted piense que no: por un lado “los niños”, a los dos nos apasionan y por otro lado, el “clown”, el payaso. ¿ha tenido usted alguna experiencia con clowns? ¿Ha tenido alguna vivencia?

**FT:** No... no directamente... pero... pero... me parece muy... a mí también me gusta esta idea... el niño dice... o la niña... como no tiene pelo... por el tema de la enfermedad... dice: “este doctor me parece mejor que los demás”... “que los otros” y... y no sabemos si es un clown doctor porque en Italia hay las dos condiciones. Pero para el niño, de todas maneras es un doctor porque le da un beneficio y creo que le da un beneficio... con su nariz roja... con sus chistes... con su alegría... y creo que esto... producir momentos alegres en el hospital, creo debería ser uno de los objetivos del hospital, no de los clowns... no sólo de los clowns.

**27.** Usted me dice que no ha tenido experiencias con clowns, pero yo creo que tiene mucho de ese personaje, porque yo si he tenido experiencia...

**FT:** Hombre...tengo... tengo relaciones porque, por ejemplo, un grupo de clown que se llama... bueno, de Valencia... me pidieron utilizar mis dibujos y viñetas para hacer espectáculos sobre temas infantiles... sobre los temas de la ciudad de los niños...

**28.** Bien, bien, pero aún así...su propia forma de hacer... creo que tiene mucho que ver y me llamaba mucho la atención el otro día, cuando me dedicaba el libro, yo le pedía que por favor, me lo dedicara metafóricamente a mi tesis, como símbolo de buen augurio de su final, pero usted me decía que no, que el que dibujaba la dedicatoria era Frato y no era Tonucchi; Tonucchi si obedecía más, a lo mejor a imposiciones sociales o... porque Tonucchi si es más serio, es el que trabaja, es el que gana dinero y, por otro lado, Frato es más inocente, es más niño y precisamente esa es la dualidad del clown, “la otra mitad”

**FT:** Así es, ¡exacto!





**29.** Como también comenta en otra magnífica conferencia que he podido investigar... ¿qué tiene este personaje?... ¿también el clown es un niño, es la otra parte, “la otra mitad” del niño del adulto?

**FT:** De cada uno de nosotros... Sí, eso es ¡claro!...

**30.** ... y me parecía precioso ¿cómo se relaciona Tonucci, con ese niño: Frato? ¿Qué le aporta Frato a Tonucci y viceversa?

**FT:** Bueno...por un lado, siempre juego con este tema de las relaciones esquizofrénicas... es dos partes de mi experiencia...

**31.** ¿Ah, sí?

**FT:** En la realidad son muy aliados, parecidos porque los dos intentan dar voz a los niños y estudiar las necesidades y denunciar los errores de los adultos con lo cual, con maneras distintas, con medios... y después todo esto, de la relación, es un juego, también.

**32.** ¿Tiene alguna anécdota de cómo elaboró este dibujo? ¿estuvo presente en el hospital con algunos niños, con payasos? Pues he leído algo de que tuvo experiencia con algún niño oncológico...

**FT:** Sí... sí yo tengo... esta ha sido hace muchos años... son 27 años porque justo es la edad de mi nieto... el año que nació mi nieto... murió este Federico en el hospital de Roma y mi nieto tiene de nombre Federico. No sé exactamente cuánto... por esto, porque lo eligieron sus padres, no yo, pero creo que también entra este tema de Federico. Federico era un niño encantador que yo veía todos los días y...y... bueno espero haberle dado un poco de sonrisas porque yo estaba creando un libro sobre las olimpiadas de dibujos era el 92, cuando... no, era el 89 cuando ocurrió esto... cuando yo estaba preparando el libro para las olimpiadas del 92 en Barcelona y a él le gustaba mucho ver los dibujos que yo estaba preparando y el mismo ha hecho un dibujito que en el libro sale es una tar... tortuga.

**33.** ¿En cuál? ¿en el de 40 años con Frato?

**FT:** No... no... se llama “Olimpiadas” que es un libro que publiqué con *Barcanova*, que se puede ver aquí en la exposición... está dentro de una vitrina... no creo que sea fácil encontrarlo...

**34.** perdón... mi misión no era ponerle triste con este tema...

**FT:** OK, vamos a las últimas...

**35.** Trabaja usted con el tema del humor ¿usted cree que es una actitud profesional solamente o es algo que intenta llevar a su vida diaria: ¿le gusta gastar bromas? ¿le gusta el tema del humor?



**FT:** Yo creo... sí, sí... yo creo que esto es un hecho del carácter, no sé si se aprende o es natural, pero para mí es espontáneo. Desde siempre me ha gustado leer las cosas al revés o leerlas desde varios puntos de vista... porque creo que es lo típico de la creatividad... cambiar el... punto de vista... cambiar la interpretación... buscar otras salidas

**36.** Y... ¿de alguna manera considera su trabajo terapéutico? ¿podría considerarlo? puesto que es un artista que trabaja con humor, con creatividad, con juego...

**FT:** Creo que sí... creo que ayuda, por lo menos lo que me dicen... por ejemplo... a los niños le gustan estos dibujos que no son hechos para niños y no tienen nada de atractivo a nivel formal, porque son en blanco y negro, con muy pocos trazos, pero se ve que los niños entienden que hay algo... que les interesa a ellos... que... que... que son dibujos de parte de ellos... y creo que esto crea una complicidad

**37.** Creo que le dijeron una vez... qué por qué no los dibuja enteros ¿no?

**FT:** ¡Sí! (risas) para ahorrar tinta...

**38.** Pues un poco en esa línea, le quería preguntar... sus dibujos son siempre en blanco y negro... es curioso... ya el final...

**FT:** Bueno, en la exposición puede ver algunas láminas en colores...

**39.** Y para terminar ¿qué color le pondría usted al juego?

**FT:** Bueno...es que efectivamente por este tema del dibujar mucho en blanco y negro siempre digo que el color que yo prefiero es el negro, pero bueno, me gustan todos los colores, especialmente los vivos, creo que yo uso mucho los colores cálidos con lo cual... de amarillo, al rojo, pero creo en el sentido... es una reflexión a posteriori.

**40.** Y el juego considera que puede tener esa gama ¿No?

**FT:** ¡Exactamente!

**41.** ¿Por qué dibuja siempre en negro?

**FT:** Porque las viñetas nacieron así... porque efectivamente me gusta mucho el dibujo y tanto con pluma o con pincel, lo uso mucho, uso mucho la tinta china, directa, intensa o con agua acuarelada para hacer tonalidades, matices de gris

**42.** ¿Si tuviera que ponerle un color al humor? ¿qué color le pondría?; son preguntas que... le implican un tanto, creativamente...

**FT:** Azul (afirma sorprendido y dudoso)

**43.** ¡Azul! ¿Por qué? ¿¡Primera intuición!?



**FT:** Es que efectivamente... no creo que hay razones para elegir... por lo menos yo no encuentro razones para decir un color.

**44.** ¿Y a un niño? ¿qué color le pondría? ¿qué color le pondría a un niño?

**FT:** No se... verde

**45.** ¿Por algún motivo?

**FT:** Bueno... porque está creciendo... porque el tema de la “oreja verde”, por el tema de la...de la... del pupitre que florece... bueno por todo esto...

**46.** ¿Cómo dibujaría usted el humor o el juego? Le voy a dar un folio para que me dibuje el humor

**FT:** No... no... diría que no soy capaz

**47.** Aunque sea una línea...

**FT:** Bueno es que no encuentro nada que... pueda satisfacerme en este momento... tendría que pensarlo y no sé si consigo llegar a una... a algo que me satisfaga... no...

**48.** ¿Qué elementos introduciría? Niños o...

**FT:** No, no porque el humor, como tal, es un concepto abstracto... es muy complicado representarlo y yo normalmente represento cosas, no... nunca me... me apasioné a... dibujos abstractos y con lo cual, los conceptos, normalmente no se representan... bueno hay que mediarlos con situaciones de... que ya es otra cosa...

**49.** Tiene que ver con el proceso creativo también... bueno tiene que ser reflexivo... este es su primer dibujo ¿no? (se le muestra) de 1968 me preguntaba ¿cómo un pedagogo puede llegar a ser artista? ¿cómo puede dibujar y empezar a ser artista? Y ya acabamos...

**FT:** Esto efectivamente salió...solo... y lo recuperé después de muchos años revisando mis apuntes y tal porque en esta situación el niño que le pide a su mamá donde está el niño... a la mamá embarazada... y la mamá le contesta... en el seno de mamá y el niño explica su... decir que el vientre de mamá parece malo... parece un poco bruto... y por lo cual nos defendemos con metáforas diciendo: “está en el seno”... parece más gentil... más... pero claro, el niño que no entiende la metáfora... con el pretendo... salir del esquema del adulto... salir de la metáfora y ver lo que llega al niño efectivamente y en el equívoco... en la equivocación que produce... produce una sonrisa...

**50.** Una sonrisa o una sorpresa... pues muchas gracias por haber sido fruto de sonrisas durante esta entrevista. Muchas gracias por darle color a ésta entrevista ¡y por su tiempo!



#### 4.16 EL ARTE Y SU RELACIÓN CON EL CLOWN DE HOSPITAL

“Los programas de payasos de hospital son un ejemplo nítido de la función social y de promoción de salud que puede ocupar el arte. En las últimas décadas ha crecido de forma significativa el número de estos programas, los cuales ya están disponibles en todos los continentes. La tasa de introducción y la integración de los programas de payasos de hospital de forma continua o fija en la atención de salud son consideradas un fenómeno nuevo”.

Espinosa y Gutiérrez (2010:10)

Para cerrar el Capítulo 4, de HUMOR HOSPITALARIO, hemos considerado que el personaje que mejor, y con más honor, puede aunar los dos términos del título, fundiéndolos en el crisol de su arte y con el calor de su creatividad, es el **clown de hospital**, para lo que procederemos a relacionar algunas experiencias de terapias con payasos hospitalarios que están relacionadas en su aspecto artístico y plástico con ellos.

Por un lado, aunque no es demasiado actual, pero sí es muy original y significativa, citaremos la investigación de De Paula Machado y Gioia-Martins (2002) con la que se pretende medir la influencia sobre la emoción y en el comportamiento de la intervención de los payasos de hospital a partir de los dibujos de los niños. Esta experiencia fue realizada en la sala de pediatría de un hospital Público, con nueve niños de 3 a 12 años de edad, sin patología o estancia en el hospital. Se les pidió a los niños que hicieran dibujos libres, que contaran historias, antes y después de la intervención del juego con un payaso hospitalario, resultando los datos, analizados cualitativamente a partir de la teoría del "juego" de Winnicott, desde la observación del comportamiento de los niños y su producción gráfica, antes y después de los juegos propuestos. Los autores de este estudio establecen una interesante reflexión que la enlaza con el payaso de hospital:

“Se puede relacionar la teoría del juego de Winnicott, consiguiendo vincularla con el payaso que también crea un espacio potencial, donde el niño tiene la libertad de expresarse, ser creativo y se sienta seguro; a través del juego los niños podrían descargar su agresividad y contemplar un nuevo reconocimiento de su situación de hospitalización”.

(De Paula Machado y Gioia-Martins 2002:49).

Además, este estudio concluyó que había las siguientes diferencias en los dibujos:



“El cambio más presente entre el primer y segundo dibujo cada niño, fue la modificación de las historias después de la actuación de payasos, con un enriquecimiento de contenidos, temas más positivos, expresión de los conflictos y mejores resoluciones y más positiva para de los mismos. En el primer dibujo se observó el uso de colores como el negro, azul marino, verde oscuro y marrón. En el segundo dibujo aparecerán colores más alegres como el rojo, azul, amarillo, naranja y rosa; también como un mejor uso del espacio para el diseño y la mejora formas. Tales modificaciones se reflejan de la primera a la segunda historia” (p.48).

Dicha investigación pone como ejemplo el dibujo que se muestra a continuación, de una paciente llamada Julia, hospitalizada durante seis días, en recuperación de una meningitis, antes y después de la intervención del payaso de hospital y que se ha recuperado desde: De Paula Machado y Gioia-Martins, (2002:47-48),



Ilustración 4.33: Dibujo de Julia, antes y después de la intervención de los payasos (2002)

“Uno puede ver las diferencias en el contenido, uso del color y la ansiedad expresada en los diseños de Julia. El primer diseño tiene una historia que parece que le angustia, donde el protagonista siente (...) que puede haber una relación con su enfermedad (meningitis) ya que esto es contagioso y que no podría estar con otros niños; y la segunda historia se puede imponer en contra de la desagradarle, utilizando mejor el espacio del papel y también más colores. Uno puede pensar en la relación entre el árbol de la figura y la enfermedad – hospitalización” (De Paula Machado y Gioia-Martins, 2002:45)

Finalizaremos haciendo referencia a un proyecto artístico-plástico relacionado con los *Doctores Sonrisa* que se ha llevado a cabo recientemente en el Hospital Universitario Gregorio Marañón, de Madrid, en el que se han ilustrado las paredes del hospital con siluetas de Doctores Sonrisa no caracterizados e imaginarios, ideados por el artista que lo ha llevado a cabo.

Como ya lo anunciaba el portal Web de SaludMadrid (2015):



“El Hospital Gregorio Marañón con el apoyo de *Fundación Theodora* y *Bankia*, va a poner en marcha un nuevo proyecto para decorar varias áreas quirúrgicas de su hospital infantil. (...). Además, contará con una decoración “interactiva” que tenga continuidad con elementos on-line mediante la inclusión de Códigos BIDI<sup>33</sup> que den acceso a contenidos relacionados con los Doctores Sonrisa y que permitan al niño y sus familias salir de la monotonía que suponen las esperas”.

Recientemente en la página de la red social *Facebook*, la *Fundación Theodora*, el 22 de febrero de 2017, publicaba estas imágenes, comentándolas:

“¡Hola a todos! Hoy queremos daros a conocer algo muy, muy especial para nosotros. Como sabemos el estrés por el que pasan tanto los niños que van a ser intervenidos como sus papás y mamás que esperan ansiosos la salida de su hijo del quirófano, decidimos meternos de lleno en una iniciativa increíblemente colorida. Que entretuviera a los niños y sus padres mientras esperaban su entrada y por supuesto, su salida de la operación. Cuando le contamos nuestra idea a nuestros amigos de *Bankia* se ilusionaron tanto como nosotros con el proyecto y quisieron colaborar para que los niños y sus familiares disfrutaran de un entorno más cálido a pesar de las circunstancias en el Hospital Universitario Gregorio Marañón”.<sup>34</sup>

“Por ello hoy les agradecemos enormemente su colaboración en nombre de la fundación, del hospital y sobre todo de los padres y niños que pasan cada día por la URPA (Unidad de Recuperación Postanestésica)”.

La realización de dichas pinturas alegóricas cuyas imágenes, se presentan en la página siguiente, han sido llevadas a cabo por el humorista y pintor Miguel Ángel Rodríguez Idígoras, permanente colaborador de la *Fundación Theodora* y al que, en diferentes partes de esta investigación, hemos hecho alusión y del que también incluimos una cordial entrevista. (Punto 4.15.1.2)

<sup>33</sup> Similar al código QR (nube de puntos de acceso público) pero de ámbito privado

<sup>34</sup> [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354486764907&language=es&pageid=1159444389315&pagename=PortalSalud%2FCM\\_Actualidad\\_FA%2FPTSA\\_pintarActualidad&vest=1159444389315](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354486764907&language=es&pageid=1159444389315&pagename=PortalSalud%2FCM_Actualidad_FA%2FPTSA_pintarActualidad&vest=1159444389315)

<http://www.espormadrid.es/2015/06/nueva-decoracion-para-las-areas.html>



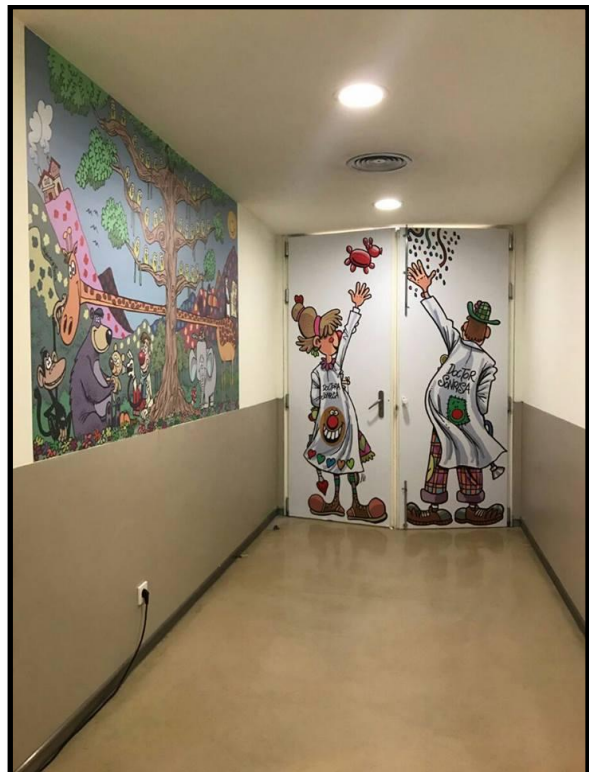
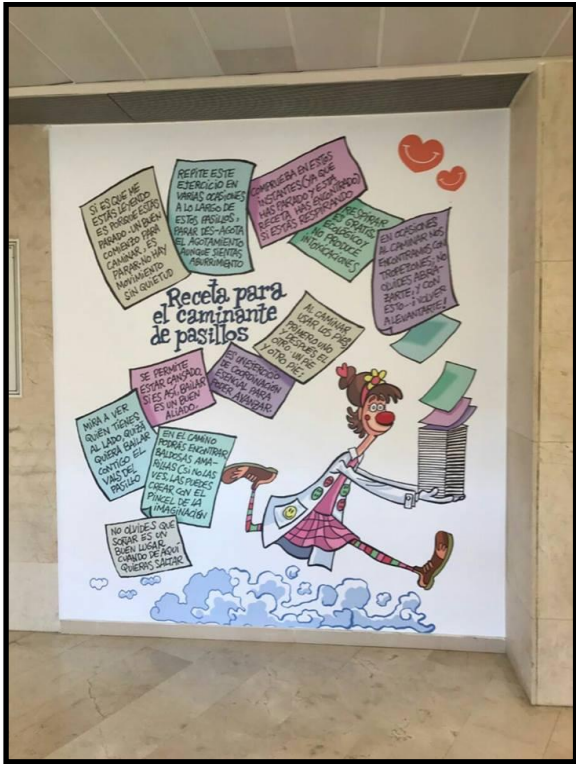


Ilustración 4.34: Decoración de Idígoras con los Doctores Sonrisa en el H. Gregorio Marañón (2017)

Cerraremos citando la referencia que al respecto hacen Lancheros, Tovar y Rojas, (2011:69): “La terapia de la risa hoy en día es utilizada en diversas clínicas y hospitales del mundo como medida coadyuvante en pro del bienestar físico, psicológico, social y emocional de los pacientes”.







## CAPÍTULO 5 - JUEGO Y TERAPIA

### 5.1 SOBRE EL 'AULA HOSPITALARIA'

Se ha decidido acercarse al concepto de Aula Hospitalaria al inicio de éste Capítulo por considerar que, aunque el objetivo fundamental de esas áreas –como se verá más adelante- sea que los menores hospitalizados no pierdan el contacto con su actividad escolar y, en la medida de lo posible, que no se alejen mucho de la necesidad de aprendizaje durante el más o menos prolongado período de ingreso; la realidad que hemos podido constatar durante nuestra estancia investigadora en el hospital, es que es un lugar de distensión o desconexión de la actividad propiamente clínica, considerado por los menores como su lugar de esparcimiento y juego; de hecho también es conocida, como *ludoteca* o *ciber@ula*,<sup>35</sup> (por los equipos informáticos con los que cuenta que son utilizados como herramientas lúdicas, dibujos, juegos etc.) es por ello que se ha elegido éste apartado en el que genéricamente se relacionan los conceptos juego y enfermedad, para hacer en él una acercamiento a las aulas hospitalarias y que a lo largo de toda la investigación se hace alusión a ellas, especialmente en la parte empírica (Capítulo 6).

Al referirse al aula hospitalaria, Mariscal Pérez (2009:1) dice que: “se trata de una unidad escolar surgida dentro del hospital cuyo objetivo principal es la atención escolar de los niños hospitalizados” y Fernández Hawrylak (2000:149) matiza que está: “proporcionando una atención al enfermo desde un punto de vista diferente al médico que mejorará su calidad de vida”.

#### 5.1.1. ORIGEN, EVOLUCIÓN Y MARCO LEGAL

Las primeras escuelas dentro de un hospital surgen en España en los años cincuenta en centros vinculados con la orden hospitalaria de San Juan de Dios. A partir de este momento y por distintas circunstancias, la iniciativa de creación de escuelas se ha ido fomentando con el tiempo bajo el amparo de un amplio abanico legislativo, recogido en la Tesis Doctoral de Noemí Ávila Valdés (2005:143-154), a base de leyes, decretos, cartas de derechos... que han legislado sobre la importancia de aportar una atención educativa en el período de hospitalización.

Es obligado hacer mención a la ley 13/1982, de 7 de abril, que aunque derogada, fue la primera que recogía esta necesidad. Así en su artículo 29, establecía: “*Todos los hospitales tendrán que contar con una sección pedagógica para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo en los alumnos en edad escolar internados en dichos hospitales*”.

<sup>35</sup> La Fundación La Caixa desarrolla el programa “Aulas Hospitalarias” (según R.D. 246/2005) a las que ha aportado, entre otros, recursos informáticos, de ahí el nombre de Ciber@ulas, según expondremos en el **Punto 5.1.2**



El Parlamento Europeo estableció en 1986, en la resolución sobre la Carta Europea de los niños hospitalizados, *“el derecho a proseguir la formación escolar durante la permanencia en el hospital, y a beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición”*.

Posteriormente, y según relatan Guillén y Mejía (2002:120), será defendida la aplicación de esta Carta en los objetivos de la Asociación HOPE (*Hospital Organization of Pedagogues in Europe*), que el 20 de mayo de 2000, con motivo de la celebración de su IV Congreso en Barcelona, presentó la Carta Europea sobre el Derecho a la Atención Educativa de los Niños y Adolescentes Enfermos, de la que destacamos los siguientes puntos:

- *La enseñanza escolar hospitalaria crea una comunidad de niños/as y normaliza sus vidas. La atención educativa se organizará de manera grupal o individual, tanto en el aula como en las habitaciones.*
- *El contexto de aprendizaje estará adaptado a las necesidades del niño enfermo. Las nuevas tecnologías de la comunicación servirán también para evitar su aislamiento.*
- *El personal encargado de la actividad educativa formará parte del equipo multidisciplinar que atiende al niño enfermo, actuando como vínculo de unión entre éste y su colegio de referencia.*

Para la atención de los menores hospitalizados, la Consejería de Educación y de Salud mantiene vigente desde 1988 un convenio de cooperación para la creación de Aulas Hospitalarias en los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía, atendidas por docentes especializados. (<http://www.juntadeandalucia.es/educacion/nav/contenido.jsp>).

Ya se habla de “Aulas Hospitalarias” en la Ley 9/1999, de 18 de noviembre. Así, en su art. 21.2 expone: *“el alumnado que por razones de enfermedad esté hospitalizado será atendido en **aulas hospitalarias** en las condiciones que reglamentariamente se determinen, garantizándose en todo caso, que cualquier niño/a hospitalizado pueda continuar con su proceso educativo”*

En el artículos 35/36 del RD 167/2003, de 17 de junio, se desarrollan diversos aspectos sobre la creación, la organización, el funcionamiento y las relaciones de éstas aulas con los centros docentes de los que proceden los escolares enfermos, ingresados en los diferentes hospitales.

Es obligado mencionar el Decreto 246/2005 pues, a diferencia de las anteriores referencias legislativas ésta, además de valorar el carácter educativo, introduce y hace hincapié en la **función lúdica** de estos espacios. El art. 11.3 afirma: *“Los centros hospitalarios (...) dispondrán de espacios destinados a «salas lúdicas» o «salas lúdico-pedagógicas» que permitan el desarrollo de las actividades lúdicas y formativas de todas las personas menores de edad ingresadas. Dichas salas dispondrán de mobiliario adecuado y estarán dotadas del material lúdico-pedagógico adaptado a los requerimientos propios de las diferentes etapas educativas y de desarrollo (...). Cuando las circunstancias lo aconsejen, las salas podrán ser utilizadas en actividades lúdicas”*.



### 5.1.2. OBJETIVOS Y RECURSOS

De nuevo se hace necesario citar el Decreto 246/2005, de 16 de diciembre, de la Junta de Andalucía, cuyo Artículo 11 transcribimos literal, debido a que es la verdadera fuente de la que emanan los objetivos de las aulas hospitalarias. (BOJA 244:18).

**Artículo 11.** *Educación formal, formación y ocio durante el ingreso hospitalario y durante la asistencia periódica frecuente.*

1. *El Sistema Sanitario Público de Andalucía prestará su colaboración a la Consejería de Educación para que las personas menores de edad hospitalizadas de forma permanente o periódica, que se encuentren cursando la enseñanza obligatoria, puedan continuar con su formación escolar.*

2. *Los hospitales dispondrán en la zona pediátrica de espacios destinados a aulas, que estarán dotadas con mobiliario y material necesario y adecuado para el desarrollo de las actividades educativas y que favorezca la coeducación.*

3. *Los centros hospitalarios y aquellos que funcionen como hospital de día infantil dispondrán de espacios destinados a «salas lúdicas» o «salas lúdico-pedagógicas» que permitan el desarrollo de las actividades lúdicas y formativas de todas las personas menores de edad ingresadas. Dichas salas dispondrán de mobiliario adecuado y estarán dotadas del material lúdico-pedagógico adaptado a los requerimientos propios de las diferentes etapas educativas y de desarrollo y que favorezca la coeducación. Cuando las circunstancias lo aconsejen, las salas podrán ser utilizadas en actividades lúdicas.*

4. *Los centros hospitalarios y los que funcionen como hospital de día infantil contarán con las adecuadas instalaciones e infraestructuras en telecomunicaciones y con equipos informáticos, que se usarán para el desarrollo de la coeducación, del ocio y de la comunicación de la persona menor con sus familiares, amistades y con otras personas menores de edad que están o hayan estado hospitalizadas. Se establecerán los controles y sistemas de gestión de la información y de los contenidos, que sean necesarios, para que cualquier actividad que se lleve a cabo usando estas tecnologías sea adecuada a las diversas edades de las personas menores de edad.*

5. *En los recintos hospitalarios se dispondrá de espacios al aire libre adecuados para el ocio de las personas menores de edad ingresadas que, en función de sus procesos, los puedan utilizar, teniendo en consideración las diferentes necesidades de cada grupo de edad.*

6. *Cuando sea precisa la atención ambulatoria frecuente de una persona menor de edad, se procurará que los horarios de atención sean compatibles con su horario escolar y, siempre que sea posible, con el horario laboral de su acompañante.*



Por otra parte, la “Fundación La Caixa” se ha convertido en los últimos años en un importante colaborador del programa de aulas hospitalarias. Desde 1997, esta Fundación, en convenio con todas las comunidades autónomas españolas, desarrolla el programa “*Aulas Hospitalarias*” de atención social y educativa para los menores que, debido a alguna enfermedad deben seguir un proceso de hospitalización. Su participación en esta iniciativa se concreta en actividades de formación y ocio que complementan los programas educativos que se imparten en las aulas<sup>36</sup>.

Su apoyo se materializa en dos intervenciones. Por un lado la *Fundación* proporcionó a éstas aulas una serie de recursos didácticos integrados en las *maletas pedagógicas* que editó expresamente para reforzar la actividad educativa que los escolares hospitalizados llevan a cabo en el hospital. Por otro lado, la entrega de recursos informáticos (ordenadores, cámaras de videoconferencia, escáner, impresora) a los centros hospitalarios, para llevar a cabo actividades educativas y mantener así el contacto cercano y formativo entre los niños/as enfermos/as, profesores, familias y compañeros.

Tras esta última intervención/aportación informática que cumple las normas legislativas que hemos referenciado en la página anterior (Decreto 246/2005, Artículo 11.4) la *Fundación* asigna un nuevo nombre a las aulas hospitalarias denominándolas **Ciber@ulas**.

Con las nuevas aportaciones y denominación, la *Fundación* pretende dar un nuevo uso a las aulas hospitalarias procurando que sean un espacio de encuentro en el que, los menores hospitalizados pueden realizar, acompañados de sus familiares y con libertad de horarios, actividades de formación, comunicación y ocio gracias a las posibilidades que brindan las nuevas tecnologías y a la inestimable colaboración de los voluntarios que dinamizan las actividades de estas aulas.

La Obra Social de “La Caixa” creó su primera Ciber@ula hospitalaria el año 2002 en el Hospital Universitario Vall d’Hebron, de Barcelona. A partir de esa fecha, se fueron inaugurando otras en distintos puntos de España. Es a principios de 2008 cuando se crea la Ciber@ula en el Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves, de Granada, ubicada en la octava planta del edificio, ocupando un espacio de 169 metros cuadrados. Esta zona se comunica con las plantas sexta y séptima del hospital a través de un ascensor. Las posteriores obras de reforma y ampliación llevadas a cabo, permitieron triplicar el espacio destinado al proceso de enseñanza-aprendizaje, aumentando también el número de niños que se pueden beneficiar de este servicio, hasta un total de 25 al día. El aula cuenta con una videoteca y zona de juegos, dos terrazas acristaladas y una cubierta ecológica. Al tratarse de una zona diáfana, se pueden utilizar de manera simultánea los distintos espacios dependiendo del uso que se le quiera dar.<sup>37</sup>

<sup>36</sup> “Programa: atención socioeducativa a la infancia La Fundación promueve la atención social y educativa a menores, a través de este programa Ciber@ulas, aulas hospitalarias, atención educativa domiciliaria y familias canguro”. (p.49) en: <http://www.obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/.pdf>

<sup>37</sup> <http://www.hvn.es/noticias/doc1251.pdf> y en Periódico Ciudad Salud 19 Enero-Febrero 2008 (p.3). Consultado en [http://www.hvn.es/variados/ciudad\\_salud/ciudad.../ciudadSalud\\_19.pdf](http://www.hvn.es/variados/ciudad_salud/ciudad.../ciudadSalud_19.pdf)



### 5.1.3. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

En general un Aula Hospitalaria es un espacio abierto, luminoso, flexible..., atento únicamente a las necesidades de los menores hospitalizados, donde éstos pueden acudir libremente, con la posibilidad de que, siempre que lo requiera su asistencia médica o sanitaria pueda ausentarse, para volver más tarde y de nuevo reincorporarse a sus tareas escolares.

Se atiende a los menores hospitalizados de 0-16 años con diversos tipos de patologías, y en función de la duración del período de hospitalización que suele ser entendido como:

- Pacientes de larga hospitalización (más de 30 días)
- Pacientes de media hospitalización (entre 15 y 30 días)
- Pacientes corta duración (menos de 15 días)

En Andalucía las aulas hospitalarias tienen una amplia normativa para su desarrollo, dictada el 29 de junio de 2009 y recogida en las Instrucciones de la *Dirección General de Participación y Solidaridad en la Educación sobre la organización y funcionamiento de las Aulas Hospitalarias en la Comunidad Autónoma de Andalucía*, (p.2).<sup>38</sup>

Entre los objetivos de las Aulas Hospitalarias, recogidos en la Primera de dichas Instrucciones, destacamos, los siguientes:

- a) *Proporcionar atención educativa al alumnado hospitalizado para asegurar la continuidad del proceso de enseñanza y aprendizaje, evitando el desfase escolar que pudiera derivarse de su situación.*
- b) *Evitar el aislamiento del alumnado hospitalizado a través de un clima de participación e interacción con otros/as niños/as y adultos, desarrollando distintas actuaciones e intervenciones desde la perspectiva integral.*  
(...)
- e) *Colaborar en la programación de actividades formativas de ocio, de carácter lúdico recreativo del tiempo libre del niño/a en el hospital, en coordinación con otros profesionales, voluntariado y asociaciones que desarrollen acciones en el entorno hospitalario.*
- f) *Mejorar la calidad de vida del alumnado, intentando compensar las dificultades que la enfermedad ocasiona.*

Lizosoáin Rumeu y Polaino-Lorente (1996:15) ya referían la importancia de este objetivo en “La pedagogía hospitalaria como un concepto unívoco e innovador” y, posteriormente, Lizosoáin Rumeu (2000) abundaría sobre el mismo, en “*Educando al niño enfermo: perspectivas de la pedagogía hospitalaria*”.

(...)

<sup>38</sup> <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/abaco-portlet/content/a42f309e-e681-4b99-ae00-91aa4ae62c5e>



- h) Ofrecer asesoramiento y apoyo a las familias, facilitando la formación e información en materia educativa para que puedan colaborar y participar en actividades programadas.

Más adelante, en la Instrucción Tercera, el punto 5 d), relativo a *Organización y funcionamiento de las Aulas Hospitalarias*, indica a los centros educativos a los que pertenece el alumno hospitalizado, que:

- *Mantendrán contactos con el alumnado utilizando, si es posible, las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC).*

Los procedimientos para un fácil cumplimiento de éste último objetivo se ven ampliamente desarrollados por Ávila Valdés (2005) en su obra “Diseño y desarrollo de recursos on-line: aplicaciones virtuales de arte infantil en contextos hospitalarios”.

La actividad lúdico-pedagógica se lleva a cabo, fundamentalmente, de dos maneras: asistencia al aula por parte del alumnado, siempre que éste se encuentre en condiciones físicas para desplazarse hasta ella; o bien, en su propia habitación, cuando su estado de salud aconseja que sea el profesorado el que se desplace hasta ella.

El aspecto formal, administrativo, legal... de nada serviría sin un importante **respaldo humano**. En el Aula de Granada, aparte de los responsables de dirección hospitalaria y patrocinadora, se cuenta con el equipo humano que se detallará en el punto 6.6.1, donde se describe el entorno en el que se desarrolla esa parte de la investigación empírica y, aunque no es este capítulo teórico el lugar de expresar la capacidad humana, ternura, entrega de todas las personas que componen ese equipo, es obligado, al menos, citar resaltar sus valores humanos, sin los cuales no sería posible el funcionamiento del Aula.

Indirectamente, también se cuenta con diversas organizaciones/asociaciones (AECC, Fundación Theodora...) que, con sus voluntariados e intervenciones, contribuyen de manera muy importante a potenciar y apoyar las actividades del Aula, sobre todo en sus aspectos lúdicos-formativos.



*Ilustración 5.01: Dos vistas del Aula Hospitalaria del HMI de Granada. (FA)*





Para resaltar la importancia de la ampliación del horario de utilización del aula hospitalaria a mañana y tarde, M<sup>a</sup> José Ortega Ortega y AA.VV, todos ellos personal del HMI de Granada, presentaron a las XVI Jornadas de Atención Integral Infanto-Juvenil en el sistema sanitario público de Andalucía, en Antequera el 20/22 mayo de 2009, un póster con la investigación realizada al respecto y cuyas conclusiones eran: “Las nuevas directrices de apertura en horario de mañana y tarde de lunes a viernes han favorecido que el niño y sus acompañantes se sientan más integrados y les ayude a afrontar su enfermedad”.

La foto que ilustra el fondo del poster recoge el momento de lanzamiento de la cometa, descrito en “El vuelo de las ilusiones” (Punto 6.6.5).



Ilustración 5.02: Poster presentado por personal del Aula Hospitalaria. (FA)



## 5.2 ARTE, JUEGO Y CREATIVIDAD

Históricamente muchos autores han relacionado estos conceptos pero aquí nos vamos a limitar a las últimas décadas del siglo XX y, especialmente, a los estudios y opiniones más recientes vertidas sobre ellos, por lo que, haremos un breve repaso de las definiciones que se le han dado interconectando dichos conceptos de arte, juego y creatividad.

Inicialmente nos centraremos en el término de juego, destacando las investigaciones y trabajos que defienden, que el juego está vinculado a la creatividad (Trigo y col., 1999; Hoffmann y Russ, 2012; Russ y Wallace, 2013; Jiménez, 1999; Kaugars y Russ, 2009; Kaugars y Russ, 2001; Russ, 2003).

Como apunte anecdótico nos recuerda Bettelheim (1987) que, a lo largo de la historia del arte existen numerosos casos de artistas y personas creativas con reconocimiento en el mundo del arte, que sus biografías coinciden en señalar, que en su infancia y adolescencia, estos genios llegaron a ser tal, gracias a que cultivaron su actividad lúdica, pues pasaban numerosas horas de ocio, en el campo, bosques. Su objetivo no era otro que descubrir mientras disfrutaban y reflexionaban sobre sus propios pensamientos, soñando con sus propios sueños, generalmente acompañados de fieles perros.

Algunos autores de los que recoge Serrano (2004:4) en su investigación, incluyen lo lúdico dentro de la definición que hacen de la creatividad. Es el caso de Piaget (1964) que, “considera que la creatividad constituye una forma filial de juego simbólico en los niños cuando éste es asimilado en su pensamiento”; también Esquivias (1997), consideraba que “la creatividad es un proceso mental complejo, el cual supone actitudes, experiencias, combinatoria, originalidad y juego, para lograr una producción o aportación diferente a lo que ya existía”.

Más allá de las definiciones, y desde una perspectiva que incide más directa en nuestra investigación, recurriremos a la afirmación de Piqueras (1996:11) de que, la creatividad no puede darse sin el juego porque:

“es habitual encontrar en la bibliografía sobre creatividad referencias al juego, y viceversa, de una manera constante (...) se ha comprobado que no sólo existen numerosas conexiones entre juego y creatividad sino que, la mayoría de las ocasiones, no pueden darse una sin el otro (...) Parece que los productos creativos resultan de procesos que, en un momento u otro de la génesis, han necesitado de situaciones relacionadas con la actividad lúdica. El juego es un tipo de actividad que facilita los encuentros creativos por muchos motivos. Uno de los principales es la ausencia de miedos que en ocasiones se dan en el trabajo. En el juego los participantes se encuentran libres para realizar más espontáneamente combinaciones arriesgadas de ideas o cosas sin el riesgo o temor del fracaso”.



Varios autores también defienden esta idea estableciendo la conexión juego-creación: Pantigoso (1992) (citado por De Valdenebro, 1992:66) opinaba que “el juego es la forma más evidente de expresión libre, espontánea y creadora, que contribuye a la expresión y exteriorización del sentir, del percibir y del intuir”. En la misma línea, De Borja (1994:53) asevera que: “el juguete como elemento de juego (se convierte entre otras cosas) en una primera posibilidad de incentivar la curiosidad, estimular la imaginación y la expresión”. También Kottman (2014:13) apoya esta idea al considerar que: “el juego es un proceso creativo en sí mismo. Para jugar, los niños deben generar ideas de su imaginación para alimentar la acción”. Por lo tanto, la capacidad de simbolización es una de las características del juego que le permite a éste tener una relación con la creatividad, porque como refiere Vives (2007:117): “El niño juega por placer (función lúdica) y por poner en marcha su capacidad creativa, ya que juega sin tener juguetes, o los crea o imagina (juego simbólico) (...) también juega para entretenerse y establecer una relación con el objeto”.

Señalaremos la existencia de muchas investigaciones que demuestran, que el juego aumenta la creatividad (Feitelson y Ross, 1973; Russ, 2003; Dansky y Silverman, 1973; Garaigordobil, 2006; Moore y Russ, 2008, Udwin, 1983) y, entre ellas, destacaremos la investigación española de Garaigordobil (2006:7), quien llega a la siguiente conclusión:

“Los resultados sugieren que el programa de intervención basado en el juego cooperativo-creativo estimuló un incremento de: 1) la creatividad verbal (originalidad); 2) la creatividad gráfico-figurativa (abreacción<sup>39</sup>, originalidad, elaboración, rendimiento creativo); 3) conductas y rasgos de personalidad creadora; y 4) el número de compañeros del grupo considerados como personas creativas”.

Alejándose un poco de la teoría, Limiñana (2008) reflexiona sobre la unión creatividad-juego desde una óptica más vivencial y, a partir de los planteamientos de Vigostky (1960), considera que “el juego no es el recuerdo simple de lo vivido, sino la transformación creadora de las impresiones vividas, la combinación y organización de estas impresiones para la formación de una nueva realidad que responda a las exigencias e inclinaciones del propio niño” (p.40). En esta misma investigación, más adelante la misma autora, hace una reflexión que relaciona de forma directa, juego y arte, puntualizando que: “el juego y el dibujo dan paso a nuevas formas de imaginación y a una actividad creativa (...)” (p.41).

De un modo más concreto, práctico y afín con los desarrollos de esta tesis, puntualizaremos las numerosas investigaciones que vinculan la **creatividad**, con la **actividad plástico-artística** y el **juego** (Piqueras, 1996; Romero y Alonso, 2007; De Valdenebro, 2009; Trigo, 2014; Nuere y Moreno, 2012; Garaigordobil, 2006; Abad, 2008; Párraga, 2012) debido, a que el arte y el juego son una unidad, como de forma lírica, defiende el reciente estudio de Gallastegui (2016:184):

<sup>39</sup> En el desarrollo de los **Factores Terapéuticos del Juego**, en éste mismo Capítulo, tendremos ocasión de presentar una detallada descripción de la **abreacción** (Punto 5.5.2.1).



“El proceso de fundir el arte y la vida se produce muchas veces en forma de juego, como una actitud lúdica que desacraliza estructuras estables, actúa hacia la materialización de nuevas realidades posibles y reinterpreta la propia realidad. El juego devuelve el arte al mundo ordinario o secular, enfrentándose a ciertos principios estructurantes de nuestra sociedad, como por ejemplo, la separación entre lo serio y lo lúdico, o entre trabajo y juego”.

De forma semejante, Guyou (1992) (citado por De Valdenebro, 2009), vuelve a hacer un paralelismo con la vida al unir estos conceptos, afirmando que:

“el arte no se limita a la vida (presentación) o a la figura (representación) sino que las junta a las dos para jugar, muchas veces con medios alegóricos- con el fondo mismo de su ser, para descubrirlo y orientarlo-.Este jugar es entonces una acción simultáneamente ‘distractiva’ y generadora, puesto que el hombre goza recomponiéndose, en contacto con él mismo y con el mundo que le rodea” (p.66).

Existen elementos comunes entre arte y juego ya que, como señala De Valdenebro (2009:65-66) “son actividades semejantes en sus raíces, (...) complementarias entre ellas” pues son cercanas en cuanto a principios, características y funciones, destacándonos lo siguiente:

“Las dos son medios de exploración, de posibilidad de invención, de capacidad de proyección de la vida interior hacia el mundo, de revelar un mundo y una cultura propios de quienes participan en la actividad, de propiciar el desarrollo intelectual. El arte y el juego tienen un carácter simbólico y semiótico, posibilitan un intercambio, entendido como comunicación. Otro aspecto que surge de esta relación concierne a la capacidad de reordenación del mundo. Los dos creen con certeza en su actividad, y en ese mundo – ficticio-: uno se convierte en obra con enorme satisfacción, el otro en satisfacción pura (...). La falta de un buen logro en la materialización de la idea del artista cuando crea, o el perder ante su contrincante en el juego, son derrotas comparables” (p.62).

Continúa a lo largo de su estudio, poniendo de manifiesto otras características comunes y defendiendo que, tanto el juego como el arte, son dos actividades fundamentales en la vida del ser humano, tanto es así que ambos son cultura, pues están presentes en todos los tiempos y civilizaciones adoptando, en cada una de ellas, sus formas y las características propias de la misma. Se generan por tradición y se “producen teniendo siempre como ejes la creatividad y la libertad” para ser auténticos, aunque requieran, al mismo tiempo, de unas reglas, estéticas, en el caso del arte, y normas de juego, en el caso de la actividad lúdica. Estas dos actividades están relacionadas con la espontaneidad, inspiración, creación, invención, manifestando que, juego y arte son una forma de expresión, trascienden de lo material pues, ambos, son un fin en sí mismos, no buscan el bien físico cuando se llevan a cabo. Los dos son simbólicos y. tienen un tiempo y un espacio propios, que se diferencian parcialmente de la vida cotidiana, incluso la actividad lúdica y la artística pueden modificarlos creando otros nuevos.





Prosigue puntualizando, que el juego es motor de la creación artística. Así, defiende que: “una de las características comunes y más importantes del juego y el arte es la capacidad que ellos tienen de estimular la creación” (p.66).

Además, tanto en su producción, en su elaboración como en su lectura, juego y arte se pueden nutrir mutuamente pues hay artistas que incluyen elementos lúdicos en sus obras como, por ejemplo, las ilusiones ópticas o las obras de los artistas surrealistas, y también algunas actividades lúdicas requieren, para llevarse a cabo, de recursos artísticos, como el uso de materiales o técnicas de dibujo, pintura, etc., incluso, arte y juego, tienen una similitud en sus funciones, pues ambos: estimulan la exploración, el descubrimiento; contribuyen al desarrollo del pensamiento, el lenguaje y otros medios de expresión; posibilitan la catarsis<sup>40</sup> y “el hacer”, siendo “dos actividades saludables, de evasión de la realidad cotidiana”, que facilitan el aprendizaje y generan conocimiento.

Y finaliza De Valdenebro (2009) defendiendo la hipótesis de que: “podemos llegar por los mecanismos del arte a jugar, a divertirnos, o podemos, a través del juego, crear y comprender el arte” (p.62), es decir, que “es posible hacer arte a partir del juego, de la misma manera que se puede jugar para llegar a comprender el arte” (p.68), destacando como cualidades importantes del arte y el juego que, “son mecanismos que estimulan la comunicación, facilitan la capacidad de expresión del individuo y son un vehículo para hacer y transformar” (p.67).

Especificaremos que esta unión “creatividad/actividad plástica-artística/proceso creador/juego”, tampoco es ajena a la resolución de problemas, como desarrollaremos con más amplitud en la exposición del factor terapéutico del juego denominado “Resolución creativa de problemas” (Punto 5.5.4.3), ya que en todo proceso creador, para ser tal, hace que la persona creativa experimente una (s) fase(s) de “resistencia”, la ya citada “tolerancia a la ambigüedad” (Matussek 1984), que es fruto de la incertidumbre que ocasiona, (por ejemplo, la novedad ante un material, una idea), el problema de creación, acompañado, en ocasiones, incluso por un vértigo generado por el sentimiento de “no sentirse capaz” de dar respuesta al hecho artístico. El juego y el disfrute mientras se trabaja, creativa o artísticamente, incluso el humor, como defendemos en nuestra tesis, serán dos buenos recursos para salvar esa dificultad, como lo apuntaban Murdock, y Ganim, (1993): “Durante la creación las personas, que están en ese proceso, pasan por una serie de etapas y pasos que involucran el humor de alguna manera. La experiencia/manifestación del humor se convierte en parte de este proceso creativo global” (p.58).

Fidel Moccio (citado por Andrusiewicz, 2008), refiere tres tipos de bloqueos de la creatividad que también se pueden dar en el juego: “los bloqueos perceptuales (no ver cuál es el problema), los bloqueos culturales (por obediencia a las reglas imperantes de conducta, de pensamiento y de acción) y los bloqueos emocionales (se reflejan bajo la forma de inseguridad, de temor al error).

---

<sup>40</sup> En el desarrollo de los **Factores Terapéuticos del Juego**, en éste mismo Capítulo, tendremos ocasión de presentar una detallada descripción de la **catarsis** (Punto 5.5.2.2).



Identificar el tipo de bloqueo que se presenta dará pautas sobre cómo poder ayudar al niño a superarlo” (p.3).

Otros estudios, además, asocian la creatividad, los materiales plásticos y el juego como recursos terapéuticos –pilar base de ésta tesis-, en concreto, en el ámbito hospitalario (Gutiérrez, Megías y Nuere, 2011; Pascale, 2015; Pascale y Avila, 2007; Granados, 2009).

En el libro “*Terapia de Juego centrada en el niño*”, que nos ofrece Janet (2000) se defiende, que los materiales plásticos y sus cualidades como las formas, el color, permiten al paciente expresarse con más facilidad que verbalmente, incluso considera que, un análisis de los resultados de la actividad creativa por parte del terapeuta, puede ayudar al niño a entender el proceso terapéutico, como iremos desarrollando en distintos puntos de la investigación. Janet (2000), consciente defensor de que el terapeuta de juego no critica, evalúa ni enseña al niño a dibujar, solo le deja libertad para expresarse, considerando válido lo que él represente a través de su obra, recoge en el libro, el valor terapéutico de cada una de las disciplinas artísticas y su influencia:

“Piaget e Inhelder (...), señalan que ‘los dibujos y el juego tienen un lugar especial en la vinculación de los dominios interno y externo’. (...) las pinturas y dibujos son muy útiles dentro del cuarto de juego (...). Es importante recordar que una pintura debe verse como una representación parcial del mundo del niño y necesita evaluarse en conjunto con lo que se conoce de él y otros aspectos del juego (...). Un medio útil para algunos pequeños, si no se encuentran demasiado reprimidos para intentarlo, es la pintura con dedos. Aquí hay un contacto directo con una sustancia que ensucia y que el terapeuta de juego acepta (...). Los colores, por supuesto, son importantes y poseen un lenguaje simbólico propio. Si se encuentra disponible un gran número de colores, o si los niños pueden hacer mezclas de los suyos, es interesante ver cuáles escogen. Pintar y dibujar no son necesariamente una práctica normal en todas las culturas. Se debe tener en cuenta que los temas no siempre tienen la misma importancia y relevancia, y pueden retratarse de manera diferente” (p.79).

“La arcilla tiene una calidad básica, elemental y puede utilizarse tanto en el juego desordenado como en la expresión simbólica compleja. Permite el trabajo tridimensional que puede moldearse y alterarse, teniendo por ello más flexibilidad y a veces más realismo que la pintura y el dibujo. Los niños pueden cambiar de opinión a medida que avanzan, así que con frecuencia sus manos, más que su cabeza, guían el camino. Los ‘errores’ se rectifican con facilidad o, en sí mismos, se convierten en el disparador de la expresión interna” (p.85).

Y De Borja (1994:56) hace una reflexión de las características materiales que debe de cumplir un juguete pensado para ser creativo: “...buen tacto material, fácil manipulación, variedad de posibilidades, facilidad de reutilización, excelente calidad de los materiales”.



### 5.3 APROXIMACIÓN AL BINOMIO JUEGO - SALUD

*Lo universal es el juego y corresponde a la salud: facilita el crecimiento y por lo tanto ésta última.*

Winnicott (1972:65)

En éste punto de la investigación, se pretende salir al encuentro de un excepcional y eficaz recurso: el juego, para descubrir y poner en valor, su gran potencial en múltiples ámbitos y, sobre todo, en entornos de déficit de salud y la positiva influencia que puede llegar a tener sobre ella.

El artículo 31 de la Convención sobre los Derechos del Niño, expresa que “los estados reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad (...)”, quedando así reconocido el juego como uno de los aspectos más importantes para el desarrollo físico, emocional y social en la vida del niño. El dibujante Francesco Tonucci, abordado en esta investigación, autor muy sensibilizado con los derechos del niño, los defendía gráficamente en una de sus ilustraciones, relativamente reciente:



Ilustración 5.03: Tonucci (2015). Sobre los derechos del niño en el Blog de su Asociación Pedagógica (<sup>41</sup>)

<sup>41</sup> Recuperado de: <http://www.creamundos.net/congreso/cici6/cici6/INICIO.html>





En los seres humanos el juego surge ya en la placenta, como indica Waserman (2008:186) “el bebé antes de nacer juega con el cordón umbilical (...). Los primeros auténticos lazos sociales del sujeto con el mundo, se hacen mediante el juego”. Como apunta Jiménez (2005:45), ya en el útero el niño juega, “no se trata de un juego social o reglado, es una forma de jugar con su cuerpo: con sus manos, con sus pies, con el movimiento de su cuerpo”.

Inicialmente ya podemos hablar de una “pedagogía lúdica desde el vientre” que influye o tiene una relación directa con el juego en el que participamos los adultos, como lo pone de manifiesto Jiménez (2005:35), al que volvemos a aludir:

“Los juegos que espontáneamente practicamos de niños, nuestra vida intelectual, emocional, afectiva y sexual están relacionadas con los ambientes intrauterinos. Los juegos como el columpio, los burros, los caballitos de madera, las mecedoras y todos aquellos que implican balanceo, de una u otra forma, lo que hacen es recrear y reproducir el movimiento natural del embrión y del feto dentro del vientre materno, En este sentido, muchos niños pequeños se sienten atraídos instintivamente por estos juegos. De igual manera, los adultos, juegan así dentro del agua, intentando recuperar su posición fetal, o se dejan arrastrar por las olas del mar en un ritual lúdico simbólico que reproduce la manera natural de la expulsión del feto a través del útero”.

El juego también está presente en los primeros meses de vida; en el momento de amamantar, es cuando se produce el reconocimiento de la madre, el descubrimiento del propio cuerpo a través del intercambio de miradas, el tacto, etc.

La actividad lúdica ha existido desde el comienzo de la humanidad, en toda época y cultura. El juego llena la mayor parte de la vida del niño siendo un elemento fundamental en la existencia.

De acuerdo con Parra-Esquivel (2010) y Russ (2003), el juego tiene una doble función: lúdica y terapéutica. Por un lado, sirve para empleo del tiempo libre, y por otro, “como instrumento que permitirá tener herramientas para el individuo (...) o un espacio que ofrezca a los niños posibilidades distintas ante situaciones difíciles” (Russ, 2003:75-77).

Existen múltiples y variadas investigaciones que demuestran el importante valor terapéutico del juego sobre las que se profundizará a lo largo de este capítulo (Axline, 1947; Alexander, Frohlich y Fusco, 2014; Françani, Zilioli, Silva, Sant’ana y Lima, 1998; Russ, 2003; Schaefer, 1999.).

En casos de enfermedad, trastornos, situaciones de riesgo o cualquier tipo de carencia personal, el juego, sin duda, actúa –como ya defendimos en el CAPITULO 4 para el Humor- como **adyuvante terapéutico** cumpliendo la importante función de gestionar, de manera espontánea, la transformación de las experiencias traumáticas y dolorosas, convirtiéndolas en otras más positivas y tolerables en cualquier etapa de la vida.



Cada vez son más numerosas, las iniciativas y proyectos que se llevan a cabo basadas en el valor terapéutico del juego en ámbitos sanitarios, educativos, sociales; desde esa perspectiva, creemos que es necesario dotar a los futuros profesionales del ámbito de la salud, de recursos lúdicos para favorecer el abordaje, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud, con especial mención al ámbito de la infancia, donde se convierte en herramienta fundamental en el contexto hospitalario. Aunque consideramos que esa dotación deberá de hacerse desde un marco oficial o institucional, en el Apartado 5.7 ampliaremos nuestra argumentación sobre el juego como instrumento y recurso de intervención en enfermería pediátrica.

En general, el presente capítulo, pretende fomentar el empleo del juego como técnica para el beneficio y mejora de la calidad de vida de la persona y sensibilizar sobre la importancia del uso del modelo lúdico para el desarrollo, el bienestar y la salud.

La artista Sofía León, al conocer la temática de la investigación, quiso dejar su gráfica visión del potencial saludable del juego obsequiándome con una de sus creaciones.

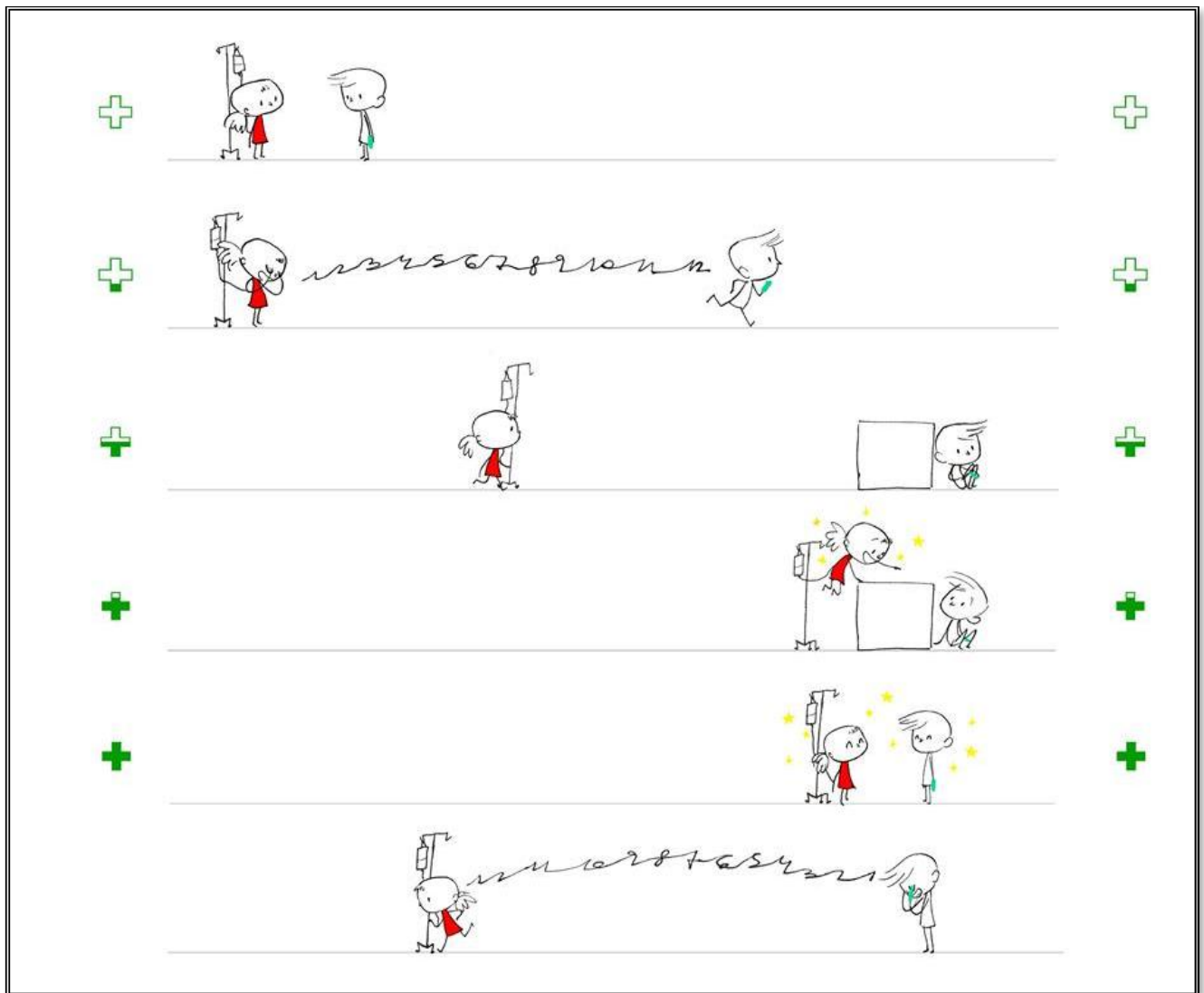


Ilustración 5.04: Sofía León (2015). "Efecto terapéutico del juego". (Original propiedad de la autora)



### 5.3.1. CONCEPTOS GENERALES

Es habitual comenzar una investigación sobre cualquier tema utilizando, como punto de partida, una definición consensuada sobre conceptos afines al mismo; en éste caso no es fácil como anticipa Sarlé (2001:45), “es difícil elaborar una definición de juego que englobe la multiplicidad de sus manifestaciones concretas”.

Jugar, proviene del latín *iocari* “hacer algo con alegría y con el sólo fin de entretenerse o divertirse”. Hay autores que basan su definición en el significado que le aporta al término su raíz etimológica. Así, Trigo (2014:155) entiende lo lúdico como “capacidad humana de gozar la vida en el aquí y el ahora, de una manera autónoma y constructiva para la persona”.

Una curiosa y reciente investigación sobre la concepción del juego infantil (Malajovich, 2009), pone en evidencia que la opinión de los expertos no difiere de la de los niños, tras llegar a la conclusión de que todos los menores participantes en su estudio coinciden en afirmar que: “lo que significa jugar, es divertirse” (p.258).

En la misma línea Michelet (1986:3) defiende que ha tenido “una larga tradición y a lo largo de los siglos donde se había generalizado, humanizado, adaptado e, incluso a veces, había aceptado el juego como un incentivo agradable”.

Otros autores introducen nuevos parámetros en sus definiciones, ampliando su significado. Así, uno de los más importantes investigadores sobre el juego, Huizinga (2007:45-46), lo define como:

“una acción u ocupación libre voluntaria, que se desarrolla dentro de unos límites temporales y espaciales determinados, según reglas absolutamente obligatorias, aunque libremente aceptadas, acción que tiene un fin en sí misma y va acompañada de un sentimiento de tensión y de alegría y de la conciencia “de ser otro modo” que en la vida corriente”.

En los años 80, el juego es definido desde su reconocimiento como medio de expresión de emociones y de resolución de conflictos (Harvey, 1980). Actualmente, hay autores (Lavega, Filella, Lagardera, Mateu, y Ochoa 2013; Parra-Esquivel, 2010; Serrada, 2007) que se aproximan al concepto desde una valoración similar.

Destacaremos, entre ellas, el planteamiento de Sheines (1985:15) que considera que: “el juego es una actividad gratuita, desligada de las ocupaciones y preocupaciones que constituyen lo que se llama la manera “realista” de encarar la vida, es donde lo más real se manifiesta”.

Schaefer y Drewes (2013:112) citan a Stuart Brown, el fundador del Instituto Nacional de Juego, que en 2010, da una definición sobre el juego similar a la de Huizinga (2007), complementándola, pues incorpora varias propiedades esenciales, defendiendo que el juego es por una actividad voluntaria, que responde a una motivación interna, aparentemente sin propósito, dirigida por el niño, inherentemente atractiva, imaginativa, que ofrece un potencial de improvisación, libre de



limitación de tiempo, que puede disminuir la conciencia del jugador de sí mismo, que tiene un potencial de improvisación, y con probabilidad de evocar un deseo de continuación.

Teniendo en cuenta estas definiciones, y en contraposición con lo que se pueda pensar a primera vista del término juego, o incluso de lo que su analizada etimología apunta sobre su significado, de acuerdo con Carvalho y García (1999) y Cibeiros y Oliveira (2010), el juego es, no sólo una distracción, vía de recreo o entretenimiento, es algo mucho más importante. En cualquier juego es una experiencia agradable que aporta bienestar, placer, satisfacción, alegría, ilusión y felicidad, pero no sólo este recurso propicia tan valiosas cualidades.

Desde la perspectiva de Whalley y Wong 1989 (citados por Furtado y Lima, 1999) afirman que “el juego es uno de los aspectos más importante en la vida de un niño y le añaden un valor más, pues lo consideran una de las herramientas más eficaces para reducir el estrés” (p.365). Con esta aportación, el juego se revaloriza adquiriendo mayor significación y potencial al tener relación directa con la salud; así, el juego es productor de bienestar y ¿qué es salud, sino bienestar?

De acuerdo con Gómez y Kalejman (2012:4), “entendemos el juego como un indicador de salud del niño (...) el juego corresponde a la salud”. En la misma línea, Lester y Russel (2011) consideran que “el juego es más que satisfacción; es esencial para el bienestar del niño y para la salud (p.VIII)”. En 1946, la OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”.

De nuevo, paradójicamente, los niños, a pesar de su sencillez pero gran audacia, vuelven a dar un significado de la salud bastante afín a las definiciones más académicas pues, según el estudio de Moreira y Dupas (2003:757), los niños definen y sienten que el juego: “es algo que proporciona libertad” ¿y qué es el juego sino una expresión de libertad? Para Brown (2010:18), el juego es “la esencia de la libertad”. Aunque refiriéndose a la experiencia de hospitalización, Murakami y Campos (2011:255) consideran que “la salud se relaciona con la libertad, produciendo bienestar durante la experiencia de la hospitalización” así, según Malajovick, (2009:259) “permite romper con el orden de la vida cotidiana” y en concreto, con experiencia de enfermedad/hospitalización, en la que el juego es aún más valorado.

“En los seres humanos, las actividades próximas al juego aparecen cuando existe la necesidad de compartir estados de ánimo extremos o inusuales y sentimientos muy profundos e íntimos (...) A partir de aquí se puede establecer el origen social del ser humano y, por tanto, su función terapéutica”. (Martínez y López, 2008:16).

Hay varios autores que defienden el valor curativo del juego. Éste es un importante elemento terapéutico, que según Gómez (2011:7) “por sí solo constituye una terapia”. Casi con las mismas palabras lo delimita Cañeque (1993:4-5), cuando aconseja que: “es bueno recordar siempre que el juego es, por sí mismo, una terapia... en él, y quizá sólo en él, el niño o el adulto están en libertad de ser creadores”.



Una de las claves terapéuticas de la actividad lúdica, como apunta Schaefer y Drewes (2013:12), es que “el juego es una oportunidad que se le da al niño a 'jugar' sus sentimientos y problemas (...) Erikson (1963) declaró que permitir que los niños jueguen sobre sus experiencias es la mejor modalidad de auto-sanación a disposición de los niños”, como indica Carrasco (2010) y antes habían anticipado autores como Axline (1983), Bradway y McCoard (1997), que apuestan por ese potencial autocurativo del juego.

Del mismo modo, Landreth (2002:194) explicó que “el proceso de juego proporciona la curación de las heridas, alivia las emociones, disuelve la tensión y da rienda suelta a los impulsos reprimidos hacia la autoexpresión”. Se aprovecha de esta manera, “la tendencia natural que muestran los niños para afrontar los traumas y los eventos externos por medio del juego” (Schaefer 2012:18). Por lo tanto, el juego tiene una notable indicación en la rehabilitación física, mental y social, puesto que puede influir en la recuperación, incluso en el caso de hospitalización haciéndola más alegre y menos traumatizante (Françani *et al.*, 1998); puede aliviar emociones negativas frecuentes, así como ayudar a “superar los sentimientos más dolorosos, la soledad y la añoranza puesto que es una forma de vivir” (Oliveira, 1993:330) e incluso reduce, mejora y palía patologías sencillas y cotidianas como la timidez. “Schaefer (1999) fue el primero en describir los poderes terapéuticos del juego. A partir de una revisión de la literatura, identificó 21 factores terapéuticos” (Schaefer, 2012:17) y que en el Apartado 5.5 se detallan y analizan.

Teniendo en cuenta la afinidad y repercusión del juego con la salud, varios autores no dudan en definirlo empleando metáforas sanitario-médicas bastante sugerentes y elocuentes que dejan patente su cualidad terapéutica, por lo que podemos referirnos al juego como “un recurso autocicatrizante en la infancia (...) que debe ser parte de la prescripción médica y de los recursos de la enfermería al ocupar un lugar destacado dentro de la promoción de la salud y la atención integral a los niños” (Lemos, Pereira, Andrade y Andrade, 2010:951).

Debido a su función catártica cumple también con otra más, la función de curación porque funciona como una “válvula de escape y reducción de la ansiedad del niño” (Kiche y Almeida, 2009:129), porque el niño expresa sus conflictos a través del juego dando lugar a “la forma más natural de auto-terapia”. (Erikson, 1963:222).

Otros autores que lo definen de forma peculiar son Terr y Aréchaga (2000:180) “el juego es un buen barómetro para medir la salud”, o Russ (2003:37) que lo refiere como: “El juego es una herramienta que se puede utilizar en la terapia para una variedad de propósitos (...) el concepto de juego en psicoterapia es un nombre poco apropiado, porque ya la mayoría de la psicoterapia con niños es una mezcla de juego y charla”.

Por lo visto hasta ahora, puntualizaremos que, en las distintas investigaciones encontradas sobre el valor terapéutico del juego, existen dos conceptos semejantes, que no se deben confundir porque tienen diferente significado.



Según varios autores (Martins, Ribeiro, Hirooka de Borba y Vieira da Silva, 2001; Cintra, Silva y Ribeiro, 2006) hay que hacer una distinción entre: **juego terapéutico** y el juego como terapia o **terapia de juego**. En las recientes investigaciones, comienza a aparecer otro concepto que, consideramos puede ser relevante: **ludoterapia**, aún poco utilizado y que, desde aquí, defendemos que sea más divulgado. Pasaremos a concretar las definiciones de dichos conceptos y, como hemos anticipado, basándonos en la opinión de significativos estudiosos del tema.

### 5.3.1.1. TERAPIA DE JUEGO

La Asociación para la Terapia de Juego (*Association for Play Therapy*)<sup>42</sup> la definió como “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos” (Association for Play Therapy, s.p.).

En su definición sobre la terapia de juego, Landreth (2002:16) la describe como:

”una relación interpersonal dinámica entre un niño (o una persona de cualquier edad) y un terapeuta entrenado en procedimientos de terapia de juego que proporciona materiales de juego seleccionados y facilita el desarrollo de una relación segura para que el paciente exprese y explore por completo el *self* (sentimientos, pensamientos, experiencias y conductas) a través del juego, que es el medio natural de comunicación del niño para el crecimiento y desarrollo óptimos”, en contraste con la definición, de carácter más actual, de Kottman (2014:3), que ya incluye la disciplina artística como recurso: “La terapia de juego es un enfoque para aconsejar a los niños pequeños en los que el terapeuta utiliza juguetes, elementos/recursos artísticos, juegos y otros medios de reproducción para comunicarse con los clientes que utilizan el ‘lenguaje’ de los niños-el lenguaje del juego”.

Schaefer y Drewes (2013) también relacionan la actividad lúdica con la expresión artística considerando esta última como una forma de juego: “El juego puede tomar muchas formas: el juego físico, el juego social, los juegos del lenguaje, el juego con objetos, el juego creativo, la expresión artística y el juego de aparentar son algunos ejemplos” (p.157).

En cuanto al perfil de los pacientes para llevar a cabo esta terapia Kottman (2014:16), afirma que: “La mayoría de los clientes de terapia de juego son los niños entre las edades de 3 y 11 años, dependiendo del nivel de desarrollo y habilidades de razonamiento abstracto-verbal del niño.

<sup>42</sup> Asociación para la Terapia de Juego: <http://www.a4pt.org/>





Esta gama se ha ampliado recientemente para incluir los lactantes y niños pequeños (Schaefer, Kelly-Zion, McCormick, y Ohnogi, 2008) y adolescentes (Crenshaw, 2008; Dripchak y Marvasti, 2004; Gallo-Lopez y Schaefer, 2005; Goh, Ang, y Tan, 2008; Karcher, 2002; Robertie, Weidenbenner, Barrett, y Poole, 2007; Shen, 2007; Shen y Armstrong, 2008)” y en una reciente investigación de Gaskill y Perry (2014:178), matizan el número aconsejado de sesiones y concluyen que: “varios estudios sugieren que el máximo grado del efecto (de la terapia de juego) se consigue después de 30-40 sesiones”.

Virginia Axline (1947), una de las primeras psicólogas que aplicó la terapia de juego con enfoque Cognitivo Conductual menciona, en la contraportada de su libro titulado: “*Ludoterapia. A dinâmica interior da criança*”, que la terapia de juego es: “una oportunidad vital que se ofrece al niño para que éste pueda expresar sus sentimientos y problemas, sus temores, su odio, soledad, sentimientos de fracaso y desadaptación, por medio del juego”. (en contraportada).

Estas definiciones ponen en evidencia el planteamiento de Schaefer (2012:4), quien afirma que: “la terapia de juego es una modalidad terapéutica con bases firmes en modelos teóricos”. Del mismo modo, Martins *et al.* (2001:77-78) puntualizan que:

“Cada sesión puede ser llevada a cabo por un psiquiatra, psicólogo o enfermera especialista, en un entorno bien controlado. Su objetivo es promover la comprensión de los niños de su propio comportamiento y sentimiento. El terapeuta debe reflejar las expresiones verbales y no verbales del niño e interpretarlas. Normalmente las sesiones de terapia son de una hora y pueden durar varios meses”.

Por lo tanto, la terapia de juego es un concepto que está basado en la tradición de la práctica psiquiátrica y es necesario, para llevarla a cabo, tener unas nociones concretas, ser especialista y aplicarla con un patrón y circunstancias determinados.

Como concluyen en su investigación Homeyer y Morrison (2008:223): “la terapia de juego es un campo dinámico y en crecimiento” y sobre la repercusión, el desarrollo y evolución de la terapia de juego, varios autores detallan cifras; así, Landreth, Ray y Bratton, (2009:282), afirman que: “la terapia del juego ha crecido en los últimos 100 años para incluir una variedad de enfoques teóricos. Las propiedades terapéuticas y de desarrollo de juegos para niños ayudan a sanar y lograr un crecimiento y desarrollo óptimos”. Sobre el aumento del número de especialistas, Donald, Culbreth, y Carter (2015:59), también detallan que: “El crecimiento en el campo de la terapia de juego se evidencia por el hecho de que la pertenencia a la APT (Asociación de terapia de Juego) ha aumentado constantemente desde 1998 (...) ha habido un aumento del 13,4% en los terapeutas de juego registrados, lo que indica que cada vez más personas están buscando la certificación en este campo”.



Kottman (2014) defiende que la terapia de juego puede ser muy significativa para los niños porque: “Jugar (...) es divertido, y la terapia de juego puede proporcionar a los niños una experiencia de reír y pasar un buen rato en un ambiente de aceptación. Debido a que un buen número de los niños que vienen a terapia de juego no han tenido la oportunidad de experimentar o expresar emociones positivas, el proceso de la terapia de juego puede ser una revelación para ellos” (p.8).

Aunque en el punto 5.7.1 detallaremos con más amplitud estudios sobre terapia de juego, especialmente en enfermería pediátrica, destacaremos aquí un estudio ilustrativo:

el interesante y recientísimo manual de “*Técnicas complementarias en cuidados de enfermería*” editado por la Universidad de Almería, en el que se incluye la Terapia de juego como terapia complementaria:

“La terapia del juego ha sido definida como el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimo” (López; Román y Cortés, 2017:87).

y unas líneas más adelante, dicho manual, concreta:

“(...) la inclusión del juego favorece el cambio terapéutico ya que él mismo se caracteriza por ser auténtico, favorecer la empatía y considerar a la persona de manera positiva. De este modo la terapia de juego se ha ido haciendo hueco en el ámbito sanitario, quizá más enfocada al campo de la psicología, pero ha ido adquiriendo un mayor valor como recurso potencial para establecer una adecuada relación con el paciente y favorecer la prestación de ayuda para el cambio terapéutico” (López; Román y Cortés, 2017:87).

A pesar de tener una fuerte base teórica, algunos autores en el siglo pasado, cuestionaban la utilidad clínica y la eficacia de las intervenciones de juego (Lebo, 1953; Reade, Hunter y McMillan, 1999).

### 5.3.1.2. JUEGO TERAPÉUTICO

Para abordar este concepto es obligado recordar la descripción que de él hacen Azevedo, Santos, Justino, Miranda y Simpson (2008:140):

“El juego terapéutico es el uso de la técnica que, a través del juego, permite la transferencia y expresión segura de los sentimientos, a los personajes del juego o incluso, al profesional. Los juguetes utilizados pueden servir como un canal la comunicación entre el niño y el profesional de salud que asiste”.



Terr y Aréchaga (2000:299) defienden que “el juego postraumático puede ser usado con eficacia de manera terapéutica”. Es una situación de juego que se puede utilizar por cualquier persona y profesional (enfermero, voluntario, familiar...). Como apuntan Martins *et al.* (2001) la sesión puede llevarse a cabo en una sala de juego, dormitorio, en cualquier otra zona adecuada, incluso durante la hospitalización del niño. Su objetivo es permitir a la persona que dirige el juego comprender los sentimientos y las necesidades del niño. Es importante que no se interpreten las actividades del niño y las sesiones deben durar 15-45 minutos.

Este concepto de juego terapéutico, se basa, fundamentalmente, en los beneficios del juego y no requiere de una preparación o formación específica en el campo de la psiquiatría para llevarse a cabo, como es el caso de la terapia de juego.

Dada su accesibilidad, el valor indudable del juego y el amplio aporte de su práctica sobre la salud, merece que esta cualidad innata del juego, quede enmarcada dentro de una disciplina que propicie su práctica de una forma reconocida, también desde otras áreas como la enfermería, educación social, etc. para proporcionar el bienestar lúdico también desde ellas.

De esta forma, se propone, para evitar la confusión de términos, que la práctica del juego terapéutico, desde cualquier área de conocimiento, se la conozca como Ludoterapia, como ya anticipábamos en el último párrafo del Punto 5.3.1, y que definiremos en el siguiente.

### 5.3.1.3. LUDOTERAPIA

Según Aguirre, Salazar, Ávila y Pérez (2012:28) “en el siglo XX la ludoterapia surgió como un campo independiente que se ha aplicado de manera exitosa, no sólo con niños, sino también con adolescentes y adultos”.

Ludoterapia es, posiblemente, el concepto que mejor sintetice el poder del juego y sea el más atractivo para denominar a esta *nueva* disciplina terapéutica. Quizá por ser un término que aún está emergiendo, en desarrollo y/o en proceso de expansión, es por lo que aún son pocas las investigaciones que lo utilizan y, cuando aparece, es usado indistintamente para referirse tanto al “valor terapéutico del juego”, como a la “terapia de juego”.

En otras investigaciones se usa este término literal que, traduciéndolo, se vería modificado por el de “terapia de juego” como ocurre en Axline (1947) y Ribeiro (1998). Urgilez, Almeida, León, Martínez, Ilaja (2015), emplean el concepto de manera similar a lo que se consideran “terapia de juego”, descrita anteriormente; otros lo utilizan desde el valor positivo del juego sin necesidad de circunscribirlo a terapia, como hace el concepto de juego terapéutico.



Es un término *moderno* que empieza a tomar su acepción actual, en definiciones como la de Gómez (2011:6): “la ludoterapia es un elemento bien importante para muchos tratamientos y, en ese sentido, en la medida en que el juego permite aflorar una gran cantidad de situaciones que angustian a los niños, va a servir en gran medida como terapia” y en la de Campos, Cordero, Rojas y Vargas, (2005:4) cuando afirman, que “la ludoterapia cura jugando, favorece la comunicación efectiva con los niños, establece sentimientos de empatía, desarrolla confianza y facilita la labor de enfermería”.

En algunos estudios se incluye la ludoterapia, entre otras terapias: el psicodrama, terapia psicomotriz etc., como una técnica indicada para la reeducación emocional durante la enfermedad, por lo que se podría considerar positiva para ayudar, como indica Ortiz (1999:8), a la “desintoxicación emocional (...) rentabilizar la enfermedad como una experiencia de crecimiento interior”, establecer vínculos con la familia, hacer partícipe al niño en su curación, promover su autonomía...

“Con la aplicación de la ludoterapia se pretende brindar información clara y sencilla que proporcione al paciente los elementos básicos para su cuidado, permitiéndole expresar con sus propias palabras los conceptos abstractos e identificar los signos de alarma que ponen en riesgo su salud” (Aguirre *et al.* 2012:30).

Volvemos a insistir con la utilización de éste término, ya que, hasta el momento, el uso del concepto ludoterapia en el ámbito de la investigación es escaso, ambiguo y poco exhaustivo, porque al contrastar un amplio número de artículos, en muy pocos se utiliza; además, en los que aparece figura con connotaciones, significado y valor diferentes en cada uno de los casos.

Es necesario que, desde la investigación, se mencione con más frecuencia este término y con un mayor rigor, de manera más *profesionalizante*. Es esperanzador que algunos recientes estudios (Arcos, 2013; Aguirre *et al.* 2012; Campos *et al.* 2005; Chadi y Correa, 2012; Eufrásio, Ribeiro, y Porto, 2015; Silva, Nascimento y Santos, 2010; Pedregosa, Monteiro, Lins, Pedrosa y Melo, 2007) incluyan el concepto Ludoterapia entre las palabras clave o el título, de su publicación, lo que supone un pequeño avance.

Concluiremos este apartado parafraseando a Aguirre *et al.* (2012) quienes se plantean la siguiente reflexión “¿Qué se juega al jugar a un juego?” y entre otras muchas cosas responde “... se juega la salud” (p.6-7) y, como apuntan Schaefer y Drewes (2013:20), “el juego puede ser un puente hacia la curación”.



### 5.3.2. POTENCIAL TERAPÉUTICO DEL JUEGO

En el ámbito asistencial, varios autores (García, 1999; Maganto y Cruz, 1997; Tripero, 1991) consideran que se puede utilizar el juego como un instrumento muy importante de conocimiento (diagnóstico-terapia), pues tiene la ventaja de que el niño, mientras juega, se expresa con total libertad sin darse cuenta de que está siendo sometido a una prueba médica, actuando con espontaneidad, abstrayéndose de la realidad que le rodea, que es ajena a la suya. Por este motivo, el juego sería un elemento eficaz para el diagnóstico, tratamiento y alivio de múltiples problemas. El poder benéfico del juego, posiblemente, podría tener su origen y, por tanto, fundamentarse, a partir de la propia idiosincrasia de lo lúdico, posibilitando dos casuísticas:

- Por un lado, el hecho de que, “el juego sea evaluado positivamente por parte del jugador, aún cuando no vaya acompañado de regocijo” (Garvey, 1985:14) realidad que se debe, como apuntan Romero y Alonso (2007:411), a que: “la esencia real del juego es el placer que proporciona”.
- En segundo lugar, y partiendo del primer motivo expuesto, el juego se percibe como una posibilidad de ganar, recuperar o construir algo positivo o bueno en algún momento de pérdida de salud, bienestar etc. En esta línea Aberastury (1968:13) recordaba que “Freud sostuvo que el niño juega (...) (también) para elaborar situaciones que le resultaron dolorosas o traumáticas”.

Por tanto, de acuerdo con Fontes, Mondini, Moraes, Bacheга y Maximino (2010), el juego es instrumento de mantenimiento y restauración de la salud.

La actividad lúdica posee una naturaleza y unas funciones complejas. A lo largo de la historia se han tratado de buscar características y/o funciones del juego para darle sentido y significado. Según Pitillas (2012) la pregunta de ¿qué es lo que hace que el juego tenga un valor terapéutico en sí mismo?, ha sido respondida de diversas formas por diferentes investigadores que interpretan el juego y tratan de justificar una funcionalidad del mismo; explicar el *por qué* y el *para qué* del juego.

Según (Nascimento *et al.*, 2011) estar menos pendiente de la enfermedad reduce el estado de malestar; lo lúdico consigue este cometido pues se ha descrito (Campos, 2005:5) que, en situaciones como la hospitalización, el juego se convierte en una herramienta terapéutica para el niño, pues minimiza sus niveles de estrés, disminuye la ansiedad, permite manejar mejor las preocupaciones y temores relacionados con la patología y los procedimientos, incluso hace la estancia hospitalaria y, por tanto el proceso de enfermedad, más agradable y feliz, menos traumático. Así, el juego, según Francani (2009), influye en la mejoría física y emocional a la vez que proporciona unas condiciones favorables para la recuperación. Al jugar, el niño reinventa su mundo, desde el que establece un puente con el hospital, un instrumento para hacer frente a la adversidad sobrevenida (da Silva Pedro, 2007).



El tema del juego y juguete como un recurso terapéutico dentro de la hospitalización, ha sido objeto de innumerables investigaciones. Alexander *et al.*, (2012) demuestra que, las formas libres y estructuradas de juego, son críticas en entornos terapéuticos con niños para promover las habilidades motoras, el procesamiento sensorial y capacidades perceptivas, desarrollo cognitivo y del lenguaje. También favorece la socialización de los pacientes (Carmen Llantá, 2012). El juego en el ambiente hospitalario, facilita (Jonas, Costa, Souza, Pinto, Morais y Duarte, 2013) la expresión de sentimientos, preferencias, miedos y hábitos; es un medio de comunicación entre la familia, paciente, institución y ayuda a establecer vínculos con el profesional de la salud.

Mediante un análisis de contenido temático Murakami (2011) comprobó que el estado emocional del niño, que puede estimularse a través del juego, influye en el resultado de su situación clínica, por lo que también acelerará su recuperación contribuyendo a disminuir el tiempo de estancia en el hospital y, en consecuencia, el coste de hospitalización (Soares, 2001; Mello, Goulart, Almeida, Moreira y Sperb, 2012). Además, el juego, en el caso de enfermedad oncológica, puede disminuir o eliminar los síntomas derivados de la quimioterapia, permitiendo la aceptación del tratamiento (Gomes, 2011) y adherencia al mismo (Ibañez, 2009), incluso puede mejorar el sistema inmunológico (Yonekura, 2010). Teniendo en cuenta estos datos, el juego actúa como canalizador de emociones y colabora activamente en la recuperación y acompañamiento de aquellos que se encuentran afectados por alguna enfermedad.

Li (2008) detalla estudios de casos concretos que han evidenciado los beneficios del juego terapéutico en niños hospitalizados, tales como la identificación de las necesidades psicosociales específicas de los pacientes de oncología pediátrica (O'Connor y Drennan, 2003); el establecimiento de la confianza entre los pacientes pediátricos y el personal de atención médica durante el proceso (Pan, Chiu, Shen, y Chen, 2004); minimizando comportamientos emocionales negativos en pacientes pediátricos cuando se someten al procedimiento de tomas de muestras de sangre (Ribeiro, Sabates, y Ribeiro, 2001). Estas investigaciones atestiguan la utilidad del juego terapéutico en un hospital.

Serrada (2007) afirma que los cuidados psicosociales a los niños hospitalizados cobran cada vez más importancia en los modelos de atención sanitaria integral. El juego aparece como un elemento fundamental de estos cuidados, tanto por su capacidad para promover un desarrollo equilibrado de los niños, como por las posibilidades terapéuticas que ofrece para mejorar la autoestima y la autoeficacia, aprender recursos de control y expresión emocional, o mejorar las relaciones entre los niños enfermos y su entorno.

La participación de los niños hospitalizados en las actividades que proporcionan al niño bienestar, confianza y evitan que el aburrimiento prolongado vaya entristeciendo al niño y acabe adoptando una actitud pasiva e indiferente ante lo que antes le causaba gozo y alegría; cumpliendo, por tanto, a la vez con las funciones recreativa, educativa y terapéutica (Palomo, 1995).





Como apuntan varios autores (Drewes y Schaefer 2010; Kaduson, Cangelosi, y Schaefer, 1997; Reddy, Files-Hall y Schaefer, 2005; Schaefer 2011; Scheafer 2012), ha sido en los últimos veinticinco años cuando los investigadores y especialistas pediátricos han indagado con mayor profundidad para encontrar las cualidades específicas de la conducta lúdica y del juego, tratando de identificar sus elementos específicos inherentes, que lo convierten en un recurso transformador y terapéutico.

Por este motivo, a lo largo de los años, se han ido generando listas de las propiedades terapéuticas de juego con resultados beneficiosos específicos para los pacientes. Kaduson, Cangelosi y Schaefer, (1997:IX) indican que fue Schaefer (1993) quien introdujo una taxonomía en la que expuso catorce "poderes terapéuticos" de juego que tienen funciones curativas.



## 5.4 CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO

Hasta aquí hemos hablado de las funciones de la actividad lúdica y analizado el potencial terapéutico del juego; a partir de ahora, y conscientes de su importante repercusión, vamos a tratar de los poderes terapéuticos, más conocidos como "factores terapéuticos" –de los que nos ocuparemos ampliamente en ésta investigación- o también llamados, como indica Schaefer (2011: capítulo 2, s.p.), "mecanismos de cambio", pues "son las fuerzas activas dentro del juego que ayudan a los clientes a superar sus dificultades psicosociales y lograr un desarrollo positivo".

En una investigación más actual (Schaefer y Drewes, 2013) consideran que se trata de una serie de agentes transformadores que favorecen la situación del paciente en distintas áreas: la autoexpresión, la regulación emocional, la capacidad de recuperación, la autoestima, y el manejo del estrés.

Unos años después de la primera clasificación de factores terapéuticos del juego, Schaefer (1999) a partir de una revisión de la literatura, amplió esa lista inicial e identificó 25 factores terapéuticos, que recoge también en su libro de 2012 "*Fundamentos de Terapia de Juego*". En los años sucesivos este autor ha ido actualizando y modificando esa lista; renombrando, ordenando, sintetizando esos factores, que en ocasiones a reagrupado por afinidad, dando lugar a distintas clasificaciones (Schaefer, 2001; Drewes y Schaefer, 2010; Schaefer 2011; Schaefer 2012; Schaefer y Drewes 2013; O'Connor, Schaefer y Braverman, 2015) y a que otros autores diseñaran relaciones o compilaciones similares: (Ray, 2011; Kottman 2014). El número de factores que contienen las distintas clasificaciones que hemos encontrado, es variable.

A continuación haremos un **estudio comparativo cronológico** de las clasificaciones más significativas encontradas **de factores terapéuticos** del juego a través de las publicaciones de los últimos 23 años, **desde 1993 hasta 2016**, en las Tablas 5.01 a 5.04, en las que se ha variado el orden de algunos factores respecto a las listas originales para establecer una comparación más clara de unas clasificaciones con otras.

Posteriormente, desarrollaremos cada uno de los 21 Factores Terapéuticos que ésta autora ha considerado más importantes y concincentes en mayor número de investigaciones (Tabla 5.04).

Por último (Sección 5.6) haremos una breve exposición de las investigaciones menos relevantes, argumentando los motivos que nos han llevado a apartarlas de la mayoría, o bien, como en el caso de Pitillas (2012), que en su estudio utiliza *las definiciones* de los "factores terapéuticos del juego" sin nombrarlos directamente como tales, y que la autora realiza un análisis conectivo entre lo que él llama *Usos o Niveles de la Terapia del Juego*, con lo que realmente son, a nuestro juicio, "Factores Terapéuticos del Juego" (Ilustración 5.06).



<b>ESTUDIO COMPARATIVO Y SÍNTESIS DE LOS FACTORES TERAPEUTICOS DEL JUEGO</b>		
<b>1993 - 2001</b>		
<b>Schaefer 1993</b> en Kaduson <i>et al.</i> , (1997: X)	<b>Schaefer 1999</b> pág. 8-12	<b>Schaefer 2001</b> pág. 66
<b>14 Factores</b>	<b>25 Factores</b>	<b>25 Factores</b>
		<b>I. COMUNICACIÓN</b> Autoexpresión/Autocomprensión
1. Comunicación	1. Autoexpresión	1. Consciente
	2. Acceso al inconsciente	2. Inconsciente
2. Enseñanza metafórica	3. Facilita el aprendizaje	3. Enseñanza directa
	4. Visión metafórica	4. Enseñanza Indirecta
		<b>II. REGULACIÓN EMOCIONAL</b>
3. Abreacción	5. Abreacción	5. Abreacción
4. Catarsis	6. Catarsis	6. Catarsis
5. Emociones Positivas	7. Sublimación	7. Sublimación
	8. Distracción	
6. Dominio temores de desarrollo	9. Contracondicionamiento	8. Cognitivo-conductual
		<b>III. MANEJO DEL ESTRÉS</b>
	10. Inoculación de estrés	9. Inoculación de estrés
	11. Salud Física	10. Manejo del estrés
7. Mejoría de la relación	12. Mejoría de la relación	<b>IV. MEJORA LA RELACIÓN</b>
8. Apego	13. Apego	11. Apego
	14. Empatía	12. Amistad entre compañeros
		13. Amistad entre adultos
9. Superación de la resistencia	15. Formación de alianzas	14. Alianzas
		<b>V. AUMENTO DEL EGO</b>
10. Competencia	16. Competencia	15. Competencia
	17. Control y poder	16. Poder/Control
	18. Autocontrol	17. Autocontrol
11. Fantasía/Visualización	19. Fantasía de compensación	18. Fantasía de compensación
	20. Prueba de realidad	19. Prueba de realidad
12. Pensamiento creativo	21. Resolución creativa de	20. Resoluc. creativa de problemas
		<b>VI. PREPARACION PARA LA VIDA</b>
13. Role Play		21. Role Play
	22. Ensayo del comportamiento	22. Ensayo del comportamiento
14. Game Play (Jugar)	23. Desarrollo acelerado	23. Crecimiento y desarrollo
	24. Sentido de sí mismo	
		<b>VII. 24. AUTO- ACTUALIZACIÓN</b>
	25. Juicio Moral	<b>VIII. 25. JUICIO MORAL</b>

Tabla 5.01 Comparativa de Factores Terapéuticos de 1993 a 2001 (Clasificación de la autora)



ESTUDIO COMPARATIVO Y SÍNTESIS DE LOS FACTORES TERAPEUTICOS DEL JUEGO 2010 - 2012	
Ray 2011 - Pág. 14-15	Drewes y Schaefer 2010 - Pág. 5-11 Schaefer 2012 - Pág. 16-22
6 Factores	21 Factores
1. Expresión simbólica	1. Autoexpresión
	2. Acceso al inconsciente
	3. Enseñanza directa o indirecta
2. Liberación de energía	4. Abreacción
3. Catarsis	5. Catarsis
	6. Sublimación
4. Diversión	7. Afecto positivo
	8. Contracondicionamiento del efecto negativo
	9. Inoculación de estrés
5. Desarrollo social	10. Apego y mejoría de la relación
	11. Empatía
	12. Construcción del <i>rapport</i>
	13. Competencia y autocontrol
6. Dominio	14. Poder y control
	15. Fantasía de compensación
	16. Prueba de realidad
	17. Solución creativa de problemas
	18. Ensayo conductual
	19. Desarrollo acelerado
	20. Sentido de sí mismo
	21. Juicio Moral

Tabla 5.02 Comparativa de Factores Terapéuticos de 2010 - 2012 (Clasificación de la autora)



ESTUDIO COMPARATIVO Y SÍNTESIS DE LOS FACTORES TERAPEUTICOS DEL JUEGO		
2013 - 2014		
Schaefer y Drewes 2013 Pág. 3-329 20 Factores		Kottman 2014 Pág. 4-14 19 Factores
<b>A. FACILITAN LA COMUNICACIÓN</b>		
1. Autoexpresión	Lenguaje natural Hablar en tercera persona Un "como si" o "no ser vida" Expresión de lo indescriptible Seguridad y facilidad expresión	1. Autoexpresión
2. Acceso al inconsciente		2. Acceso al inconsciente
3. Enseñanza directa	Captura atención Participación activa Consolidación de habilidades Aprendizaje por el ejemplo	3. Enseñanza directa o indirecta
4. Enseñanza Indirecta		
<b>B. FOMENTAN BIENESTAR PERSONAL</b>		
5. Abreacción		4. Abreacción
6. Catarsis		5. Catarsis
7. Emociones Positivas	Emocional. Psicológico cognitivo Salud física Conductuales y sociales	6. Sublimación 7. Emociones Positivas
8. Contracondicionamiento afecto negat. y temores		8. Control de los miedos y contracondicionamiento del afecto negativo
9. Inoculación de estrés		9. Inoculación de estrés
10. Manejo del estrés	Relajación Fantasía. Simulación Humor	
<b>C. MEJORA DE LAS RELACIONES SOCIALES</b>		
11. Apego		10. Apego 11. Construcción del <i>rapport</i> . Mejoría de la relación
12. Empatía	Aspectos afectivos (mimetismo) Aspectos	12. Empatía y toma de perspectiva
13. Relación terapéutica		
14. Competencia Social		13. Competencia y autocontrol 14. Poder y control
<b>D. AUMENTO DE FORTALEZAS PERSONALES</b>		
15. Autorregulación	Inhibición respuesta Memoria de trabajo Flexibilidad cognitiva	15. Fantasía de compensación
16. Resiliencia	Reduce ansiedad. Autoculpa. Resolución creativa de problemas. Favorece autoestima / apego. Desarrollo. Aprender a hacer.	16. Prueba de realidad
17. Resolución creativa de problemas	Comprensión. Emociones positivas. Pensamiento alternativo. Analizar consecuencias. Empatía	17. Resolución creativa de problemas
18. Desarrollo psicológico acelerado	Social. Emocional. Cognitivo. Cerebral. Alfabetización	
19. Autoestima	Seguridad en sí. Deseo de aprender. Retroalimentación positiva. Cooperación. Capacidad de riesgo. Asertividad. Sociabilidad	18. Sentido de sí mismo
20. Desarrollo Moral		19. Juicio Moral y Ensayo conductual

Tabla 5.03 Comparativa de Factores Terapéuticos de 2013 - 2014 (Clasificación de la autora)



ESTUDIO COMPARATIVO Y DESARROLLO DE LOS FACTORES TERAPEUTICOS DEL JUEGO		
Situación Actual		
O'Connor, Schaefer y Braverman 2015 (pág. 35/56)		Síntesis de la autora (2017)
20 Factores		21 Factores
		<b>I - FACILITAN LA COMUNICACIÓN</b>
1. Autoexpresión	Lenguaje natural, Hablar en tercera persona, Un "como si" o "no ser real", Indescriptible, Inmersión, Hacer mientras se habla	1- Autoexpresión
2. Acceso al inconsciente	Proyección, Desplazamiento, Simbolización, Sublimación, Fantasía de compensación	2- Acceso al inconsciente
3. Enseñanza directa	Captar atención Aportación sensorial Ambiente seguro/protector Participación activa Consolidación de habilidades Aprendizaje con el ejemplo	3- Enseñanza directa o indirecta
4. Enseñanza indirecta		
		<b>II - FOMENTAN LA REGULACIÓN Y EL BIENESTAR SOCIAL</b>
5. Abreación	Miniaturización de experiencias Control activo y del dominio Asimilación frag. por repetición	4. Abreación
6. Catarsis		5. Catarsis
7. Emociones positivas		6. Sublimación
8. Contracondicionamiento de los miedos		7. Emociones positivas / Afecto
9. Inoculación del estrés		8. Contracondicionamiento del afecto negativo y de los miedos
10. Manejo del estrés	Humor terapéutico Fantasía de compensación Juego adaptable de la muñeca Juego auto-relajante Escapar de la fantasía	9. Inoculación / Manejo del estrés
		<b>III - MEJORAN LAS RELACIONES SOCIALES</b>
11. Apego		10. Apego
		11. Mejora de la relación y competencia social
12. Empatía		12. Empatía
13. Relación terapéutica		13. Alianza Terapéutica o Construcción del Rapport
		14. Competencia
		<b>IV - AUMENTAN FORTALEZAS PERSONALES</b>
14. Autorregulación		15. Dominio/Poder y Autorregulación
		16. Fantasía de compensación
15. Resolución creativa de problemas		17. Resolución creativa de problemas y pensamiento creativo
16. Resiliencia	Creatividad resolución problemas Formación para lo inesperado Emociones Positivas y Humor	18. Resiliencia
17. Desarrollo psicológico acelerado		19. Desarrollo psicológico acelerado
18. Autoestima	Poder y control	20. Autoestima / Sentido de sí mismo
19. Sentido del Ser	Libertad, Imaginación. Pensamiento de proceso primario	
20. Desarrollo moral		21. Juicio moral

Tabla 5.04 Comparativa de Factores Terapéuticos de 2015 - 2017 (Clasificación de la autora)





## 5.5 DESARROLLO DE LOS FACTORES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO

A partir de las publicaciones analizadas hasta ahora y de la clasificación que los distintos estudios hacen de los Factores Terapéuticos del Juego que hemos presentado en las tablas de las páginas anteriores, según autores/años de publicación, procedemos en éste apartado a realizar una descripción comparativa de cómo han tratado los investigadores definición, nomenclatura y evolución de los factores terapéuticos del juego, para lo que hemos elaborado una síntesis de los 21 factores más significativos -y mayoritariamente utilizados por los citados investigadores- y que ha sintetizado la autora en la Tabla 5.04 (parte derecha), agrupándolos en cuatro apartados, según los **aspectos facilitadores o influencias** de los mismos, y que tratarán de dar respuesta al interrogante que proyectaba Schaefer (2001) y que, según él, se plantean y deben despejar actualmente los terapeutas del juego: ¿cuáles son los factores terapéuticos que producen el cambio deseado en la conducta del niño?.

### 5.5.1. - I - FACTORES TERAPÉUTICOS QUE FACILITAN LA COMUNICACIÓN

#### 5.5.1.1. AUTOEXPRESIÓN

Este factor terapéutico aparece en todas las clasificaciones que se han hecho sobre los poderes terapéuticos del juego, salvo en la primera (Schaefer, 1993), que figura de forma generalizada como “comunicación”. Otros autores (Kaduson, Cangelosi, y Schaefer, 1997; Reddy, Files-Hall & Schaefer, 2005) también destacan la comunicación como un poder del juego. Según Schaefer (1993, 1999, 2012), es posible que la comunicación sea el principal poder terapéutico abordado en las investigaciones quizá, porque como afirman O’Connor, Schaefer, Braveman (2015:38) “la capacidad de comunicarse es una de las herramientas más poderosas que poseemos”. Según Landreth (2002), citado por Kottman (2014:4) “esta capacidad de utilizar el juego como una forma natural de razonamiento y comunicación hace del jugar una modalidad apropiada para la intervención terapéutica con niños pequeños”.

Comenzaremos abordando este factor con una preciosa metáfora de Ginott (1960), citada en Schaefer y Drewes (2013:12), que afirma qué para los niños: “los juguetes son sus palabras, y el juego es su lengua”. El juego, como lenguaje y como forma de expresión, tiene una peculiaridad que unifica, pues, según O’Connor, *et al.* (2015:38), “es el más universal de todos los lenguajes”. En la misma línea y, a modo de recomendación, Ruth Hartley (1994), citada en Kaduson *et al.* (1997), realiza otra sugerente metáfora: “para leer el lenguaje del juego, hay que leer los corazones y la mente de los niños ” (p.IX) y es que, incluso como defiende Webb (1995:58), “hasta para los niños muy jóvenes enfermos terminales, siguen siendo niños y el juego sigue siendo su mayor vocabulario”.



Piaget (1951:166) defiende que el juego de fantasía "proporciona al niño un lenguaje vivo, dinámico indispensable para el individuo y la expresión de sus sentimientos subjetivos, para los que el lenguaje colectivo, por sí solo, es insuficiente".

Hasta tal punto tiene importancia este factor terapéutico que Schaefer y Drewes (2013:11) consideran que "la terapia no sucede sin la auto-expresión en juego".

Paradójicamente, un niño no puede jugar sin expresar. El juego es el medio más eficaz para que el niño exprese sus pensamientos y sentimientos, tanto conscientes como inconscientes. De acuerdo con Landreth, Homeyer y Morrison (1998:193-194), "cuando un niño juega, la plena expresión de sí mismo ocurre incluyendo experiencias pasadas, reacciones y sentimientos acerca de esas experiencias, y lo que el niño desea, quiere, y necesita".

Resumiendo las definiciones encontradas, podemos hacer la siguiente agrupación de las características del juego que **facilitan la autoexpresión**:

- **Lenguaje Natural**: De acuerdo con Axline (1947:9) "el juego es el lenguaje más natural del niño", es un medio más elocuente que las verbalizaciones del niño, pues la capacidad cognitivo-perceptiva, el lenguaje expresivo, su vocabulario y pensamiento abstracto, debido a la corta edad, son limitados. Esta idea también la defienden otros autores (Kaduson, Cangelosi y Schaefer 1997 y Reddy, Files-Hall y Schaefer, 2005) que consideran que los niños suelen expresarse mejor y comunicar sus sentimientos, pensamientos, de manera más fácil, a través de actividades lúdicas, que con palabras. En este sentido, Schaefer (1999:8) defendían que:

"los niños pequeños (de 2 a 10 años) a menudo tienen dificultades para expresar sus pensamientos y sentimientos conscientes a causa de su rudimentario vocabulario y su capacidad de pensamiento abstracto limitado. Por esto le resulta mucho más cómodo expresar sus estados internos a través del juego, actividades y materiales".

- **Hablar en tercera persona**: Los recursos lúdicos y la capacidad simbólica del juego permiten que el menor pueda expresar, a través de los juguetes, aquellas situaciones pensamientos, sentimientos que les resultan demasiado amenazantes, dolorosos para expresarlos de forma directa. Esto es posible porque como indican Schaefer (1999), Schaefer y Drewes (2013) y O'Connor *et al.*, (2015), tanto los juguetes como el propio juego, funcionan como símbolos que garantizan varios aspectos: la creación de un espacio seguro, una distancia de la realidad, una cierta distancia psicológica de los sentimientos dolorosos, el aumento en la confianza, la expresión de sentimientos, la



comprensión del conflicto o situaciones traumáticas, un mayor control, una autorregulación emocional sobre las experiencias y un menor efecto negativo de los pensamientos dañinos. Al mismo tiempo, como apunta Schaefer (2012:17): “a través de la expresión indirecta en el juego el niño puede obtener consciencia de sus afectos y recuerdos problemáticos e iniciar el proceso de curación”. Los recursos utilizados en el juego pueden ser variados como indica O'Connor *et al.*, (2015:39):

“A veces, no podemos expresar bien, adecuadamente, estados internos con palabras, pero podemos ser capaces de representar mejor con y a través de una de las artes creativas como el dibujo, la danza, o los juegos de creaciones”.

Estos juguetes y mecanismos (palabras, arte, juguetes, objetos...) sirven para que el niño proyecte sobre ellos su malestar y pueda superarlo.

- **Expresión simbólica**: Esta cualidad pone de manifiesto que el juego permite una simulación de los acontecimientos reales, que es posible gracias al carácter de ficción y fantasía del juego “que no está limitada por la realidad y permite a los niños representar su mundo y experiencias a través de símbolos o metáforas” (O'Connor, *et al.*, 2015:147). Así, en la misma línea, Kotman (2014:14), considera que los niños en el juego “cambian entre su verdadero yo y los papeles que deciden jugar”.

Es interesante que el niño cuente con objetos, por medio de los que simbolizar sus conflictos y representar sus fantasías, así lo ponen de manifiesto Paolicchi, Kohan, Colombres, Pennella, Maffezzoli, Abreu y Bosoer (2012:249):

“Al jugar, el niño deviene en agente creador de un nuevo orden, de un mundo que se teje por el apuntalamiento de fantasías en objetos de la realidad (Freud, 1907). Por lo tanto, una de las condiciones para desplegar esta producción simbólica, se centra en que pueda contar con un mundo de objetos que se presten a ser soporte de fantasías”.

En las distintas clasificaciones analizadas de los factores terapéuticos del juego, la cualidad de **expresión simbólica** ha recibido diferentes denominaciones: “*Role Play*” (Schaefer, 1993 y Schaefer 2001), “*Ensayo conductual o del comportamiento*” (Schaefer 1999 y Schaefer 2001; Drewes y Schaefer, 2010; Schaefer 2012). Kottman (2014) utiliza este nombre vinculándolo al de “*juicio moral*”, tratándolo como factor terapéutico independiente. También se le ha llamado “*Prueba de realidad*” (Schaefer, 1999; Schaefer, 2001; Drewes y Schaefer 2010; Schaefer 2012; Kottman, 2014), “*un como si*” que “*no es real*” (Schaefer y Drewes 2013 y O'Connor *et al.*, 2015) y, la que considero más adecuada, “*Expresión simbólica*” (Ray, 2011).



Nos llama la atención que, a pesar de ser conceptos sinónimos, sea frecuente que, en varias de las clasificaciones (Schaefer, 1999; Schaefer, 2001; Drewes y Schaefer 2010; Schaefer 2012), se mencionen, en una misma lista, dos de estos conceptos como factores terapéuticos independientes, hecho que podría considerarse una reiteración, más aún, cuando se citan de forma diferenciada. Podría existir otra paradoja en estas clasificaciones, al comprobar que dichos términos, aún siendo concomitantes al concepto de autoexpresión, no se vinculan a ella, salvo en las listas más actuales de factores terapéuticos (Schaefer y Drewes 2013 y O'Connor *et al.*, 2015). En éstas últimas, sí aparece una relación directa, pues indican que la autoexpresión favorece, entre otros aspectos, la cualidad de ser un “*como si*” que “*no es real*” que ya menciona, del mismo modo, Huizinga (2007:27):

“El juego, en su aspecto formal, es una acción libre ejecutada “*como si*” y sentida como situada fuera de la vida corriente, pero a pesar de todo puede absorber por completo al jugador”.

La expresión simbólica que propicia el juego es terapéutica por varios motivos. De acuerdo con Ray (2011), el niño a través del juego, creando situaciones o partir de otros recursos lúdicos, puede representar y significar ambientes que le permitan expresar emociones y/o construir habilidades de afrontamiento. Además, el niño puede practicar comportamientos socialmente más aceptables, repitiéndolos posteriormente para afianzarlos y dominarlos, gracias al previo trabajo de modelado de conducta, por parte el terapeuta, en un entorno y espacio seguro de juego (Schaefer, 1999; Drewes y Schaefer 2010; Schaefer 2012) y “pueden disfrutar de la libertad que ofrece el juego de fingir y probar ideas y sentimientos para ver si encajan” (Schaefer y Drewes (2013:13). Es decir, a través de muñecos, objetos o materiales concretos, experimentar, ensayar y/o practicar, de forma imaginada, en un ambiente seguro, cómo funcionarían y qué repercusión tendrían, en la vida real, sus sentimientos, fantasías, pensamientos, comportamientos..., que no puede o no se atreve a mostrar, hacer o verbalizar en su día a día. De igual manera, pueden probar otros modos de ser, como indica Cattanach (2008:36) “a través de juego podemos imaginar otras posibilidades y formas de ser”.

De este modo, Schaefer y Drewes (2013), indican otros beneficios de la expresión simbólica del juego:

“El jugador puede obtener el dominio sobre los recuerdos aterradores por tener la posibilidad a través del juego de que los eventos significativos suceden a un personaje de juego en lugar de a él. El “*como si*”, cualidad del juego, permite la dualidad de que algo es real y no real, al mismo tiempo, permitiendo que el niño saque partido del distanciamiento emocional y le aporte la seguridad que puede obtenerse de la utilización de símbolos y metáforas (...) La paradoja del pretender



"como si", cualidad del juego, facilita al jugador para estar más cerca del evento real, de los pensamientos y emociones bloqueadas" (p.86-87).

"...La cualidad del "como si", de aparentar, también puede ayudar en la integración en la memoria de una fantasía positiva con el fin de mejorar el cambio positivo y producir una memoria menos perturbadora emocionalmente" (p.88).

Este juego de simulación que propicia la expresión simbólica, y que se ha analizado en este apartado también es conocido, según O'Connor *et al.*, (2015), como juego imaginativo, juego simbólico, juego de simulación o juego dramático. Según Schaefer (2012:115-116):

"en el juego de simulación es "como si" fuera real pero los niños pueden proyectar sentimientos en los muñecos (...) o en cualquier cosa con la que estén jugando, y tienen el control del resultado".

Como indican otras investigaciones (Schaefer 1999; Drewes y Schaefer 2010; Schaefer 2012 y Kottman, 2014) el juego de simulación favorece y estimula en los niños la capacidad de discriminar entre realidad y fantasía. En el ámbito terapéutico "este tipo de juego ofrece oportunidades de exposición (velocidad y tiempo de exposición al conflicto) y desensibilización gradual" (O'Connor, *et al.* 2015:147) favoreciendo que el niño recupere el control, desarrolle una auto-regulación, habilidad de resolución creativa de problemas y reduzca su estrés.

- **Garantiza la facilidad de expresión:** Esta característica sólo se especifica, de forma independiente y literal, en una de las clasificaciones que se han encontrado de factores del juego (Schaefer y Drewes, 2013). Dada la importancia de esta característica, resulta llamativo que en la clasificación más actual (O'Connor *et al.*, 2015) no aparezca, sobreentendiéndose dentro de otra característica. Schaefer y Drewes (2013:16) defienden que: "un objetivo fundamental de la terapia de juego es dar a los niños la oportunidad de expresarse". Para conseguirlo, el juego ofrece un espacio seguro que el terapeuta debe propiciar para que el niño se sienta relajado y con confianza para expresar sus sentimientos. La implicación del niño en el juego, su concentración lúdica y la consecuente distracción durante el juego, facilitan que el menor verbalice y exprese sus preocupaciones, deseos, heridas, con más facilidad, incluso, con más naturalidad y menor dramatismo, porque de acuerdo con Ray (2011:14), en la actividad lúdica el juego "el niño ya no está limitado por la realidad y se pueden crear escenas para el expresión de la emoción o de construcción de habilidades de afrontamiento".



- **Expresión de lo indescriptible**: Característica mencionada como tal, únicamente por O'Connor *et al.*, (2015) y como describen Schaefer y Drewes (2013:13): “a menudo, hay experiencias en la vida que son demasiado complicadas o difíciles de poner en palabras (...) en ellas, el juego permite la expresión de lo inefable”. De este modo, los niños toman conciencia de los conflictos, de las situaciones dolorosas y/o amenazantes, distanciándose de ellos, en un entorno de disfrute facilitador del proceso de curación. Por eso, y de acuerdo con Axline (1947), el juego es un elemento clave en la comunicación de los niños, incluso hay investigaciones (Terr, 1990 citado Schaefer y Drewes, 2013:13), que consideran, que “los niños traumatizados expresan emociones y experiencias más profundas y que los niños que no habían experimentado un trauma”.
  
- **Absorción**: Esta característica, de forma independiente, también sólo se especifica en la clasificación más actual de O'Connor *et al.*, (2015:40), quienes defienden que “la intensa implicación afectiva del niño durante el juego permite la superación de la autoconciencia”. La cualidad divertida y distractora del juego hace posible que el niño centre toda su atención en él, como refieren Schaefer y Drewes (2013:13), que:
 

“a menudo los niños están absortos en su juego y, como resultado, más propensos a expresar inadvertidamente cosas que normalmente no harían. En el ambiente seguro y agradable de la sala de juegos, los niños son propensos a bajar la guardia y revelar su yo interior”.
  
- **Hacer mientras se habla**: Puesto que el juego es una actividad divertida, distraída y placentera que proporciona un ambiente seguro y relajante, genera unas circunstancias que permiten al niño relativizar los problemas, abordarlos con menos “seriedad” y “conflicto” y expresarlos con mayor facilidad, al mismo tiempo que juegan, además de expresarse a través de él. Así, de acuerdo con O'Connor *et al.*, (2015:40) “hacer algo como el juego, permite y facilita al niño hablar”. Esta característica como tal, sólo se menciona en la clasificación más reciente O'Connor *et al.*, (2015), aunque en otras, (Schaefer, 2012), se hace alusión a su contenido.

Schaefer y Drewes (2013:16-21) destacan cuatro aspectos clave que permiten que los niños se sientan lo suficientemente seguros y que la autoexpresión pueda darse en la terapia, son:

1. **Expectativas del terapeuta**: (sobre los niños y el proceso terapéutico). Para generarlas, es necesario que el terapeuta tenga en cuenta los siguientes aspectos:



- a) **Obtener información del paciente:** a través de los familiares, cuidadores, maestros, etc. por medio de entrevistas con los cuidadores y la observación minuciosa, atenta y delicada del niño durante la terapia. El terapeuta debe de ser consciente, y tener en cuenta, en dicha observación, incluso en el desarrollo de las sesiones, la influencia que tiene en ellas la reactividad psicológica del paciente, es decir, la idea y actitud frecuente en los niños de complacer a los adultos a los que van a tratar de ofrecerles lo que el terapeuta quiere de ellos. Este efecto es muy parecido al *Efecto Pigmalión*<sup>43</sup> en el ámbito educativo.
- b) **Las consideraciones culturales:** ya que, lo que los niños expresan durante el juego, muestra su visión del mundo y la actividad lúdica es un reflejo de lo que observan en su entorno, incluso, lo que consideran de él y de sí mismos. Por eso, el terapeuta de juego debe fomentar en los menores, la construcción de su sensibilidad ayudándoles a que identifiquen sus prejuicios, sus propias limitaciones para garantizar la autoexpresión. Por último el terapeuta debe desarrollar en el paciente la competencia activa y la responsabilidad que favorezca que el niño ponga en práctica, con su conducta, su conocimientos y aprendizajes.
- c) **Temas:** el terapeuta debe de estar atento en cada sesión, a los temas que afloran durante el juego y a los sentimientos que los niños experimentan, dándoles, al mismo tiempo, libertad y teniendo paciencia para que afloren, porque a través de ellos, los niños van a dar sentido a sus experiencias y circunstancias. En la terapia, suele ser frecuente la repetición de los temas durante el juego, por lo que el terapeuta debe de ser paciente, ya que “ésta expresión repetitiva es necesaria para que los niños se curen” (Shaefer y Drewes, 2013:18)

2. **Condiciones básicas:** Rogers (2007:241) establece seis condiciones necesarias en la terapia para que se produzca un cambio. Otros investigadores, (Ray, 2011; Schaefer y Drewes, 2013), consideran que estas condiciones son importantes y valiosas en la relación terapéutica; partiendo de las de Rogers (2007), y completándolas con las reflexiones de Ray, 2011; Schaefer y Drewes, (2013), se puede decir que estas condiciones básicas son:

- a) Paciente y terapeuta deben estar en contacto psicológico: como especifica Ray (2011), ambos deben estar en sintonía y permitirse mutuamente compartir.
- b) El cliente se encuentra en un estado de incongruencia o vulnerabilidad: Según Ray (2011), el terapeuta debe saber evaluar correctamente al niño pues, a veces,

<sup>43</sup> En pedagogía y psicología, creencia de poder influir en el rendimiento de otra persona





los terapeutas cometen errores al considerar problemático el comportamiento de un niño que, simplemente, es una forma específica que tiene el paciente de afrontamiento de la realidad. El terapeuta debe ser sensible. Al respecto, recordaremos recordar el acertado tratamiento que se le dio a Gillian Lynne, a la que hace alusión Ken Robinson (2006)<sup>44</sup> en su Conferencia TED “*Las escuelas matan la creatividad*”, que en lugar de ser diagnosticada de TDAH o internada en un psiquiátrico, fue enviada a una academia de baile que le permitió llegar a ser una importante coreógrafa.

- c) El terapeuta tiene una relación congruente considerada positiva
- d) El terapeuta experimenta una consideración positiva incondicional para con el cliente.
- e) El terapeuta experimenta empatía por el cliente, comprende su perspectiva interna y se comunica empáticamente con él. Así el terapeuta ha de tener una actitud paciente y de confianza.
- f) El paciente acepta y recibe la consideración positiva incondicional y la empatía del terapeuta.

3. **Respuestas facilitadoras:** proporcionadas por el terapeuta. Es frecuente que en el lenguaje de los ambientes clínicos, sanitarios y hospitalarios se utilice una terminología ajena y difícil para el niño. De alguna manera, el juego puede ser un recurso que permita equiparar esta desigualdad. De acuerdo con Kottman (2014:4-5):

“(...) la disposición del terapeuta y la capacidad de “hablar” en el lenguaje del niño, pueden transmitir (...); observar cómo juega el niño, lo que los juguetes que él o ella elija, y cuando él o ella pasa de una actividad a otra, el terapeuta puede recibir mensajes multifacéticos del niño”.

Según Schaefer y Drewes (2013), las respuestas facilitadoras pueden ser de varios tipos: reflejo/aclaración de las sensaciones y contenido, estímulo y ajuste de límites. A continuación detallamos cada una de ellas:

- a) Facilita/promueve la aclaración de sensaciones: el terapeuta debe facilitar que el paciente reflexione y tome conciencia sobre los sentimientos y acciones. Debe ayudar al niño a nombrarlos, analizando el contenido de la sesión, que él mismo debe validar y evaluar con mucha precaución a través del uso del lenguaje, preferentemente cercano, sencillo, empático, estimulante. Según Schaefer y Drewes (2013:19), el terapeuta también:

<sup>44</sup> “*Las escuelas matan la creatividad*”: <https://www.youtube.com/watch?v=dVsWOpHBODA>



“puede ser integral al permitir que el niño se sienta lo suficientemente seguro para expresarse (...) que el terapeuta comunique al cliente lo que éste está sintiendo y haciendo, puede ser un puente hacia la curación”.

- b) Estimulación: no debe confundirse con la alabanza, que sólo se centra en el resultado final, y podría conllevar a una predisposición del niño a hacer determinadas cosas, dar ciertas respuestas o actuar con comportamientos, que suponga “correctos” o esperados por el terapeuta; por el contrario, consiste en captar la atención del paciente y reforzarlo durante el juego, reconociéndole el esfuerzo que están haciendo.
- c) Fijación de límites: no se trata de dar al niño una serie de normas que debe seguir o cumplir; o de detener su comportamiento si es negativo, algo que resultaría perjudicial, porque limitaría la expresión del niño, sino que hay, también, que motivarlo y reforzarlo cuando sea preciso. Por lo tanto, el valor de este tipo de respuesta reside más bien, en ser una forma de mantener la seguridad del niño en los entornos, espacios y tiempos de juego. Así, el paciente percibe que el terapeuta respeta sus decisiones para hacer o decir, le permite ejercer su autocontrol y la sesión adquiere, a través de estos límites, una estructura y un marco de seguridad/confianza.

Todo esto le permite al menor expresarse y sentir que el terapeuta está de su parte, que lo apoya, lo atiende y entiende plenamente, favoreciendo que se exprese y muestre su mundo interior, al mismo tiempo que comprende el trasfondo de lo que está diciendo, sintiendo, viviendo, en definitiva, le da sentido a lo que le ocurre, que es esencial para poder superarlo.

4. **Espacio físico:** El espacio de juego es un espacio de expresión libre y un lugar de confianza donde el niño siente que puede comunicarse espontáneamente porque allí se desprende de los temores con los que suele vivir. Por eso debe ser un espacio muy cuidado en todos sus aspectos:

- a) La habitación: para preparar la habitación ha de tenerse en cuenta que la distribución y los juguetes siempre han de ser los mismos y los elementos, colocados de forma coherente; también deben de estar en la misma posición en todas las sesiones. Esto garantiza que el niño tenga una menor distracción y vaya adquiriendo progresivamente el control del espacio, en definitiva, que se exprese con mayor facilidad.



- b) Los juguetes: son un recurso muy importante al que los niños se van a conectar emocionalmente de manera muy fuerte. Son instrumentos que según Schaefer (2012:211): “tienen una relación literal con el trauma único de cada niño”.

Por los motivos ya expuestos anteriormente, los juguetes deben de ser los mismos y tener un lugar fijo asignado. Tienen que encontrarse siempre en buenas condiciones de limpieza y estado, para captar la atención del niño y no limitar su expresión, por eso es recomendable que se sustituyan por otros iguales y/o se limpien cuando sea preciso. Es importante que los juegos y juguetes sean variados, tanto en la sala y como durante una propuesta de juego, aunque los niños pueden usar los mismos, si así lo desean. Deben de representar la identidad y los diferentes rasgos socioculturales del niño: tono de la piel, las capacidades físicas, vestido y tamaño, porque de acuerdo con Schaefer y Drewes (2013:21), “si los niños no ven su entorno representado en los juguetes, pueden surgir sentimientos negativos o no sentirse apreciados”. Se debe procurar que no existan distracciones y que el niño perciba una garantía de confidencialidad, privacidad y calidez. Todas estas peculiaridades de los juguetes garantizarán y aumentarán la motivación del paciente y facilitarán su expresión.

Existe una diferencia entre la forma de expresión de los niños sanos y los niños traumatizados. En un reciente estudio (Meyers, Bratton, Hagen, y Findling, 2011) confirman que existe una clara diferencia en la forma de expresarse en el juego, en función de la historia personal de los niños, al mismo tiempo que reitera y confirma que los expertos en traumatología han comprobado que los niños traumatizados juegan de manera diferente que los niños no traumatizados.

Estas diferencias se denominan juego postraumático e incluyen las conductas de juego intenso, juego repetitivo, jugar e interrumpir, juego de evitación y el afecto negativo.



La investigación de Terr (1981), ha estudiado los comportamientos y temas de juego de 12 niños y 1 adulto traumatizados, que participaron en sesiones de terapia de 3 a 4 horas. Como resultado de esta investigación, Terr identificó, de forma pionera once modos característicos que tienen los niños de expresarse en el juego traumático y que se especifican a continuación:

<b>EXPRESIÓN DEL NIÑO TRAUMATIZADO A TRAVÉS DEL JUEGO CARACTERÍSTICAS DEL JUEGO POSTRAUMÁTICO (Según el estudio pionero de Terr, 1981)</b>	
<b>1. Repetición compulsiva</b> del tipo de juego, hasta que sus padres, cuidadores o maestros los detienen.	<b>7. Variabilidad del tiempo de desarrollo del juego postraumático</b> después del suceso que provoca el trauma. El estado de shock en el que se encuentra el niño después del trauma puede hacer que el juego postraumático, no desvele las características o detalles del evento estresante, hasta pasado un tiempo.
<b>2. Relación inconsciente del juego con el evento traumático</b>	<b>8. Capacidad de involucrar a los niños no traumatizados.</b> Debido a la enorme reserva de ansiedad que se esconde detrás del trauma, el juego puede atraer a los jóvenes no traumatizados.
<b>3. Puede ser peligroso.</b> El juego postraumático, debido al componente de miedo, rabia, ansiedad y otras emociones fuertes negativas que experimenta el niño, provocadas por el trauma y que necesitan ser compartidas por el paciente, el juego se vuelve intenso. Por eso, el niño durante la actividad lúdica, puede gritar, romper cosas, hacerse daño, etc.	
<b>4. Literalidad del juego.</b> El juego de los jóvenes traumatizados es mucho menos elaborado que el de los niños no traumatizados que es más imaginativo.	<b>9. Contagio de miedo a nuevas generaciones</b>
<b>5. El juego no alivia la ansiedad</b> ni los síntomas del trauma, incluso, pueden empeorar.	<b>10. Habilidad para hablar con modos alternativos de juego.</b>
<b>6. Ampliación de la gama de jugadores.</b> El niño traumatizado admite jugar con niños de distintas edades, sobre todo, con los más pequeños. Esto puede deberse a que el trauma provoca una regresión a formas de juego anteriores.	<b>11. Rastreo del juego post-traumático a un trauma anterior</b>

Tabla 5.05 Expresión del juego postraumático a partir de Terr (1981:744-754) (Síntesis de la autora)



Como síntesis de este apartado, destacaremos el valor de la autoexpresión, partiendo del argumento de O'Connor *et al.*, (2015:39):

“La auto-expresión es terapéutica porque promueve una mayor conciencia de los propios pensamientos, sentimientos y conflictos perturbadores; permite la validación y la normalización de los pensamientos y sentimientos, así como la corrección de las creencias erróneas; y se fortalece el sentido de sí mismo”.

para finalizar el análisis de este primer factor terapéutico señalar a Schaefer y Drewes (2013) que, a través de una pregunta reflexiva sobre él, se dan respuesta, que vinculamos a una de las claves de esta Tesis: la búsqueda de la terapia que aumente el bienestar, al afirmar: “¿Por qué es terapéutica la autoexpresión? La mayoría estaría de acuerdo en que la auto-expresión es fundamental para nuestra felicidad como seres humanos” (p.11).

#### 5.5.1.2. ACCESO AL INCONSCIENTE

Este factor terapéutico del juego es reconocido por todas las clasificaciones encontradas excepto por dos: Schaefer (1993) y Ray (2011). Enlazando con el factor terapéutico anterior ya que, de alguna manera mantiene presente la expresión, y antes de entrar de lleno en la su descripción, recordaremos la puntualización que hacen O'Connor y Schaefer (1997:114):

“Es importante entender que la comunicación por medio del juego se realiza en dos niveles: uno es el nivel consciente en el que el niño recrea eventos, pensamientos, sentimientos (...) pero que no puede expresar en palabras debido, quizá, a lo limitado de su vocabulario. (...) En el otro nivel, los niños usan el juego para expresar sus conflictos inconscientes; quizá ni estén al tanto de todo a nivel verbal, pero por medio del juego expresan emociones que posiblemente desconocían por completo”.

Schaefer y Drewes (2013:28) defienden que “en el trabajo terapéutico, el papel del juego en el acceso al inconsciente es crítico en la recuperación del trauma”. Como indica Pitillas (2012:155) “el niño registra los “ataques” del tratamiento y de la enfermedad en términos de un sentimiento inconsciente de culpa”. Partiendo de varias investigaciones (Kottman, 2014; Schaefer, 1999; Schaefer, 2012 y O'Connor *et al.*, 2015), podemos afirmar que en la terapia de juego se seleccionan y escogen, de forma específica, los juguetes y materiales, como estímulos neutros, teniendo en cuenta sus características terapéuticas porque, a través de ellos, y la ayuda e interpretaciones del terapeuta, se favorece un ambiente seguro, en el que el niño convierte el material inconsciente e inaceptable, en percepciones conscientes admitidas. En la misma línea Schaefer y Drewes (2013:27-28) consideran que:



“La terapia del juego permite la reelaboración de estas respuestas emocionales y recuerdos, a menudo asociados con los traumas, que no estaban en el momento del evento a disposición de la conciencia o expresión del lenguaje. (...) Desde los 26 meses a los 12 años los símbolos lúdicos que aparecen en el juego de los niños durante este rango de edad, son una fuente rica de información acerca de las motivaciones inconscientes durante la sesión de juego terapéutico”.

Según Lapierre (2008:42) “el juego funciona como una metáfora del inconsciente porque puede llevar al individuo a las etapas más primarias para, posteriormente, a través de análisis, reestructurar su personalidad”. En este sentido, Pitillas (2012) recuerda que:

“La tradición psicodinámica, primera en hacer uso del juego en la psicoterapia del niño, nos informa del potencial que tiene el juego para revelar conflictos inconscientes, expresar las ansiedades habituales de la infancia, o desmontar mecanismos de defensa de carácter patológico (Erikson, 1950; Terr, 1990, 2008; Winnicott, 1980) (...) Una tradición preocupada por la repetida elaboración de los conflictos inconscientes, la cual apunta a la resolución de dichos conflictos y a un funcionamiento psicológico más integrado” (p.149-150).

“...El terapeuta realiza interpretaciones que sirven al niño para ir reconociendo y elaborando estos contenidos mentales inconscientes. Las interpretaciones se formulan frecuentemente “dentro de la metáfora” (Esman, 1983), en un formato semejante a aquel en que el niño transmite su información, es decir: mediante el lenguaje del juego o la historia que el niño desarrolla. El juego terapéutico, tal y como se utiliza en esta tradición (...) sirve para revelar conflictos inconscientes, poner nombre a las ansiedades fundamentales del niño y, en la medida de lo posible, desmontar aquellas defensas que le están perjudicando” (p.155).

Aberastury (1984:93) concluye con una puntualización interesante en su investigación, observando que: “la primera sesión (de juego terapéutico) es de una trascendencia muy especial, porque en ella el niño muestra cuál es su fantasía inconsciente, cuál es su enfermedad y (...) cómo acepta o rechaza nuestro papel de terapeuta”. También Schaefer y Drewes (2013) apreciaron el juego en libertad como exteriorización del inconsciente: “tanto Klein y Freud (...) vieron el juego libre, imaginativo como la fuente más natural y más rica de datos sobre el inconsciente y la forma más eficaz para acceder a ella” (p. 26). Unas páginas más adelante, estos mismos autores detallan: “Los enormes beneficios de hacer consciente lo inconsciente han sido reconocidas desde Freud, hasta la neurociencia que es capaz de explicar el cambio en la estructura y función del cerebro que acompaña a estos avances terapéuticos. Cuando los niños son capaces, a través del juego de hacer consciente lo inconsciente o de traer a la conciencia los motivos, los sentimientos, conflictos, una mala adaptación, o las experiencias traumáticas que antes estaban fuera de la conciencia, pueden gozar de una mejor sensación personal, ya que pueden elegir conscientemente el



curso de sus acciones y tomar decisiones informadas, hecho que es un momento emocionante para el terapeuta de juego” (p.37).

Únicamente en la clasificación de factores terapéuticos más reciente (O'Connor *et al.*, 2015) y en la investigación O'Connor y Schaefer (1997) se mencionan una serie de mecanismos de defensa que, de algún modo, influyen en el inconsciente y deben tenerse en cuenta pues, además son cualidades semejantes que permiten alcanzar la distancia necesaria respecto al acontecimiento traumático y que, a continuación, enumeramos:

1. **Proyección**: es el proceso por el cual el paciente proyecta sobre los juguetes o sobre los objetos materiales del juego, aquello doloroso para él y que, por tanto, no acepta, como por ejemplo, sus sentimientos de ira. De alguna manera, el paciente está compartiendo con los juguetes lo que no tolera; así, el juego está contribuyendo, de una forma segura, a la expresión y representación de tales sentimientos.
2. **Desplazamiento**: consiste en desplazar los sentimientos negativos del paciente hacia los elementos del juego, en lugar de mostrarlos a personas reales. Por ejemplo, el niño puede golpear a un muñeco en vez de golpear, en su vida cotidiana, al individuo que considera una amenaza.
3. **Simbolización**: es el proceso por el que el niño representa algo a través de ciertos elementos o símbolos, conceptos abstractos, a veces difícilmente expresables; es decir, puede utilizar un juguete para representar sus miedos o conflictos. Este proceso permite, según O'Connor *et al.*, (2015:40), “establecer conexiones significativas entre los diferentes dominios de la experiencia basada en la proximidad y semejanza”.
4. **Sublimación**: Como ocurría en las anteriores características, y dada la influencia de la “sublimación” en el inconsciente, anticiparemos algo de ese mecanismo en este apartado, aunque más adelante se abordará como factor terapéutico independiente (Punto 5.5.2.3). Es un mecanismo de defensa que permite canalizar, a través de una actividad, en este caso lúdica (un deporte, pintura, arcilla), los impulsos y/o sentimientos negativos. Como indica O'Connor *et al.*, (2015:41) “el paciente practica ese tipo de actividades, socialmente aceptadas, como medio de búsqueda de una salida útil a tales sentimientos” o como apunta Palacios (2007:18) “la sublimación es un proceso inconsciente que, en circunstancias favorables, se efectúa de modo espontáneo”.
5. **Fantasia de compensación**: Dada la influencia que tiene este recurso en el inconsciente, y al igual que se apuntaba en la cualidad anterior, se describe brevemente esta característica en éste apartado, aunque también, más adelante (Punto 5.5.4.2) se abordará como factor terapéutico independiente. La fantasía, es un elemento clave en la terapia de juego. Jiménez (2008:58) indica que el niño gracias a “la fantasía construye nuevos mundos o realidades con los materiales que ha tomado del mundo real”, de esa forma, el juego, gracias a la imaginación que genera, puede utilizarse para compensar y





suplir emociones negativas o realidades que el niño no acepta y de esa manera, en la actividad lúdica a través de la fantasía y la ilusión generadas, se crea un distanciamiento de la realidad. De este modo, los débiles pueden llegar a ser fuertes, los pobres ricos; con la fantasía, "(...) se crean nuevas combinaciones, se mezclan nuevos elementos para obtener una visión múltiple y diversa de la realidad" (Jiménez, 2008:60).

### 5.5.1.3. ENSEÑANZA DIRECTA O INDIRECTA

Hay una larga historia sobre el uso del juego en el ámbito de la educación, quizá al considerarse como el mejor recurso de ayuda en el aprendizaje de los niños, Sarlé (2000:27-30) reconoce: "a Froebel como fundador (educativo) de los modos de organización de los espacios, los tipos de materiales y propuestas de actividades para los niños, que centraron en el juego el eje de las prácticas (...). La primera escuela infantil que sigue el método *froebiano* abre en Buenos Aires en 1870, (...) e inicia el camino del juego como método de enseñanza para niños pequeños".

Existen numerosos autores relevantes que defienden la relación del juego con la enseñanza destacando, entre otros, a pedagogos como Claparède, Decroly, Montessori, Freinet, incluso investigadores que defienden esta misma idea desde el ámbito de la psicología, como Axline.

De acuerdo con Andreu y García (2000:121): "la relación entre juego y aprendizaje es natural; los verbos "jugar" y "aprender" confluyen. Ambos vocablos consisten en superar obstáculos, encontrar el camino, entrenarse, deducir, inventar, adivinar y llegar a ganar... para pasarlo bien, para avanzar y mejorar".

La unión entre enseñanza y juego también se encuentra en las propias palabras, si se tiene en cuenta el origen etimológico de ambos términos; señalaremos que "juego", en chino, "*wan*", está en total consonancia con "aprendizaje" porque según Huizinga (2007:55) "encierra los siguientes sentidos especiales: entretenerse y estar a gusto con algo, divertirse, bromear, aunque también examinar, palpar, olfatear" teniendo, por tanto, gran conexión con pensar, observar y "aprender".

Analicemos ahora la palabra "escuela" que es de la familia de la anterior y que también está muy vinculada, socialmente, al aprendizaje y, a la vez, al juego. Según Waserman (2008): "la palabra escuela deriva del latín *schola*, que significa lección y éste, a su vez, del griego *schol* donde el vocablo tenía significación de ocio, tiempo libre, estudio" (p.182). Este mismo autor, unas páginas más adelante, propone una bonita metáfora: "si usamos la figura topológica (...) podemos decir que ambas se comportan como si perteneciesen a una misma banda de Moebius. Un sujeto que transita por una cara de la banda -juego- pasaría a la otra -aprendizaje- sin notar transición" (p.184).



Desde hace años existe el vínculo aprendizaje-juego, más allá de lo etimológico, como refiere Michelet (1989), “El Centro Internacional de Estudios Pedagógicos de Sévres, Francia, organizó en 1972, el primer coloquio sobre las interferencias que pueden darse entre el juego y la enseñanza. Su objetivo era (...) ‘apoyar el proyecto de abrir toda institución educativa a la vez al trabajo y al juego como a dos actividades ciertamente complementarias, pero diferentes’” (p.9).

Hay autores (Kaduson, Cangelosi, y Schaefer, 1997 y Reddy, Files-Hall y Schaefer, 2005) que han señalado el valor pedagógico y didáctico del juego argumentando que la enseñanza es mayor y de mejor calidad si se hace a través del juego y actividades divertidas, agradables, recordándose mejor lo aprendido. Quizá por todo lo argumentado, este factor terapéutico ha estado presente en todas las clasificaciones encontradas, excepto en una: (Ray, 2011), aunque ha recibido diferentes nombres, como Schaefer (1993), que hacía referencia a este factor terapéutico usando el concepto de “*enseñanza metafórica*”, denominación similar a la empleada posteriormente por el mismo Schaefer (1999), que prefiere ahora el término “*visión metafórica*”. Es a partir de Schaefer (2001), hasta las dos últimas investigaciones (O'Connor *et al.*, 2015; Schaefer y Drewes, 2013) cuando se usan dos conceptos, haciéndose una diferenciación entre enseñanza “directa” o “indirecta”. (Schaefer y Drewes, 2013:39), definen la **enseñanza directa**, como:

“una de las principales potencias de juego, es un proceso por el cual el terapeuta imparte conocimientos o habilidades a través de estrategias de instrucción, como por ejemplo: práctica guiada, y refuerzo positivo. El terapeuta utiliza el juego y la diversión producida por los juegos para captar la atención de los niños, aumentar su motivación para aprender (...) proporciona a los pacientes los conocimientos necesarios para reforzar habilidades con el consiguiente aumento de autoestima. La enseñanza directa también puede ser apropiada para que el terapeuta de juego identifique los comportamientos sociales/emocionales que interfieren con el crecimiento positivo y ayude al cliente a superar estos problemas o déficits (Drewes y Schaefer, 2011). La diversión y la broma facilitan la interacción con el terapeuta, (...) reforzando el aprendizaje y desarrollo de habilidades”.

Según varias investigaciones (Schaefer, 1999; Schaefer, 2012 y Schaefer y Drewes, 2013) el hecho de que el juego sea una actividad “muy agradable” y divertida es lo que permite favorecer distintos recursos que contribuyen al proceso enseñanza-aprendizaje, como el aumento de la atención en las tareas, participación activa, desarrollo de habilidades (sociales, cognitivas, emocionales), estimulación de pensamientos y comportamientos adaptativos, disminución de carencias y favoreciendo la resolución de conflictos. Por todo ello, el aprendizaje es mayor a partir del juego.

Por otro lado, deteniéndonos ahora en la **enseñanza indirecta**, (Schaefer y Drewes, 2013) puntualizan que en ella:



“la información se presenta en imágenes, metáforas y cuentos (...) el niño utiliza historias como vehículo para la imaginación creativa y el sentimiento, de la misma forma que un adulto utiliza el pensamiento y el lenguaje para explorar y expresar sus sentimientos y experiencias (...) un medio de procesamiento de las sensaciones dolorosas y difíciles (...) sentimientos y experiencias confusas a través del lenguaje de la imaginación” (p.52).

Unas páginas más adelante en su trabajo, la considera una técnica que “se puede utilizar para apoyar a los niños a pensar en los sentimientos y los problemas” (p.66).

Según Pennebaker, (2002), (citado por Schaefer 2012:17), “las narrativas de juego permiten que los pacientes organicen sus experiencias y recuerdos fragmentados en un relato cohesivo y significativo”. Como indica Rowshan (1997:34) “el niño en la escucha de la historia asocia de forma continua los eventos y personajes de una historia con su propia experiencia de los acontecimientos”. El juego, incluso, posibilita mejorar los comportamientos disruptivos en el aula, gracias a la técnica llamada “Juego del Buen Comportamiento (JBC), Good Behavior Game, GBG”, desarrollada y evaluada por Barrish, Saunders y Wolf (1969) y que consiste en generar una competición entre grupos mediante un sistema de refuerzos, para conseguir privilegios (Ruiz, Pino, y Herruzo, 2006).

También el juego permite obtener buenos resultados académicos pues, como argumenta Pike (1999), (citado por Carpena 2014:75) “los aprendizajes son directamente proporcionales a la cantidad de diversión que se ha tenido, ante lo que se puede afirmar que el aprendizaje placentero contribuye a que el alumno desee experimentar una nueva situación que le permita aprender”. Existen varias investigaciones en esta línea; así, el reciente estudio de Fisher, Hirsh-Pasek, Golinkoff, Singer y Berk (2010) corrobora que los niños que participan en el juego y en el aprendizaje lúdico tienen mejores resultados académicos que aquellos que juegan menos. Del mismo modo, otro estudio (Neef, Perrin, Haberman, y Rodrigues, 2011), realizado con estudiantes universitarios del Estado de Ohio en el que se demostró que los alumnos que habían estudiado el contenido de un curso través de una actividad de juego, mostraron mejores resultados que al inicio del curso y mayores calificaciones que los estudiantes que no habían estudiado con juego. Schaefer (2012:17) llega a la misma conclusión y afirma que “cuando se enseñan habilidades sociales usando muñecos, marionetas e intercambio de papeles, es más probable que los niños aprendan y recuerden las lecciones (...)” porque, como afirman McLuhan y Carpenter, (1974:156) “nunca ha dejado de ser cierto que lo que agrada, enseña de modo mucho más efectivo”.

Otros autores, como Kottman (2003) (citado por Kottman 2014), apoyan esta misma idea considerando, además, **el arte como un recurso terapéutico** con la misma importancia que el juego, extremo significativo para ésta Tesis, que parte de la disciplina artística, afirmando el investigador que:



“Un método para enseñar a los niños habilidades sociales, habilidades de resolución de problemas, habilidades de negociación y habilidades de asertividad, es utilizar juguetes, arte y materiales de juego que les proporcione la instrucción directa de una manera divertida que optimice su aprendizaje” (p.5).

En el mismo aspecto abunda Michelet (1986:2-3): “Séguin (1895), a quien María Montessori reconoce como su maestro, había escrito: ‘Los libros no pueden enseñar a los niños lo que los juguetes les inculcan. El juego es algo sagrado’”. El estudio de Michelet (1986) detalla investigaciones antiguas concretas, afirmando:

“Disponemos de investigaciones sobre el aumento de eficacia de la enseñanza: cuando se recurre al juego, entre las cuales figuran las siguientes: estudio experimental de los correlativos de la imaginación y las actividades cognoscitivas (Yawkey y Yawkey, 1982), contribución del juego al desarrollo de la organización espacial (Rost, 1978) y contribución del juego a la adquisición de técnicas intelectuales (Kamenov, 1985)” (p.8).

Cuando los niños juegan están aprendiendo, por lo tanto, Schaefer (1999:8) afirma que “del mismo modo, los terapeutas de juego puede utilizar el juego para enseñar a los niños otros modos de pensamiento y comportamientos de adaptación”, por eso Zapata (2012:11) defiende que: “el juego es la parte esencial de la pedagogía hospitalaria: aumenta la creatividad, mejora el estado de ánimo, se crea la participación de la familia. La técnica lúdica familiariza al niño con la experiencia amenazante que le ocurre en el hospital”.

O'Connor *et al.*, (2015) y Schaefer y Drewes, (2013) destacan unas determinadas cualidades especiales de juego que fomentan el aprendizaje mediante la enseñanza directiva y que seguidamente referenciamos:

- 1. Captar la atención:** Esta cualidad es fundamental en la terapia, ya que habitualmente no es un lugar donde los niños quieran ir y/o permanecer. El encargado de desarrollarla es el terapeuta a partir de recursos como la diversión, la atención, creación de confort... atendiendo tanto al espacio, como a las herramientas (juguetes y materiales), que deben ser cuidadosamente seleccionadas y estar adaptadas a las características del paciente/circunstancias y de los temas que se quieran trabajar o surjan en el desarrollo de la sesión. Como apunta O'Connor *et al.*, (2015) los juegos captan y mantienen la atención del niño a través de su colorido, carácter de novedad y así es más fácil enseñar la lección.
- 2. Participación activa** de todos los participantes de la terapia de juego, que debe ser uno de los objetivos del terapeuta. O'Connor *et al.*, (2015) y Schaefer y Drewes, (2013) defienden que las experiencias activas de aprendizaje y el fomento de la iniciativa del niño durante el desarrollo del juego, es más eficaz para el tratamiento, que la escucha pasiva de las indicaciones del terapeuta.



3. **Consolidación de habilidades:** El juego permite aprender cosas nuevas y afianzar otras que el niño ya conoce por medio del juego repetitivo, que suele resultarle muy agradable, porque es algo que le aporta seguridad, control. De este modo, la actividad lúdica ayuda en la adquisición de habilidades sociales o de control emocional por medio de una práctica y ensayo sin temor al error, gracias a la distensión y al carácter ficticio/protector del contexto lúdico. Schaefer (1999) ya defendía esta idea.
4. **Aprendizaje con el ejemplo:** Para modelar el comportamiento del niño, el terapeuta, en la sesión de juego, puede valerse de los juguetes y materiales, para enseñarle, mostrarle y demostrarle las conductas deseables para él, y que quiere que él aprenda. Según Schaefer y Drewes (2013:42) “Una vez que se experimenta el éxito, el cliente puede repetir la conducta adaptativa dentro de la seguridad que aporta la sesión de juego, hasta que la habilidad se incorpora al repertorio del cliente”.
5. **Contribución sensorial:** los sentidos son muy importantes en los niños puesto que, a través de ellos, piensan, aprenden y se relacionan con el entorno. A mayor número de sentidos implicados en una experiencia, mayor será el aprendizaje porque, por un lado, se obtiene más información y, por otro lado, el estímulo que produce recibir esa información por distintos sentidos, hace que se recuerde mejor. Tienen tal importancia los sentidos en el desarrollo, que incluso se tiene en cuenta su estimulación en espacios concretos para uso terapéutico.

“Fue en los años setenta cuando surgieron los espacios multisensoriales como apoyo terapéutico positivo a personas con enfermedad mental (...) en los años ochenta se crearon los primeros espacios multisensoriales habilitados para que las personas con algún déficit psíquico o físico interactuaran con el medio a través de una estimulación sensorial. Las aulas multisensoriales constan de diferentes espacios (visuales, olfativos, comunicativos e interactivos, etc.) cuyo fin es trabajar con los (...) usuarios, distintos estímulos según sus características” (Gómez, 2009:3).
6. **Ambiente seguro/protegido** la sala de juegos es un entorno de seguridad donde “no hay evaluación o miedo al fracaso, por lo que los niños pueden hacer preguntas, arriesgar durante el proceso de aprendizaje” (O'Connor *et al.*, 2015:42). De acuerdo con Abad y de Velasco (2011:99) “una función importante es que en el juego, las equivocaciones no están penalizadas (...) y al menos nos quedará el juego simbólico para que el niño pueda fallar sin miedo”



## 5.5.2. - II - FACTORES TERAPÉUTICOS QUE FOMENTAN LA REGULACIÓN Y EL BIENESTAR EMOCIONAL

### 5.5.2.1. ABREACCIÓN

Todas las clasificaciones analizadas en la presente investigación, recogen este factor terapéutico, excepto la que propone Ray (2011). Se trata de un concepto que es traducido del alemán *abreagieren*, que significa “deshogar”. Según el diccionario de términos de psicología Cosacov, E. (2007:19), es un:

“Neologismo creado por Breuer y que se refiere a la posibilidad de expresar o descargar emocionalmente un recuerdo perturbador para liberarse de la aflicción que lo provoca. El término abreacción está poco difundido en la literatura psicológica, empleándose habitualmente la palabra catarsis, como equivalente al primero”.

Podría tener su base en la indagación de Josef Breuber, que describen O'Connor y Schaefer, (1997), quien observó que el hecho de que los pacientes pudieran recordar los orígenes de sus síntomas y expresar con total libertad las emociones relacionadas, les producía alivio y, por lo general, mostraban una mejoría.

Ya Freud (1895) hace uso del término abreacción al referirse, de este modo, al mecanismo que se produce cuando cualquier persona encuentra en el lenguaje un medio de expresión y de regulación psíquica, afirmando que: “el hombre encuentra en la palabra un subrogado del hecho, con cuyo auxilio puede el afecto ser también casi igualmente descargado por reacción (*abreagiert*)” (p.44).

Además, como indican O'Connor y Schaefer (1997) la abreacción se considera un proceso mental que permite llevar a la conciencia los recuerdos reprimidos, para poderlos experimentar de nuevo con una adecuada liberación del sentimiento. Esa investigación también indica que este concepto fue utilizado por Freud (1920) para ayudar a explicar cómo es que las víctimas de un trauma resuelven esa experiencia conflictiva para ellos.

Piaget (1962) también usó este término como lo apuntan O'Connor y Schaefer (1997:362): “el juego facilita la abreacción al proporcionar a los niños la distancia que necesitan respecto al trauma real, de manera que puedan expresar sus sentimientos, y aún así, sentirse seguros”.

Waelder (1932) (citado por Schaefer, 1999:17) afirma que: “a través del juego los niños recrean y alivian experiencias estresantes y traumáticas y adquieren, de ese modo, una sensación de poder y control sobre ellas”. De hecho, Terr (1990:299) considera que el juego “es la manera más poderosa de efectuar cambios internos en niños pequeños que





presenten traumas” porque, como indicaba posteriormente Pitillas (2012:153), “los afectos que se activan ante los diversos aspectos de la experiencia de enfermedad (o del trauma), por su carácter novedoso o su especial intensidad, piden muchas veces que se haga una descarga”.

El propósito de la abreacción, como indica Fine (1991:672), “es informar, educar o reeducar, para liberar el afecto reprimido, para lograr la continuidad del contenido de la memoria, para liberar el trauma somáticamente encapsulado y reformular esquemas cognitivos y creencias”.

Reddy, Files-Hall y Schaefer (2005:4) consideran que, gracias a la abreacción, los pacientes “pueden revivir los acontecimientos estresantes anteriores y liberar las emociones negativas asociadas en el entorno seguro del juego”.

Aunque no sea un concepto demasiado extendido, “abreacción” sí es, según Pitillas (2012), un término usado por el lenguaje clásico de la literatura sobre el trauma. Este mismo autor la define como “descarga” y “desahogo emocional”, describiendo así su potencial: “Por un lado, resta el malestar reduciendo el nivel de tensión orgánica asociado a contener la expresión de ciertas emociones. Por el otro, expresarse hace que la experiencia pase de ser algo directo y crudo a adquirir cierto orden, una vez es puesto en el exterior” (p.153).

En el ámbito del juego, para Schaefer (2012:115), abreacción “consiste en revivir una experiencia pasada en la seguridad del juego, lo que permite a los niños expresar emociones que fueron coartadas en el momento de la situación original” puntualizando, que la abreacción se basa en el impulso interior innato del ser humano para recrear sus experiencias, con el fin de asimilarlas y purgar gradualmente los sentimientos negativos. Ejemplifica diciendo que, del mismo modo que a los adultos les agrada hablar de las experiencias que les resultan estresantes, los niños sienten necesidad de representarlas mediante el juego. En la misma línea Schaefer y Drewes (2013:86) indican que la abreacción es:

“un mecanismo por el que las experiencias traumáticas sin digerir mentalmente, se promulgan de nuevo y son asimiladas, teniendo en cuenta la necesidad del niño para la protección de las emociones y recuerdos que podrían ser abrumadores (...) que facilita la abreacción como un potente factor terapéutico (...) el jugador puede obtener dominio- sobre los traumas-”.

De forma más específica, al referirse al proceso de la abreacción, Kottman (2014:6) defiende que “este proceso ayuda -a los niños- a obtener una sensación de dominio sobre sus propias experiencias e interacciones negativas, que pueden ayudarles en su adaptación a los traumas del pasado”. Pone así en evidencia una de las cualidades fundamentales de la abreacción: la capacidad de dominio.





La definición de este factor terapéutico del juego más reciente es de O'Connor *et al.*, (2015:43) que la describe como: “un proceso mental en el que los recuerdos reprimidos de un evento traumático son presentados a conciencia y se vuelven a experimentar con una liberación adecuada de las emociones negativas”.

Como dato anecdótico y que relaciona la abreacción con el área de conocimiento de esta Tesis, el arte, indicaremos la existencia de un cuestionario para evaluar la creatividad denominado Test de la Abreacción TAEC, ideado por De la Torre (1991) y que según, Garairgodobil y Pérez (2004:70), relaciona la abreacción y la originalidad:

“se trata de un test gráfico-inductivo de completación de figuras que permite valorar factores relacionados con la creatividad y con aspectos estéticos y expresivos: abreacción (control que el sujeto tiene para atrasar el cierre de aberturas sin dejarse llevar de la tensión natural para percibir de inmediato un todo acabado), y originalidad (valorada por la infrecuencia estadística de la idea)”.

Por lo expuesto sobre la abreacción, podemos decir que está vinculada a la función que surge en la terapia y que aporta, según Russ (2003), “la resolución del conflicto”, que analizaremos más adelante en el Punto 5.5.4.3.

Como detallan Schaefer y Drewes (2013) y autores como Ekstein (1966), Erikson (1950), Freud (1920), Piaget (1962), Van der Hart y Brown (1992), han vinculado este concepto a la curación facilitando el dominio de las situaciones traumáticas “al proporcionar un marco de organización” (Schaefer y Drewes 2013:87), un campo teórico dentro de las disciplinas de la salud.

Según la reciente investigación de O'Connor *et al* (2015:43), los **objetivos** de la abreacción, **asimilación cognitiva y liberación emocional**, se consiguen en la terapia de juego a través de los siguientes mecanismos:

- a) **La miniaturización de experiencias:** Los juguetes pequeños empleados para recrear las experiencias traumáticas dan a los niños un sentido de poder sobre el evento.
- b) **Control activo y el dominio:** Los niños controlan activamente en el juego un evento traumático que había sido experimentado, de forma pasiva, en la realidad de su día a día. Ellos pueden cambiar el final de los acontecimientos a través de la reexperimentación, que permite el dominio del trauma, dando lugar a una reestructuración cognitiva de la experiencia.
- c) **Asimilación fragmentada por la repetición:** Los niños suelen recrear el trauma una y otra vez en su juego y, si todo va bien, esta última instancia se traduce en el procesamiento y resolución exitosa. Por lo tanto, la repetición permite un proceso de curación de ritmo lento. Freud llamó a este proceso, de habituación la



“compulsión de repetición”. El juego permite al niño transformar el trauma en una historia coherente a partir de sus recuerdos fragmentados del conflicto que se reavivan en la memoria gracias a que los materiales de juego activan detalles sensoriales del trauma. El carácter lúdico y la imaginación del juego permiten que las situaciones dolorosas se sitúen dentro de un contexto más amplio que favorece que el niño no lo viva como un “ataque personalizado” y pueda establecer cierta distancia psicológica. De este modo, los sentimientos y emociones positivas experimentadas en el juego, ayudan a equilibrar las emociones negativas generadas por el trauma.

Por tanto, la abreacción en la sala de juego es una oportunidad para una experiencia “emocional correctiva” en la que es fundamental la aceptación y la respuesta empática del terapeuta.

#### 5.5.2.2. CATARSIS

Es el único factor terapéutico abordado por todas las clasificaciones. El término catarsis proviene de la palabra griega *katharsis*, que significa “purificación”, quizá por este motivo, como apuntan Schaefer y Drewes (2013), se le haya dado el significado, a través de la historia de “curación, limpieza, experiencia de la transformación”, y haya sido un concepto usado “en las prácticas culturales de curación, la religión, la medicina, la literatura, el teatro, y la psicología” (p.71). Según indican varios autores (Bemak y Young, 1998; Sánchez-Palencia, 1996), Aristóteles fue el primero en usar este término.

Schaefer (2012:116) la define como: “la activación y la descarga de las emociones (positivas y negativas) para el alivio terapéutico”. Por lo tanto, y de acuerdo con Watson (1994:34), “el juego puede actuar como catarsis para organizar las emociones fuera de foco y expresarlas de una manera inofensiva”. Puede así el paciente representar sus miedos mediante la fantasía, distanciándose de sus temores. Como apunta otra reciente investigación (Kottman, 2014:7-8) “catarsis implica la expresión de sentimientos poderosos, resultantes de una liberación emocional. La sensación de liberación que sigue a la expresión (...) puede ser una experiencia de crecimiento para los niños”.

El concepto de catarsis es muy similar al de abreacción, analizado en el punto anterior; sin embargo son diferentes. Se puede decir que la catarsis surge de una abreacción y que ésta, es el elemento fundamental de la catarsis. Schaefer (1993) (citado por Schaefer y Drewes, 2013:83) establece que “abreacción es un proceso más elevado de catarsis en que la descarga del afecto es mayor”. Además, de acuerdo con Schaefer (2012:5), “el proceso denominado abreacción, se distingue de la catarsis porque incluye la reacción y el dominio de la experiencia en sí, en lugar de la simple liberación del afecto”.



Como indica Ray (2011:14): “el juego en la terapia permite que un niño trabaje cuestiones ásperas que son de importancia para él”. Resaltaremos que este autor menciona como un factor terapéutico independiente, uno que se relaciona con la catarsis pero que lo nombra como: “*liberación de energía*” defendiendo que:

“los niños son propensos a utilizar la terapia de juego como un lugar de expresión para la energía libre no utilizada y confinada. Los niños que pasan el día intentando mantenerse en entornos estructurados, a menudo necesitan un lugar seguro para la liberación de energía, que, una vez gastada, permite centrarse en el trabajo terapéutico” (Ray 2011:15).

En dos de sus investigaciones, Schaefer (1999 y 2012), está de acuerdo en que, a través del juego y las actividades lúdicas concretas, como por ejemplo golpear barro o explotar un globo, se puede descargar la tensión física y la psicológica, produciéndose una liberación emocional, que es clave en la terapia. Aunque también, como apuntan Schaefer y Drewes (2013), existen distintos recursos naturales e innatos al ser humano que las personas utilizan para liberarse, “purgarse” de sentimientos negativos y perjudiciales como la ansiedad, el estrés, la tristeza, el enojo, y se pueden enumerar como: el humor catártico, risas, lágrimas y gritos de enfado.

También argumentan O'Connor *et al.*, (2015) y Schaefer y Drewes (2013) que el valor terapéutico de la catarsis es dual porque reside, no sólo en la descarga de emociones profundas que se van acumulando, sino en el aumento de la toma de conciencia y el poder/control sobre ellas, incluso, según en el estudio de Bemak y Young (1998) (citado por Schaefer y Drewes, 2013:73), aparece que “la catarsis es eficaz para producir cambios de actitud y comportamiento”.

O'Connor *et al.*, (2015:43) defienden que el juego estimula un “despertar emocional” al permitir resolver “asuntos pendientes”. Estos autores destacan, además, distintas formas en las que el juego contribuye a la eficacia de la catarsis, y son las que a continuación exponemos:

- La sala de juegos ofrece una seguridad y un apoyo que aerea el afecto negativo.
- El juego simbólico proporciona la suficiente distancia psicológica de la experiencia dolorosa que le afecta al niño para que éste se pueda expresar. Actividades de juego físicas tales como golpear barro permiten la liberación de la tensión física y negativa que le afecta.
- Los sentimientos positivos despertados con el juego (poder, diversión...) ayudan a equilibrar las emociones negativas liberadas.



### 5.5.2.3. SUBLIMACIÓN

---

No es un concepto nuevo, pues ya fue usado por Freud, Klein, Winnicott y Lacan, entre otros; para un acercamiento a dicho concepto, acudiremos a Sopena (1990:2):

“La sublimación es concebida por Freud como un proceso de transformación de la pulsión en fuerza creativa a través de un cambio de la meta y el objeto, que son desexualizados. Este es el destino más apropiado para que la pulsión alcance su realización”.

Por tanto, en psicoanálisis, la sublimación es la transformación de los impulsos instintivos en actos más aceptados moral y socialmente. Ya Freud en 1930, en el segundo capítulo de su obra *“El malestar de la cultura”*, relaciona el concepto de sublimación con la búsqueda de la felicidad ya que la considera un recurso para evitar el sufrimiento.

Winnicott (1972) citaba este concepto en su obra, relacionándolo con el juego y afirmando que: “el juego debe ser estudiado como complementario del concepto de sublimación del instinto” (p.62). Existe, como se comentó anteriormente, un vínculo entre lo simbólico y el juego, teniendo en cuenta esta idea y la reflexión de Rodríguez (2005:34) “los símbolos son la base de la sublimación”, evidenciando la conexión entre juego y sublimación. Concretamente, en el ámbito del juego, la sublimación es abordada como factor terapéutico independiente por la mayoría de las clasificaciones encontradas, excepto en Schaefer (1993) y Ray (2011) que no la mencionan. Destacaremos que en la lista más actual (O’Connor *et al.* 2015), no aparece como factor terapéutico autónomo, sino vinculado a otro llamado “acceso al inconsciente” por su relación con él, considerándolo así, sólo como una consecuencia del mismo y no propiamente como un factor, aunque en nuestra investigación, si lo hemos desarrollado como un factor terapéutico independiente, en el Punto 5.5.1.2 de la misma.

Para definir la sublimación, hay que tener en cuenta que varias investigaciones (Schaefer, 1999; Schaefer, 2012 y Kottman, 2014) se refieren a ella como una forma de liberar los impulsos socialmente inaceptables, canalizándolos a través de actividades sustitutas, de carácter lúdico -como actividades artísticas, juegos deporte, etc-, que sean más aceptables. Como ya se indicó anteriormente en el factor terapéutico de autoexpresión, conviene recordar lo que afirma una de los estudios más recientes: “el paciente practica ese tipo de actividades, socialmente aceptadas, como medio de búsqueda de una salida útil a tales sentimientos” (O’Connor *et al.*, 2015:41).



#### 5.5.2.4. EMOCIONES POSITIVAS / AFECTO

En este factor, que está directamente vinculado con la temática, objetivos y palabras clave de la Tesis, como se analizará en el desarrollo del mismo y a lo largo de toda la investigación, el vínculo entre el juego y las emociones positivas es algo evidente que han defendido muchos autores, como Herrero (2012:3) cuando afirma que: “no hay manera de comprender verdaderamente el juego sin recordar nuestras emociones al jugar”.

El concluyente estudio de Moore y Russ, (2008) indica que, los niños que están jugando muestran afectos más positivos y mayor creatividad que los niños que no están realizando actividad lúdica. En el mismo sentido Schaefer y Drewes (2013:111-112), defienden apoyándose en otros autores, que:

“(…) jugar es divertido, y la diversión genera emociones positivas. Por lo tanto, el juego genera de forma natural las emociones positivas (...). La mayoría de las definiciones de juego parecen incorporar la idea de que el juego genera emoción positiva de algún tipo -por ejemplo- Terr (1999) define el juego como: ‘actividad dirigida a divertirse’ (Pág. 21). Landreth (2002) describió el juego como ‘actividad espontánea, agradable, voluntaria, y no dirigida a un objetivo’ (Pág10)”.

Los períodos con estado de ánimo agradable, son un posible estímulo para la participación en actividades recreativas (Lucas, 2001 citado por Lyubomirsky, King y Diener, 2005).

Dada la fuerte relación entre juego y emociones positivas, nos extraña que en tres de las clasificaciones de los factores terapéuticos del juego analizadas, Ray, (2011) y Schaefer (1999 y 2001), no se mencione el afecto positivo o las emociones positivas como categoría específica, aunque sí, dos de ellas, reparan en un concepto relacionado: “*distracción*” (Schaefer, 1999) y “*diversión*” (Ray, 2011). Sin embargo, en las demás encontradas (Kottman, 2014; O’Connor *et al.*, 2015; Drewes y Schaefer, 2010; Schaefer, 2012; Schaefer y Drewes, 2013), sí queda recogido como factor, abordándose de forma explícita y ampliada, .por lo que nos sorprende aún más, que Schaefer (1999) utilice como factor terapéutico la “*distracción*” y Ray (2011) mencione la “*diversión*”, pues son conceptos más concretos y limitados que el de “emociones/afectos positivos”, que es el que se emplea en el resto de listas. Sin embargo, es adecuado e interesante porque, como apunta Ray (2011:14):

“el juego proporciona la oportunidad para la diversión, tanto para el niño como para el terapeuta. Aunque se reconoce que el juego no siempre es divertido para el niño, especialmente en la terapia, a menudo puede ser divertido”.

De acuerdo con Kottman (2014:8) “jugar juntos es divertido, y la terapia de juego puede proporcionar a los niños una experiencia de reír y pasar un buen rato en un ambiente de aceptación”. En la misma línea Kottman (2013), en su capítulo en la obra de Schaefer y



Drewes (2013), afirma que: “muchos de nuestros clientes prosperan y crecen debido a que el proceso de la terapia de juego crea un espacio que les da permiso para divertirse y ser feliz, sonreír y reír, ser tonto y sentirse feliz” (p.103).

La mayoría de las clasificaciones hacen referencia al término “emociones positivas”, salvo dos, Drewes y Schaefer (2010 y Schaefer 2012), que utilizan el concepto “afecto positivo”. Dada esta distinción de uso de los términos, antes de describir y analizar este factor, estimamos reparar en la diferencia entre “afecto” y “emoción”. Fredrickson (2001) defiende que la emoción es una forma de respuesta que se desarrolla en períodos de tiempo cortos y desencadena una serie de respuestas faciales, cognitivas, fisiológicas, mientras que el afecto, es un concepto más general y se refiere a los sentimientos a los que se puede acceder conscientemente, habitualmente más duradero que la emoción.

Debemos tener presente que, las emociones surgen por una circunstancia concreta significativa y los afectos no, pues simplemente son y están. Las emociones se clasifican en categorías específicas: alegría tristeza, interés, mientras que los afectos se miden como variables de dos dimensiones: positivo-negativo; agradable-activo, etc. Es importante tener en cuenta, como ya indicaba Kleinginna y Kleinginna (1981), que existe una gran variedad de definiciones y clasificaciones de las emociones, tantas como autores, realidad que hace compleja la investigación y la delimitación de este campo.

Según Aborn (1993) (citado por Schaefer, 2012:18), “los niños mientras juegan, suelen sentirse menos ansiosos o deprimidos y las actividades disfrutables contribuyen a una mayor sensación de bienestar y de menor angustia”, ya que, de acuerdo con varias investigaciones (O'Connor y Schaefer, 1997, Schaefer, 1999 y Schaefer, 2012), el juego y el buen humor, vinculados por su inherente potencial para la diversión, el regocijo y la risa se convierten en antídotos de los sentimientos negativos: tristeza, ansiedad, desasosiego, sentimientos de angustia, miedo..., mejorando el estado de ánimo y el bienestar. Esto se produce gracias a que se liberan unas hormonas que elevan el estado de ánimo, como demostró Berk (1989) (citado por Carbelo, 2004: 87-88 y 90):

“La risa disminuye las concentraciones plasmáticas de cortisol e incrementa la cifra de linfocitos (...), se estimula el sistema inmunitario y se superan los efectos inmunodepresores del estrés. (...) Los sentimientos positivos estimulan la secreción de las hormonas “del bienestar o de la tranquilidad” (endorfinas y anandaminas) que además protegen el sistema inmunitario”.

También Breuning (2012) (citado por Schaefer y Drewes, 2013:112) consideran que:

“El juego libera lo que llama los “productos químicos felices”. Estos productos químicos (opioides, los endocannabinoides, dopamina, noradrenalina, la oxitocina, serotonina) son liberados por el sistema límbico en el cerebro en respuesta a experiencias agradables (como jugar) y crean emociones positivas”.



Complementando lo anterior, Bandenoch (2008) (citado por O'Connor *et al.*, 2015:39) afirma que “mediante el juego se activan áreas del sistema límbico liberándose dopamina que proporciona una sensación de disfrute y una mayor facilidad para completar las tareas así como la autorregulación”.

Estos datos también son señalados y ampliados por autores y estudios posteriores, algunos bastante recientes (Carbelo y Jáuregui, 2006; Gustems Carnicer y Calderón Garrido, 2014; Grumet, 1989; Schaefer y Drewes, 2013) e incluso por una corriente psicológica específica actual: la Psicología Positiva<sup>45</sup>.

La capacidad del juego para transformar la percepción de las circunstancias de “negativas a positivas”, es corroborada por diferentes autores posteriores. Así, Schaefer y Drewes (2013:75), afirmaba que “el juego modifica los acontecimientos de la vida real para encajar el deseo infantil y convertir una experiencia negativa o estresante en una más agradable y satisfactoria” (p.75), o al menos, como también indica en la misma investigación unas páginas antes: “el juego es un medio para que se reduzca al mínimo el impacto psicológico negativo resultante” (p.72) de las experiencias desagradables.

En esta idea, como veremos en el factor terapéutico de “fantasía de compensación” (Punto 5.5.2.4) ya reparaba Watson (1994), citado en la descripción de dicho factor, quien defendía que un niño poco satisfecho con sus entorno, gracias a la fantasía, crea un mundo paralelo imaginario diferente al que tiene, que sí cubre sus expectativas y llena sus carencias, compensando su malestar y llegando a sentir emociones positivas a pesar a sus conflictos. De ese modo, según este autor, ese fantasear tiene la función de una especie de “poderes mágicos” que generan sensaciones positivas.

Por lo tanto, debido a que el juego permite canalizar las situaciones no aceptables, sustituyéndolas por otras sí tolerables, se puede considerar un recurso terapéutico que podría estar relacionado con otro ya descrito: la sublimación, por lo que, compartiendo la opinión de O'Connor *et al.*, (2015:51):

“La capacidad de recuperación también se ve favorecida por las muchas emociones positivas que uno experimenta con el juego. Esto se acumula en un pozo interior de las buenas sensaciones al que se puede recurrir para hacer frente a las emociones negativas provocadas por el estrés de la vida diaria”.

Por lo que resulta interesante la lista de emociones positivas representativas que se generan gracias al juego, en la terapia de juego, y que Terry Kottman propone en su reciente investigación, según Schaefer y Drewes, (2013:104):

---

<sup>45</sup> Como indica Vera Poseck (2006:5): “La psicología positiva es... una rama de la psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, durante tanto tiempo ignoradas por la psicología.”





“Feliz, divertido, calma, confianza, amado, encantado, ternura, orgulloso, cumplido, interesado, esperanzado, agradecido, satisfecho, alegre, ridículo, excitado, pacífico, contento, comprometido, jubiloso, confidente-seguro, emocionado, con capacidad de amar”.

Se observa en esa lista que, una vez más, hay varias emociones relacionadas con el humor positivo, elemento clave de esta Tesis que, además de ser un recurso terapéutico, tiene un fuerte vínculo con el juego como, ya apuntaba Carbelo, (2004:144):

“una de las características que distingue el humor en los niños es el contenido. Mientras que el contenido principal o el sustento básico con los adultos es el verbal, con el niño el contenido verbal se sustituye por una actitud juguetona”.

Al igual que Schaefer y Drewes (2013), otro estudio coetáneo (Lavega; March; Filella, Lagardera, Mateu, y Ochoa, 2013:154-155) vincula las emociones positivas con el juego y, partiendo de la clasificación de las emociones propuesta por Lazarus (1991 y 2000) y Bisquerra, (2000), hace una descripción de cada emoción en función del daño o beneficio que se obtiene durante el juego. Destacamos, de esa clasificación, únicamente las emociones positivas y neutras, que son las que podrían hacer una aportación favorable en el desarrollo del juego terapéutico:

1. **Alegría:** Permite disfrutar de un suceso durante el juego satisfactorio.
2. **Humor:** Inspira alegría y mueve la risa durante el juego. Además, al mismo tiempo y recíprocamente, como ya lo indicaban Carbelo y Jáuregui (2006:18) “la risa (...) estimula comportamientos positivos como el juego”. Wandersee (1989) (citado por Carbelo 2004:168) identifica 16 diferentes formas no hostiles de humor y que, de alguna manera, se relacionan con la creatividad y el juego y que incluyen: los juegos de palabras, dibujos, chistes, anécdotas, pasquines, parodias, adivinanzas, rompecabezas, etc.
3. **Amor:** Desear o participar, habitualmente, del afecto con otra persona del juego, pero no necesariamente recíproco.
4. **Felicidad:** Hacer progresos razonables hacia el logro del objetivo que plantea el juego.
5. **Sorpresa:** Reacción ante alguna situación de juego imprevista.
6. **Esperanza:** Confiar en qué ocurrirá y/o que se logrará el objetivo de juego que se desea alcanzar.
7. **Compasión:** Sentirse afectado por el sufrimiento de otro participante en el juego y sentir el deseo de querer ayudarle.

Para entender porqué las emociones positivas son terapéuticas, consideramos reparar en la *“Teoría abierta y construida de las emociones positivas”* o *“Teoría de la ampliación y*



*construcción de las emociones positivas*” formulada por Fredrickson (2001, 2003) y que sienta las bases a esa cuestión. Teniendo en cuenta distintas investigaciones (Fredrickson 2001, Fredrickson y Branigan, 2005, Tugade y Fredrickson, 2004) algunas ideas clave de esa teoría son:

- Las emociones positivas, como la **alegría**, el **amor**, el **interés**, el **orgullo**, que aunque son distintas, aumentan y amplían, de manera similar, los ámbitos de la atención, la cognición y la acción; por lo tanto, varían la gama de percepciones, pensamientos y patrones de actuación que, actualmente se tienen en mente y construyen sus recursos. Lo contrario ocurre con las emociones negativas, que reducen y estrechan el campo de pensamiento-acción y que nos hacemos eco partiendo de Fredrickson, (2001:3-4):
  - a) **Alegría**: mediante la creación, por ejemplo, amplía la necesidad de jugar, empujar los límites, y ser creativos. Estos impulsos son evidentes no sólo en la vida social y comportamiento físico, sino también en el comportamiento intelectual y artístico. La alegría (...) se amplía mediante la creación de las ganas de saborear las circunstancias actuales de la vida e integrar estas circunstancias en nuevos puntos de vista de uno mismo y del mundo
  - b) **Interés**: una emoción positiva fenomenológicamente distinta, se amplía mediante la creación de instar a explorar, disfrutar de la nueva información y experiencias, y ampliar el auto proceso (...).
  - c) El **orgullo** (...) se fomenta mediante la creación de las ganas de compartir la noticia de la realización con otros, y de imaginar logros aún mayores en el futuro.
  - d) El **amor** (...) se amplía mediante la creación de la necesidad de jugar, explorar y disfrutar de experiencias con seres queridos.
- Los registros de pensamiento-acción son importantes porque pueden construir, contribuir a generar o descubrir una variedad de recursos y fuerzas personales para el crecimiento y la conexión social, de distinto tipo: físicos (habilidades físicas, salud...), recursos sociales (amistades, redes de apoyo social...), los recursos cognitivos e intelectuales (el conocimiento, la teoría de la mente, la complejidad intelectual, el control ejecutivo...) los recursos psicológicos y emocionales (la resistencia, el optimismo, la creatividad...) incluso recursos artísticos como pone en evidencia Fredrickson (2001:3) cuando defiende que “las emociones positivas influyen no sólo en el comportamiento social y físico, sino también en el comportamiento intelectual y artístico”. Tugade y Fredrickson (2004) también mencionan el potencial creativo puntualizando que, según la *“Teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas”*, dichas emociones permiten, incluso en los momentos de estrés, tener pensamientos novedosos y acciones creativas.



- Las emociones positivas tienen una influencia beneficiosa sobre las negativas, contrarrestándolas. Así, Fredrickson (2001:10) destaca distintas potencialidades de las emociones positivas:

“Deshacer las emociones negativas persistentes y corregir o eliminar los efectos negativos posteriores; llena los combustibles de resistencia psicológica; contribuye a la construcción psicológica de la resiliencia y desencadena espirales hacia arriba, hacia el bienestar emocional mejorado (...) Si las emociones positivas acortan la duración de la negativa la activación emocional, tal vez también puede retardar la progresión gradual hacia la enfermedad”.

Aunque las emociones positivas tienen una duración corta, los cambios y transformaciones que generan producen pensamientos, acciones y respuestas fisiológicas que tienen consecuencias a largo plazo pudiendo funcionar como reservas perdurables que se pueden extraer y son accesibles en momentos posteriores, en tiempos de necesidad, o como indica Fredrickson (2001:3) durante “diferentes estados emocionales”, pues como señala la sugerente metáfora artística que plantean Fredrickson y Losada, (2005:3) “estos recursos, funcionan como reservas que pueden ser dibujadas en el futuro para gestionar las amenazas y aumentar las probabilidades de supervivencia”. Incluso, como indica, Tugade y Fredrickson (2004), las experiencias de las emociones positivas ayudan y son reguladores efectivos de las emociones, especialmente las negativas que pueden parecer menos estresantes y amenazantes. Además defiende que “las experiencias recurrentes de las emociones positivas, es probable que aumenten la posibilidad de que un individuo encuentre significado positivo y haga valoraciones positivas en los eventos estresantes posteriores” (p.15).

Fredrickson y Losada, (2005) sintetiza esta teoría diciendo que debido a que “los efectos de ampliación y la construcción de afecto positivo acumulado y compuesto con el tiempo, la positividad, puede transformar a los individuos para mejor, haciéndolos más saludables, socialmente más integrados, eficientes, eficaces y resistentes” (p.3).

Una reciente investigación (Garland, Fredrickson, Kring, Johnson, Meyer y Penn, 2010), defiende argumentos similares a la “*Teoría de ampliación y construcción...*” y puntualiza que las emociones positivas, aunque sean transitorias, favorecen “espirales ascendentes de bienestar” que pueden contrarrestar espirales descendentes.

De acuerdo con Fredrickson (2001:1), “las emociones positivas merece la pena cultivarlas, no sólo como estados finales en sí mismos, sino también como un medio para lograr el crecimiento psicológico, y un mejor bienestar a través del tiempo” porque, como ponen de manifiesto distintas investigaciones, las emociones positivas “contribuyen a la creación de cambios emocionales, psicológicos, cognitivos, físicos, conductuales y sociales positivos” (Schaefer y Drewes 2013:106).



## INFLUENCIA DE LAS EMOCIONES/AFFECTOS POSITIVOS EN LAS PERSONAS QUE LOS EXPERIMENTAN

A continuación, partiendo de los estudios de: Fredrickson (2001); Tugade y Fredrickson, (2004); Fredrickson y Branigan (2005) y Fredrickson y Losada (2005), la autora hace una recopilación clasificatoria de las influencias positivas y beneficios que pueden tener las emociones positivas en diferentes ámbitos de la persona:

CUALIDADES DEL PENSAMIENTO
Patrones de pensamiento inusuales o poco frecuentes
Flexible, inclusivo, con capacidad de integrar material diverso y ampliar repertorios conductuales (por ejemplo preferencia por la variedad y aceptación de una gama más amplia de opciones de comportamiento y de afrontamiento). Amplía la cognición como consecuencia de esa flexibilidad.
Creativo
Integrador
Eficiente
Abierto a la información
Aumenta la intuición
Amplía el ámbito de la atención <sup>46</sup> y los registros de pensamiento y de acción que se producen por las emociones positivas de la diversión y la alegría, asociadas a impulsos de ser activo y libre, con actividad lúdica y social.
Regulación de la emoción negativa. Mayor control sobre la mente y el cuerpo de esa persona. Se cumple así la hipótesis “del deshacer”, de Fredrickson (2001): las emociones positivas pueden corregir o deshacer los efectos posteriores de las emociones negativas, como por ejemplo, la reducción de la frecuencia cardiaca tras la ansiedad.
Aumenta la resistencia: ayuda a hacer frente a situaciones negativas y favorece el crecimiento psicológico.
En el afrontamiento de situaciones permite una reevaluación positiva, centrarse en el problema y dirigirlo a un objetivo de un modo positivo.
Aumenta la construcción psicológica, la resiliencia y desencadena espirales hacia arriba, hacia el bienestar emocional mejorado.

Tabla 5.06 Influencia de las emociones positivas, en las cualidades del pensamiento (Síntesis de la autora)

<sup>46</sup> Fredrickson y Branigan (2005) indican que: “aunque los resultados actuales son consistentes con la hipótesis de que las emociones positivas amplían los ámbitos de la atención y la cognición (...) múltiples teóricos han sugerido, que el efecto positivo conduce a procesamiento cognitivo reducido, ya sea porque limita la capacidad de procesamiento (por ejemplo, Mackie y Worth, 1989), o se disminuye la motivación para procesar esforzadamente (por ejemplo, Martin, Ward, Achee, y Wyer, 1993; Wegener, Petty, y Smith, 1995)” (p.9).



<b>CUALIDADES SOCIALES</b>
“Comportamiento de aproximación”: Confianza interpersonal, mayor interés por relacionarse con el entorno y por las actividades sociales, pro-sociales, vigorosas y de ocio, la mayoría, adaptativas para el individuo y la especie.
Acción continua

Tabla 5.07 Influencia de las emociones positivas, en las cualidades sociales (Síntesis de la autora)

<b>CAMBIOS DEL SISTEMA CORPORAL</b>
Acelerar la recuperación de los efectos secundarios cardiovasculares que producen los estresores como: el miedo, la tristeza o la ansiedad. Reducciones en el accidente cerebro vascular
Altera la frontal asimetría del cerebro
El aumento de la función inmune, que hace más resistente a la persona
Son menores los nivel de cortisol
Aumentos en los niveles de dopamina del cerebro

Tabla 5.08 Influencia de las emociones positivas, en el sistema corporal (Síntesis de la autora)

Son muchos y variados los efectos del humor positivo sobre la salud, así lo evidencian Lupiani, Gala, Bernalte, Lupiani, Dávila y Miret (2005), coetánea a las investigaciones anteriores, que también recogen distintos estudios que demuestran, que el humor es óptimo para la salud y los efectos concretos que tiene sobre ella.



Desde un ámbito más afín a esta Tesis, reseñamos la reciente investigación de Aranguren (2013) en la que se hace una revisión bibliográfica en relación a los efectos que tienen las emociones positivas (y también las negativas), en la creatividad.

De acuerdo con Kottman (2014:8), “debido a que un buen número de los niños que vienen a terapia de juego no han tenido la oportunidad de experimentar o expresar emociones positivas, el proceso de la terapia de juego puede ser una revelación para ellos”.

Terry Kottman, en Schaefer y Drewes (2013), defiende, que para evocar emociones positivas en las sesiones de terapia de juego, no son necesarios materiales específicos o especiales, ni técnicas de intervención, pues basta con:

- crear un espacio seguro (garantizando el terapeuta la confidencialidad, siendo honesto con el niño, etc.) y con seguridad física (poniendo límites).
- ser divertido y divertirse (experimentar y expresar emociones positivas, sentirse cómodo y con alegría).
- usar el humor, (sonrisas, risas y bromas apropiadas).
- *dar permiso* (invitándoles a expresarse libremente, a la vez que el terapeuta tiene una actitud de aceptación y afecto hacia el niño).
- trabajar con los padres y/o maestros para ayudarles a fomentar las emociones positivas fuera de la sala de juegos.

Este planteamiento queda sintetizado por Carbelo (2004:146) cuando puntualiza que “la clave del éxito para el profesional, es que se sienta cómodo y sea sincero cuando está en actitud de juego”.

Schaefer y Drewes (2013), también reconocen y reiteran el valor de las emociones positivas en terapia al afirmar que: “a decir verdad, no puedo pensar en un solo problema que se presenta o situación en la que el aumento de las emociones positivas no serían útiles para un cliente” (p.115). A partir de esta reflexión, repararemos, de un modo más concreto, en los efectos de las emociones positivas en la terapia de juego.



## EFFECTOS DE LAS EMOCIONES POSITIVAS EN LA TERAPIA DE JUEGO

Tomando como referencia los trabajos de Fredrickson (2001); Tugade y Fredrickson, (2004); Fredrickson y Branigan (2005) y Fredrickson y Losada (2005); Kotman (2014) y Schaefer y Drewes (2013), procedemos a realizar un resumen de los efectos que tienen las emociones positivas en la terapia de juego, tanto en la propia sesión, como posteriormente.

<b>EFFECTOS GENERALES DE COMPORTAMIENTO DURANTE LA SESIÓN</b>
Facilita la construcción de una alianza terapéutica y un mejor asesoramiento
Generan el cambio terapéutico y el movimiento de apoyo hacia la salud mental positiva
Surgen motivos para continuar asistiendo a la terapia, incluso cuando el proceso resulta doloroso y/o difícil
Relaja a los clientes que están demasiado tensos
Aumenta la satisfacción con la vida, las habilidades de afrontamiento, una sensación de bienestar, la capacidad de recuperación y el éxito
La creatividad, habilidades cognitivas, y la solución de problemas también se ven reforzadas por las emociones positivas
Las emociones positivas (humor, diversión...) generadas en y por el juego, pueden contribuir a los cambios de comportamiento positivos y pueden mejorar el funcionamiento social

*Tabla 5.09 Influencia de las emociones positivas, en terapia de juego (Síntesis de la autora)*

Conviene analizar brevemente la relación entre bienestar, juego y felicidad pues guardan relación con las emociones positivas. Bienestar y felicidad son conceptos sinónimos que se vinculan al juego. Así lo demostraron Tkach y Lyubomirsky (2006) que en su estudio describieron ocho estrategias generales y formas que tiene la gente de conseguir la felicidad y entre ellas se encontraba el ocio activo que está relacionado con el "juego".





<b>EFFECTOS SOBRE LA SALUD</b>
Pueden mejorar la salud física y, por consiguiente, el bienestar
Promueven la salud emocional y psicológica, por tanto, también el bienestar
Pueden retardar la progresión gradual hacia la enfermedad y amortiguar su avance, incluso retrasar la muerte
Proporcionan alivio del dolor y el malestar. Aumenta la capacidad de recuperación
Promueven la longevidad
Posibilitan el afrontamiento positivo y la confianza interpersonal
Aumentan la satisfacción de vida y la felicidad
Aumentan la satisfacción de vida y la capacidad de recuperación
Aumentan la satisfacción de vida y la capacidad de recuperación

Tabla 5.10 Influencia de las emociones positivas, en la salud (Síntesis de la autora)

<b>EFFECTOS EN EL AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD (CONFLICTO)</b>
Amortigua el efecto frente a los resultados de mala salud, permitiendo su aceptación y adaptación
Abren la mente y aumentan la confianza, en el <i>paso atrás</i> en sus problemas actuales y ayudan a considerarlos desde múltiples ángulos
Mejor afrontamiento con amplitud de miras y durante mayor período de tiempo
El humor positivo puede ser utilizado para cambiar el comportamiento agresivo y mejorar el conflicto, generando habilidades que proporcionen soluciones. El humor, la diversión, los juegos y la expresión de las emociones positivas pueden mejorar el funcionamiento social

Tabla 5.11 Influencia de las emociones positivas, en el afrontamiento de la enfermedad (Síntesis de la autora)



Se puede definir la felicidad “como una forma abreviada de referirse a la experiencia frecuente de las emociones positivas” (Lyubomirsky, King y Diener, 2005:820 y 829). Además estos autores también llegaron a varias conclusiones que relacionan estos conceptos:

- El afecto positivo -distintivo de bienestar- puede ser la causa de muchas de las características deseables, los recursos y los éxitos, correlacionados con la felicidad.
- El éxito conduce a la felicidad y el afecto positivo engendra éxito.
- La gente feliz experimenta frecuentes estados de ánimo positivos.
- Personas felices son relativamente más enérgicas y más involucradas en una variedad de actividades sociales, recreativas, ocupacional y física actividades.

Ya Fredrickson (2001) defendía que “las emociones positivas sirven como marcadores de florecimiento, o el bienestar óptimo” (p.1), resaltando en esta definición, el concepto y metáfora “florecer” que también es usado por otros autores, como Fredrickson, y Losada, (2005), que aportan una definición de esa palabra partiendo del trabajo pionero de Keyes (2002), en el que se mide la salud mental de forma positiva, en vez de por la ausencia de enfermedad mental, puesto que la considera como un “síndrome de síntomas de sentimientos positivos y funcionamiento positivo en la vida” (p.207), donde Keyes (2002), asocia el *florecimiento* con un nivel ideal en la persona:

“florecer significa vivir dentro de un rango óptimo de funcionamiento humano, que connota la bondad, –indexada por la felicidad, la satisfacción- (...); la generatividad -indexada por los repertorios de pensamiento-acción ampliado- y el crecimiento -indexado por los beneficios de soportar los recursos personales y sociales- y la capacidad de recuperación -indexada por la supervivencia y el crecimiento en el período posterior a la adversidad- (p.1 y 10).

Vinculando este factor terapéutico con el fondo sustancial de esta Tesis, podemos afirmar que, las **emociones positivas son terapéuticas** porque se relacionan directamente con la salud en un contexto de enfermedad. Se ha demostrado esta afirmación en un estudio de 73 personas (21-82 años) con diagnóstico reciente de cáncer (Collins, Hanson, Mulhern y Padberg, 1992), concluyendo que los afectos positivos mejoran la calidad de vida de este tipo de pacientes. En otro estudio similar, (Gil, Carson, Porter, Scipio, Bediako y Orringer, 2004) se examinó que, el grado del estado de ánimo diario y el estrés, se asocian con el dolor y que un estado de ánimo positivo conllevó (en 41 adultos de 36 años de edad media con enfermedad de células falciformes) a un menor número de llamadas al médico, menos uso de medicamentos, disminución de dolor en los dos días siguientes, por lo que se demostró que el estado de ánimo positivo puede servir para compensar los efectos negativos del dolor y otros síntomas de la enfermedad.



Además según varias investigaciones, entre ellas el reciente informe *“La Felicidad y la Percepción de la Salud”* (2011) realizado en colaboración con el equipo de investigación en psicología positiva de la Universidad Complutense de Madrid que dirige el profesor D. Carmelo Vázquez, y otros estudios anteriores (Benyamini, Idler, Leventhal, y Leventhal, 2000; Wengler y Rosen, 1995; Pressman y Cohen, 2005) afirman que las personas felices se consideran a sí mismas más saludables, es decir con una percepción subjetiva de una salud mayor que las personas que no están felices; también tienen menor número de síntomas físicos. En otra investigación, (Goldman, Kraemer, y Salovey, 1996) ponen de manifiesto que las personas que se esforzaron por mantener sus estado de ánimo feliz, sufrieron menos enfermedades

Cerraremos el análisis de este factor terapéutico, con la importante alusión a las emociones positivas que proporciona el juego y que hacen Schaefer y Drewes (2013:177):

“Las emociones positivas son una fuente de sanación increíble (...) Es fundamental incorporar la diversión y el placer en las sesiones de terapia de juego y hay una investigación empírica (y la química del cerebro) para probarlo”.

#### **5.5.2.5. CONTRACONDICIONAMIENTO DEL AFECTO NEGATIVO Y DE LOS MIEDOS**

Este factor terapéutico es abordado por la mayoría de las clasificaciones encontradas. Sólo en tres de ellas no se recoge (Schaefer, 1993; Schaefer, 2001 y Ray 2011). Según Schaefer y Drewes (2013:121), el “contracondicionamiento del efecto negativo o de los miedos”, paradójicamente no ha sido demasiado abordado en las investigaciones de terapia de juego, a pesar de considerarlo estos autores, como una de las “potencias terapéuticas más útiles de juego, que se refiere a la reducción y extinción de una respuesta de miedo/ansiedad a un estímulo” ayudando al paciente a controlarlo y relajarse. También opina así Kottman (2014:7) cuando indica:

“en la terapia de juego, los niños pueden expresar y, a veces dominar estos temores, mediante la interacción con los juguetes o artículos de arte, y reproducir el contenido de una manera que les permita experimentar el miedo y reconocer que tienen las habilidades para enfrentarse a él, cuidando de sí mismos”.

Este factor terapéutico está influenciado por varios dos aspectos, inicialmente antagónicos:

Por un lado hay que considerar o no la evidencia que ponía de manifiesto Schaefer (1999:10), en su argumento, al reflexionar que: “dos estados internos mutuamente excluyentes, como ansiedad y relajación o depresión, y ganas de jugar, no pueden coexistir ni ser experimentados al mismo tiempo”.



Por otro lado, existe todo un campo epistemológico que fundamenta este factor terapéutico, dándole sentido; recordaremos que, desde la psicología, se emplea el concepto de “contracondicionamiento” y que Echegoyen y Blanco (s.f) lo definen como:

“un recurso terapéutico propio de las escuelas conductistas. Esta técnica de modificación de la conducta consiste en presentar el objeto que provoca una conducta que queremos eliminar -por ejemplo, el objeto que produce una fobia- de tal modo, que el sujeto lo experimente como poco amenazante y junto con un estímulo muy positivo, como puede ser la comida. De esta manera, podemos enseñar al sujeto a responder positivamente ante el estímulo que antes provocaba en él una respuesta negativa” (s.p).

Por lo expuesto, este factor terapéutico está recogido, entre otros, por autores como Sherrington y Pavlov (1906) o Watson (1924) en sus investigaciones sobre desensibilización sistemática y, sobre todo, tiene su origen en las investigaciones del psiquiatra Josep Wolpe (1958) y su “principio de inhibición recíproca” que defendía que:

“Si puede hacerse que la respuesta que inhibe a la respuesta de ansiedad ocurra en presencia de estímulos que provocan la respuesta de ansiedad, dicha respuesta debilitará el vínculo existente entre estos estímulos y la respuesta de ansiedad” (Wolpe 1977:32, citado por Stella, 1998:165)

De manera similar, y de acuerdo con Schaefer (1999:10), “los sentimientos de alegría y el juego se pueden utilizar para contrarrestar y superar esos sentimientos negativos como ansiedad o depresión” y así, como indica Shaefer y Drewes (2013:129), “mediante la participación en actividades lúdicas la ansiedad puede ser reemplazada con la calma, el miedo con la diversión, y la parálisis emocional con la risa”.

Cerraremos, a modo de ejemplo, citando una investigación afín a ese planteamiento y a los enunciados de ésta doctoranda: la de Rae, Worchel, Upchurch, Sanner y Daniel (1989) a la que hacen alusión otras investigaciones (Schaefer, 1999; Schaefer, 2012; Schaefer y Drewes, 2013 y Schaefer, 2016), realizada con 46 niños hospitalizados por enfermedad aguda, en la que se concluyó, que los niños que jugaban con material médico y juegos convencionales tenían menos miedos hacia el hospital, una mejor adaptación al mismo y su ansiedad disminuyó. En la misma línea, Schaefer y Drewes (2013), exponen que los miedos de un niño, por ejemplo a la oscuridad o a las arañas y monstruos, pueden reducirse o inhibirse a través de varios recursos y técnicas. Por ejemplo, una manera es jugando con el menor, exponiéndolo gradualmente y de forma divertida, a esos estímulos que rechaza. Otro método puede ser creando imágenes mentales positivas y versiones lúdicas de las situaciones o elementos amenazantes. Por lo tanto, y siguiendo esos ejemplos, se debe conseguir, en estos casos, que el niño, a través de la propuesta de juego, se divierta en una habitación a oscuras o facilitar mediante títeres y/o dibujos que caricaturice y se reía de las



arañas, de los monstruos, exagerando e inventando sus cualidades. Se produce así un dominio de los miedos, y el juego permite este tipo de control sobre las emociones que será detallado posteriormente en el desarrollo de otro factor terapéutico muy relacionado con éste: “dominio/poder/control y autoregulación” (Punto 5.5.4.1).

### 5.5.2.6. INOCULACIÓN / MANEJO DEL ESTRÉS

Este factor terapéutico es tenido en cuenta en la mayoría de las clasificaciones encontradas, salvo en dos de ellas: Schaefer, (1993) y Ray, (2011). Comparando las distintas relaciones, se ha percibido que el estrés se aborda de manera diferente en cada una. Así, hay clasificaciones que analizan el estrés como un único factor, denominado con el concepto “*inoculación del estrés*” (Schaefer 1999; Drewes y Schaefer, 2010, Schaefer, 2012; Kottman 2014); sin embargo otras (Schaefer, 2001; Schaefer y Drewes, 2013; O’Connor *et al.*, 2015), hacen una distinción y abordan el estrés a partir de dos factores terapéuticos diferentes dentro de la misma clasificación, llamados: “*inoculación del estrés*” y “*manejo del estrés*”. Destacaremos la clasificación de Schaefer (1999) que, aunque menciona el factor terapéutico específico de la inoculación, además, incluye otro llamado “*salud física*” cuyo desarrollo prácticamente lo dedica al estrés.

El empleo del término “inoculación del estrés” se refiere a un procedimiento psicológico específico cognitivo-conductual diseñado por Donald Meichenbaum (1987) para reducir el estrés, que favorecía la adquisición de recursos y habilidades de afrontamiento por medio del ensayo de las mismas. Según Ramírez (2004:1), podría definirse como: “una técnica preventiva (...) que tiene como objetivo desarrollar la capacidad de las personas para afrontar situaciones difíciles de ansiedad o dolor, al dotarlas de una serie de habilidades que incrementan sus recursos personales” y, como dato anecdótico, diremos que la investigación de Méndez, Ortigosa, y Pedroche, (1996:199) menciona y describe que: “Meng y Zastowny (1982) desarrollaron una versión de la inoculación de estrés para padres de niños hospitalizados. El procedimiento constaba de las mismas fases que originariamente propuso Meichenbaum (1977)”.

Aunque compartimos el criterio de que algunos autores aborden, como se ha comentado, al estrés desde dos factores terapéuticos diferenciados, usando como nombre de uno de ellos el de la técnica específica mencionada, también consideramos que, esa dualidad, pudiera ser un hecho redundante, por lo que, en la síntesis que está proponiendo la autora en esta investigación, se ha preferido obviar “manejo del estrés” y nombrar a este factor eligiendo únicamente el término “inoculación del estrés”. Los motivos son diversos, por un lado la denominación elegida es la más usada por los diferentes autores y, por otro, incluye, de alguna manera, a la omitida. Pero, sobre todo, la causa de la elección, es porque ese nombre es más concurrente y afín con ésta Tesis, al tener la técnica propuesta por



Meichenbaum, una connotación “terapéutica” que empodera a las personas que se someten a ella. Por último, puntualizar que, de este modo, la nomenclatura seleccionada permite recoger el contenido teórico asociado a ambas denominaciones que, en ocasiones, se han empleado por separado.

La palabra *stress* es de origen inglés y significa “tensión, presión”. Es un concepto que, precisamente, es acuñado por un médico húngaro tras sus observaciones hospitalarias y así lo detalla Gutiérrez García: (1998:22):

“El termino estrés es una aportación de un médico húngaro llamado Hans Selye (1907-1982). Su primera intuición sobre la existencia de este proceso psicológico, se produjo mientras realizaba su rotatorio hospitalario al final de sus estudios de medicina. Observó que todos los pacientes, independientemente de la enfermedad que padecieran, presentaban unos síntomas comunes que denominó el síndrome de “simplemente estar enfermo”, y que posteriormente en su tesis doctoral fue renombrado como “síndrome general de adaptación”. Esto dio lugar a que el resto de su vida lo dedicara al estudio y formalización del concepto de estrés”

Tomando como referencia las definiciones de Fernández-Abascal (2010) y Vindel, (2010), se puede definir el estrés como un mecanismo de adaptación de las personas que les permite reaccionar ante las diferentes situaciones que viven, tanto positivas como negativas, en ocasiones imprevistas, como cambios de rutinas, demandas del ambiente, con recursos biológicos psicológicos y conductuales. Como concreta Vindel (2010:16): “aunque en el uso coloquial del término estrés sólo hacemos referencia a los aspectos negativos, el propio Selye (1974) ya diferenció los dos tipos de estrés: el distrés o estrés negativo y el eustrés o estrés positivo.”

Gutiérrez García, (1998:3) puntualiza que debemos diferenciar entre “distrés, cuando nos referimos a las consecuencias perjudiciales (y desagradables) de una excesiva activación psicofisiológica y eustrés, cuando hacemos alusión a la adecuada activación necesaria para culminar con éxito una determinada prueba o situación complicada (y conlleva emociones agradables)”.

Partiendo de esa reflexión podemos deducir que, a pesar de la diferenciación, el estrés y el distrés son conceptos muy permeables entre sí, pues como indica Vindel (2010:23): “unas mismas condiciones (vivencia o situación) pueden ir acompañadas de emociones de tono hedónico positivo o negativo, en función del control que podemos ejercer sobre las mismas”. Esta reflexión es clave para nosotros, ya que podemos considerar al juego, desde su potencial para la diversión, como un recurso que ayude a tomar el control de la situación estresora y transformar el estrés (habitualmente asociado al distrés) en estrés positivo o eustrés.



Muy recientemente Gallastegui (2016:190), ha concluido en su investigación que: “el juego genera *eustrés*, estrés positivo, mientras que las emociones negativas generan *distrés*, estrés negativo”.

Como ya se ha apuntado, el juego es un recurso que funciona como reductor del estrés y, de forma más específica, bastantes investigaciones defienden que la actividad lúdica reduce la ansiedad en el ámbito hospitalario (Adams, 1976; Wishon y Brown, 1991; Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996) y, de manera más lírica, Schaefer y Drewes (2013:135) también defienden esa idea utilizando una metáfora clínica del juego, afirmando que: “cuando los niños juegan, están usando una vacuna contra el estrés”.

Con lo que, de nuevo, conectamos con uno de los elementos principales que tratamos en ésta Tesis: el juego durante la enfermedad infantil, circunstancia que aprovechamos para insistir, en que es especialmente importante y determinante la actividad lúdica en los menores hospitalizados, ya que estos pequeños pacientes modifican su forma de juego cuando están ingresados debido al estrés que les causa esa situación y sus consecuencias. Así lo defienden McGrath y Huff (2001) en su investigación, que parte del interés por el cuidado del paciente pediátrico y de la motivación por comprender los elementos de estrés que se asocian a los procedimientos médicos durante la hospitalización y, concretamente, el impacto en los niños preescolares de leucemia que están en tratamiento hospitalario intensivo. Este estudio, que hace una comparación con niños enfermos y sanos, obtiene unos datos tan determinantes y elocuentes, que hacen tomar conciencia de la importancia del juego para reducir el estrés en entornos hospitalarios que, con unos resultados tan predecibles como sorprendentes, nos indican que los niños que no están expuestos a los tratamientos hospitalarios, ni están traumatizados por una experiencia clínica y/o médica, buscan, de forma natural, información para entender sus dudas sobre la enfermedad y los procedimientos médicos; también tienen interés, una curiosidad “ingenua, alegre”, en explorar el propósito del equipo médico, son muy poco sofisticados en la comprensión de las explicaciones de los profesionales y es frecuente que integren al equipo médico en su juego. Por el contrario, también concluyeron que, cuando los niños han tenido una experiencia médica indirecta con los hospitales, porque algún familiar cercano es el que la ha vivenciado, mostraban menor disposición y mayor limitación a jugar espontáneamente con los sanitarios y la confianza ingenua fue sustituida por más temor. Únicamente los niños que no querían jugar con el personal médico fueron los que vivenciaron con anterioridad una situación médica, y concreta la investigación que estos datos:

“...proporcionan una información de base importante para la comprensión de las reacciones de los niños con leucemia que están expuestos a situaciones médicas. (...) indican (los datos) que tienen una respuesta de fuerte evitación al equipo médico, ya sea jugando obsesivamente durante largos periodos con el equipo o evitando intensamente cualquier contacto con él. La alegría y la ingenuidad de los





preescolares sanos contrasta enormemente con (...) la sofisticada seriedad de los niños con leucemia” (McGrath y Huff, 2001:460).

Quizá sea la ansiedad, o el afán por superarla, la que influya en que el niño elija un determinado tipo de juego como propone Gilmore (1966) (citado por Slade y Wolf, 1994:39), que encontró que los niños hospitalizados mostraron más interés y preferencia que los no hospitalizados, por los juguetes relacionados con el hospital.

Continuando en el ámbito hospitalario y analizando las potencialidades del juego como reductor del estrés, concretaremos que, el juego terapéutico puede ser necesario para corregir conceptos erróneos o una mala experiencia médica que haya tenido el niño, y como reparan varias investigaciones (Schaefer, 1999; Drewes y Schaefer, 2010, Schaefer, 2012; O'Connor *et.al.*, 2015), al introducir y representar en el juego, a través de los juguetes y recursos lúdicos, los elementos que provocan al niño estrés y conflicto, tanto en el momento presente o de forma anticipada a algún acontecimiento, se posibilita un acercamiento imaginario a la situación, una familiarización, una especie de ensayo previo, una toma de conciencia de lo que se puede esperar y puede ocurrir en cada situación, tomando un rol activo ante ella, que le proporciona una sensación de dominio y control. Así, este hecho permite elaborar y modificar estrategias de afrontamiento, de protección contra el evento, de manera más cómoda y menos atemorizante para el niño, permitiéndole construir, sobre sus fortalezas, un aprendizaje de recursos y una gestión de emociones para poder aplicarlos. Para esto el personal sanitario debe estar atento y preparar lo necesario como recomiendan, específicamente, Schaefer y Drewes (2013:51):

“Después de evaluar cuál será la situación estresante para el niño, el clínico reunirá herramientas basadas en el juego, es decir, juguetes y materiales relacionados con el estresor que le permitan al niño jugar lo que sucederá durante el evento estresante. Por ejemplo, el niño que va a someterse a una cirugía puede disponer de juguetes médicos, así como de estetoscopios, jeringas, máscaras, (...) y otros instrumentos específicos para la cirugía concreta del niño (...). El juego de inoculación de estrés también debe preparar al niño para los efectos de la cirugía en su cuerpo. Así, para un niño que va a recibir una ostomía, mostrando al niño una muñeca con un estoma (el extremo del intestino que está fuera del cuerpo después de la cirugía), así como una bolsa de ostomía, cinta, gasa y spray adhesivo permiten al niño ver y jugar las formas, para hacer frente a la cirugía”.

Schaefer y Drewes (2013) también destaca otras cualidades beneficiosas del juego en la reducción del estrés, que son: relajación, oportunidad de autoconsuelo, autorregulación, desensibilización gradual gracias al juego simbólico y de fantasía. Hay que tener en cuenta, como ya se ha visto anteriormente, que las emociones positivas generadas por el disfrute durante el juego, permiten percibir las situaciones menos estresantes y conflictivas, reduciéndose la ansiedad.



En el juego ocurre lo que indica, de una forma general, O'Connor *et al.*, (2015:52): “las emociones de la alegría y el placer que despierta el humor son particularmente útiles, porque son incompatibles con la sensación de estrés”; de acuerdo con Schaefer y Drewes (2013), juego y estrés son conceptos opuestos y recíprocamente excluyentes. El juego, es un medio de control del estrés, por lo que favorece su reducción y además, proporciona de cambios fisiológicos, cognitivos, aumenta la productividad y mejora el sistema inmune.

Como información complementaria, diremos que el libro “*Children at play*” de Slade y Wolf (1994) dedica un capítulo específico a la relación entre la ansiedad y el juego, que nos enlazaría con factores terapéuticos ya tratados: “sublimación” (Punto 5.5.2.3), y con otros que se analizarán, como el “dominio/poder/control y autoregulación” (Punto 5.5.4.1) y “fantasía de compensación” (Punto 5.5.4.2), que guardan estrecha relación con el estrés.

Es interesante transcribir un caso que se desarrolla en el contexto hospitalario, citado por Kottman (2014), que pone en evidencia la influencia del juego de un niño en la inoculación del estrés en una situación hospitalaria que le provoca ansiedad, y cómo el menor:

“(…) utiliza las figuras de un médico y varias enfermeras para representar su próxima hospitalización por una operación para corregir un defecto congénito del corazón. Inicialmente, el juego es muy tenso y agitado, casi lloroso. Mientras reproduce en el juego lo que se ha dicho que va a pasar en el hospital, parece estar gradualmente más relajado, incluso sonriendo mientras repite los comentarios hechos por sus médicos y las enfermeras que cuidarán de él” (p.7).

Existen varios estudios que analizan el juego y el estrés en los menores hospitalizados. Es el caso de una investigación llevada a cabo con 203 niños ingresados para cirugía ambulatoria, entre 7 y 12 años, en el que se concluye que, el juego terapéutico pre y post quirúrgico es eficaz para reducir la ansiedad (Li y López, 2008). Por otro lado, el estudio de Barnett (1984), (citado por Slade Wolf, 1994) a niños que eran separados de sus madres el primer día de guardería, también culmina que:

“los niños con mayor nivel de ansiedad en la situación de juego libre mostraron una mayor disminución de la ansiedad que los que no jugaron. Además, los niños muy ansiosos hicieron más juegos de simulación que juegos manipulativos o funcionales y más juegos de simulación que los niños de bajos niveles de ansiedad. Además, para los niños muy ansiosos, la presencia de los compañeros parecía inhibir la reducción de la ansiedad, mientras que el juego solitario parecía ser más eficaz en la reducción de la ansiedad. Este estudio mostró que el nivel de ansiedad influyó en el tipo de juego elegido (pretensión) y que los juegos de simulación se prefirieron después de una situación que provoca ansiedad”. (Slade y Wolf, 1994:41)

Otro interesante estudio de Bennett, Zeller, Rosenberg, y McCann, (2003:43) evidencia la importancia de un elemento, -que es clave y título de esta Tesis-, el humor positivo,



analizando cómo influye en el estrés, en situación de enfermedad y, por tanto, en la salud, concluyendo que:

“las personas con un mayores niveles de estrés tenían un cambio menos positivo de la actividad de las células NK <sup>47</sup> después de la intervenciones -con humor- (...) Según estudios anteriores documentan que el efecto de un breve período de risa, puede ser un método rápido y eficaz para reducir los niveles de estrés”.

### 5.5.3. - III - FACTORES TERAPÉUTICOS QUE MEJORAN LAS RELACIONES SOCIALES

#### 5.5.3.1. APEGO

De acuerdo con Schaefer y Drewes (2013), este factor terapéutico, y el siguiente que se analizará, (“mejora de la relación y competencia social”, Punto 5.5.3.2), son importantes porque están basados en el hecho de, que evolutivamente, estamos constituidos para relacionarnos y conectarnos, debido a que tenemos un “cerebro social”.

Este factor terapéutico es mencionado por todas las clasificaciones excepto por la de Ray (2011) y uno de los primeros autores que introdujo el concepto de apego en el campo de la psicología fue Jhon Bowlby (1973:292), que lo definía como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el que una persona obtenga o retenga la proximidad de otro individuo diferenciado y preferido, que suele concebirse como más fuerte y/o más sabio”.

De acuerdo con Paolicchi, Kohan, Colombres, Pennella, Maffezzoli, Abreu y Bosoer (2012:243), el apego es un “lazo afectivo importante que el ser humano es capaz de establecer con otros y que responde a la necesidad básica de sentirse protegido y ayudado”. Según Bowlby (1973), existen conductas infantiles, instintivas, y con claro valor adaptativo, que promueven el apego, con la función de satisfacer las necesidades de seguridad física y psicológica del niño, como son llorar, reír (y el juego como veremos en este apartado), porque favorecen que los adultos y cuidadores, respondan de forma cercana y protectora con el niño, estableciéndose un vínculo entre ellos. No son comportamientos que se reproducen de la misma manera ante una situación o estímulo concreto, sino que depende de las circunstancias, el ambiente, la retroalimentación, etc. (Delgado, 2004; Feeney y Noller, 2001).

El apego, va más allá de un concepto psicológico ya que existe una Teoría del Apego, fundamental dentro de la psicología contemporánea, desarrollada a finales de los años 50

<sup>47</sup> Células NK, (por su denominación en inglés: *natural killer*) células asesinas, tipo de linfocito del sistema inmunitario



por Bowlby (1973), a la que han contribuido autores como Ainsworth (1989) y Sroufe (1983), entre otros.

A la vista de las investigaciones consultadas (Schaefer, 1999; Drewes y Schaefer, 2010, Schaefer, 2012; Schaefer y Drewes, 2013; O'Connor *et.al.*, 2015), podemos afirmar que, a través del juego, el niño establece apego con: los padres, el terapeuta y el juguete.

El apego es un concepto que está vinculado a uno de los investigadores fundamentales del juego, Winnicott (1972:64), quien también afirma que: “para asignar un lugar al juego postulé la existencia de un espacio potencial entre el bebé y la madre. Varía en gran medida según las experiencias vitales de aquel en relación con ésta o con la figura materna” (p.64) y en unas páginas más adelante de su trabajo, prosigue: “cuando examino los trabajos que señalan el desarrollo de mi propio pensamiento y comprensión, advierto que mi interés actual por el juego en la relación de confianza que puede desarrollarse entre el bebé y la madre fue siempre un rasgo característico de mi técnica de consulta”.

Su planteamiento tiene puntos en común con Bowlby (1973). Las conexiones entre estos autores ya han sido planteada en estudios como Paolicchi, *et al.*, (2012) y también; Bosoer, Paolicchi, y Colombres, (2014:333), quienes afirman que:

“Hay coincidencia entre Winnicott y Bowlby en cuanto a la importancia de la presencia materna en los primeros tiempos de vida y en que la calidad que esta presencia marcará en la constitución psíquica de los niños. La disponibilidad de la madre o figura materna dará lugar a los procesos involucrados en el desarrollo del juego que menciona Winnicott y luego a la formación del apego seguro conceptualizado por Bowlby”.

Por lo tanto, como apuntan varias investigaciones (Schaefer, 1999; Drewes y Schaefer, 2010; Schaefer 2012 y O'Connor *et al.*, 2015) el juego favorece el vínculo afectivo positivo entre padres e hijos, una relación segura y afectuosa y, por tanto, el apego. En la misma línea, Schaefer y Drewes (2013:174) consideran que: “los bebés y los padres están cableados para conectar socialmente y construir lazos de apego emocional a través de la comunicación lúdica”.

Existe una relación directa entre el tipo de apego que el niño tenga con sus padres y su comportamiento social, algo que influye también en el juego. Uno de los primeros estudios en este sentido (Sroufe, 1983), llega a la siguiente conclusión:

“Los niños que a los doce meses mostraban una “pauta segura” con la madre, probablemente serán cooperativos, ingeniosos y populares entre los demás niños. Aquellos que tenían una “pauta ansiosa evitativa”, probablemente serán niños emocionalmente aislados, hostiles y antisociales y, paradójicamente buscarán, de forma excesiva, la atención de los demás. Los que mostraban una “pauta ansiosa



resistente” también buscarán excesivamente la atención de otros, pero probablemente sean niños tensos, impulsivos y con baja tolerancia a la frustración, o también podrán ser niños pasivos”. (Sroufe, 1983, citado por Paolicchi, Sorgen, Abreu, Botana, Bosoer, Olivera, Colombres, Kohan, Pennella, Bozzalla, Maffezzoli, Metz y Nuñez, 2014:70).

En el mismo sentido, otro reciente estudio, Bosoer *et al.*, (2014), también indaga sobre las modalidades de apego entre hijos y padres, pero incluye y analiza además, la relación con el juego que se establece entre ellos, destacando las particularidades halladas en algunos casos: la conducta de juego de los niños varones varía dependiendo de la presencia del cuidador; si éste estaba delante, los menores no se alejaban de él, se mostraban pasivos y se resistían a interactuar con otros niños o personas de la sala de juego; si los padres intervienen en la actividad lúdica, el juego se orientaba hacia la dependencia y no se propiciaba la autonomía ni la creatividad. Sin embargo, cuando el padre desaparece los niños varones desarrollaron una actitud hiperactiva, incluso conductas agresivas hacia los otros niños, características propias de un apego inseguro ambivalente. En otro análisis de este mismo estudio se pudo observar que, en ausencia de los padres, los niños realizaron actividades colaborativas pautadas por las coordinadoras de la sala de juego. Además, en esta investigación se pone en evidencia que los padres que han sido educados bajo la ausencia de estímulo de juego, tienen dificultad para modificar los modelos de crianza recibidos y presentan ciertas carencias para comprender las necesidades de sus hijos, entre ellas, las lúdicas, y por tanto, el apego que establecen con sus hijos es menor. Otro factor que cumplen los padres, e influye negativamente en la creación del apego, y por tanto, en el desarrollo de la actividad lúdica, que destacan los docentes en esta investigación, es el ritmo de vida actual, que es exigente y provoca estados de tensión/agotamiento, y que no facilita que se dedique tiempo para realizar actividades compartidas, desvirtuándose así la posibilidad de apego.

El niño durante su juego, también establece un apego con el juguete. Para reparar en este tipo de apego mencionaremos de nuevo a Winnicott (1972), que introduce un concepto importante en la psicología: el de “objeto transicional”, que es un simple objeto (peluche, trapo, muñeco) con el que el niño tiene apego porque duerme con él, lo acompaña en momentos de ansiedad, soledad o cuando está triste y suple a la madre cuando no está presente. Proporciona placer, seguridad y tranquilidad para el niño por lo que suele tenerlo cerca, hablarle y además desarrolla sus habilidades, capacidades.

El apego tiene varias funciones y beneficios, entre los que destacaremos algunos, apoyándonos en las investigaciones más importantes y recientes encontradas; así, Schaefer (2012) considera que este factor terapéutico del juego, mejora la empatía de los padres, la percepción del ambiente familiar, la autoestima, el modo de apreciar los problemas conductuales del niño, así como del autoconcepto del mismo y de los cambios en su conducta de juego. Bosoer, *et al.*, (2014), partiendo de la investigación de Fonagy (1999),



repara en la consideración del juego como un elemento que incrementa la “capacidad de mentalizar” o “función reflexiva”, es decir, la capacidad para la comprensión de la conducta de uno mismo y de los otros; del mismo modo, considera que el aumento de esta capacidad promueve con más probabilidad el apego seguro. De forma complementaria, Kottman (2014) defiende que, a través del juego, el terapeuta puede estimular respuestas empáticas en los niños, que potencialmente pueden influir en la adquisición de una capacidad más fuerte de conexión con otras personas, un apego seguro con ellas. Además, como apuntan Schaefer y Drewes (2013), los niños con apego seguro tienen ciertas virtudes en su comportamiento que son beneficiosas incluso para la salud:

“los niños con apego seguro comunican sus necesidades con comportamientos y señales emocionales que son claras, directas y fáciles de leer. La forma en que actúan y sienten, parece coincidir con la situación; sus padres o el terapeuta de juego, perciben con exactitud las señales, saben deducir con precisión lo que el niño requiere y responden adecuadamente a esas necesidades. En consecuencia, al cubrirse esas carencias emocionales y de comportamiento de los niños, se consigue que tengan una adecuada y coherente trayectoria de desarrollo que influye en una reforzada y correcta salud” (p.172).

“El apego en la sala de juego (...) por un lado, favorece en los niños su nivel de confort, relajación y compromiso. Además, los niños con patrones de apego seguros, todo lo contrario a los que presentan patrones inseguros, tienen una curiosidad natural, automática, sin preocupaciones en su juego. Ellos tienden a ser fácilmente absorbidos en la actividad lúdica, que suele ser temática, realizándola sin esfuerzo aparente, alegre, satisfactoria, libre, productiva, variada incluyendo comportamientos coherentes, conductas confiadas, interacciones afectivas (...) El juego permite la participación activa del niño en una relación terapeuta-niño. Proporciona una interacción “momento a momento”, de los cuales el terapeuta puede observar con el fin de formar inferencias y conclusiones con respecto al comportamiento y las emociones del niño para favorecer “defensas automáticas”, la capacidad de recuperación y la salud” (p.175).

Curiosamente, igual que ocurría con las emociones positivas, cuando los padres están en sintonía con sus hijos mediante el juego, el apego producido por la actividad lúdica influye bioquímicamente en el organismo liberándose sustancias químicas con efectos beneficiosos, por lo que aumenta el nivel de *oxitocina*, también conocida como la “hormona de la unión”, en función de la cantidad y calidad de la interacción entre el niño y el padre (Gordon, Zagoory-Sharon, Leckman, y Feldman, 2010).

En su estudio Schaefer y Drewes (2013), analizan la relación del apego y el juego estimando que el objetivo general de la terapia de juego basada en el apego, consiste en “reordenar y organizar en el niño experiencias internas a través de interacciones en sintonía y sensibles





con un cuidador, o un terapeuta, para que los sentimientos del niño y comportamientos automáticos lleguen a ser más coherentes y satisfactorios” (p.172) para que pueda desarrollar patrones de pensamiento, comportamiento y emocionales saludables que contrarresten los efectos del trauma o el estrés. Para esto, es necesario que exista un terapeuta sensible, capaz de: percibir, leer y responder con precisión las señales emocionales de los niños, para “re-sintonizarlas” y transformarlas en respuestas saludables, facilitar un entorno de cuidado adaptado y flexible, que responda y satisfaga las necesidades particulares del niño, creándose vínculos emocionales positivos.

Una de las investigaciones que influyeron en el marco teórico del apego dentro del campo de la psicología, fue la de Marvin, Cooper, Hoffman y Powell (2002), quienes diseñaron el “Círculo del Apego” o “Círculo de Seguridad” para ayudar a los padres a establecer un apego adecuado con sus hijos a través de principios básicos para el niño, que en dicho estudio se recogen. Otro trabajo reciente, (Schaefer y Dreves, 2013), complementa, de modo teórico, este esquema considerándolo un recurso que puede ayudar al terapeuta de juego a satisfacer las necesidades básicas del niño a través de interacciones basadas en el juego y, con posterioridad, la investigación de O’Connor *et al.* (2015), matiza que ni siquiera son necesarios juguetes o elementos específicos para las actividades de juego orientadas hacia el apego.

Consideramos interesante, útil y con valor terapéutico, tener en cuenta las propuestas que se establecen en el citado “Círculo del apego”, del que, a continuación, la autora hace una síntesis esquemática, partiendo del modelo propuesto por Marvin *et al.*, (2002:110) y de las aportaciones teóricas posteriores de Schaefer (2013:176-177) sobre el juego. (Ilust. 5.05).

A la vista del esquema, y a modo de síntesis del mismo, resaltaremos la reflexión de Schaefer y Drewes (2013:172):

“cuando estas necesidades se cumplan de una manera integrada en el juego, y en el trabajo conjunto, se construyen habilidades en el niño que le permiten calmarse, regular las emociones, el pensamiento, la conducta y el comportamiento de asociación, y la competencia”.

Para concluir el desarrollo de éste factor terapéutico del juego y vinculándolo con el que a continuación describiremos, anticiparemos que, en la clasificación de Schaefer (2012) no se hace distinción entre “apego” y “mejoría de la relación” por lo que cita un único factor terapéutico denominando con ambos términos “apego y mejoría de la relación” ya que, de alguna manera, guardan relación entre ambos.





## CÍRCULO DEL APEGO

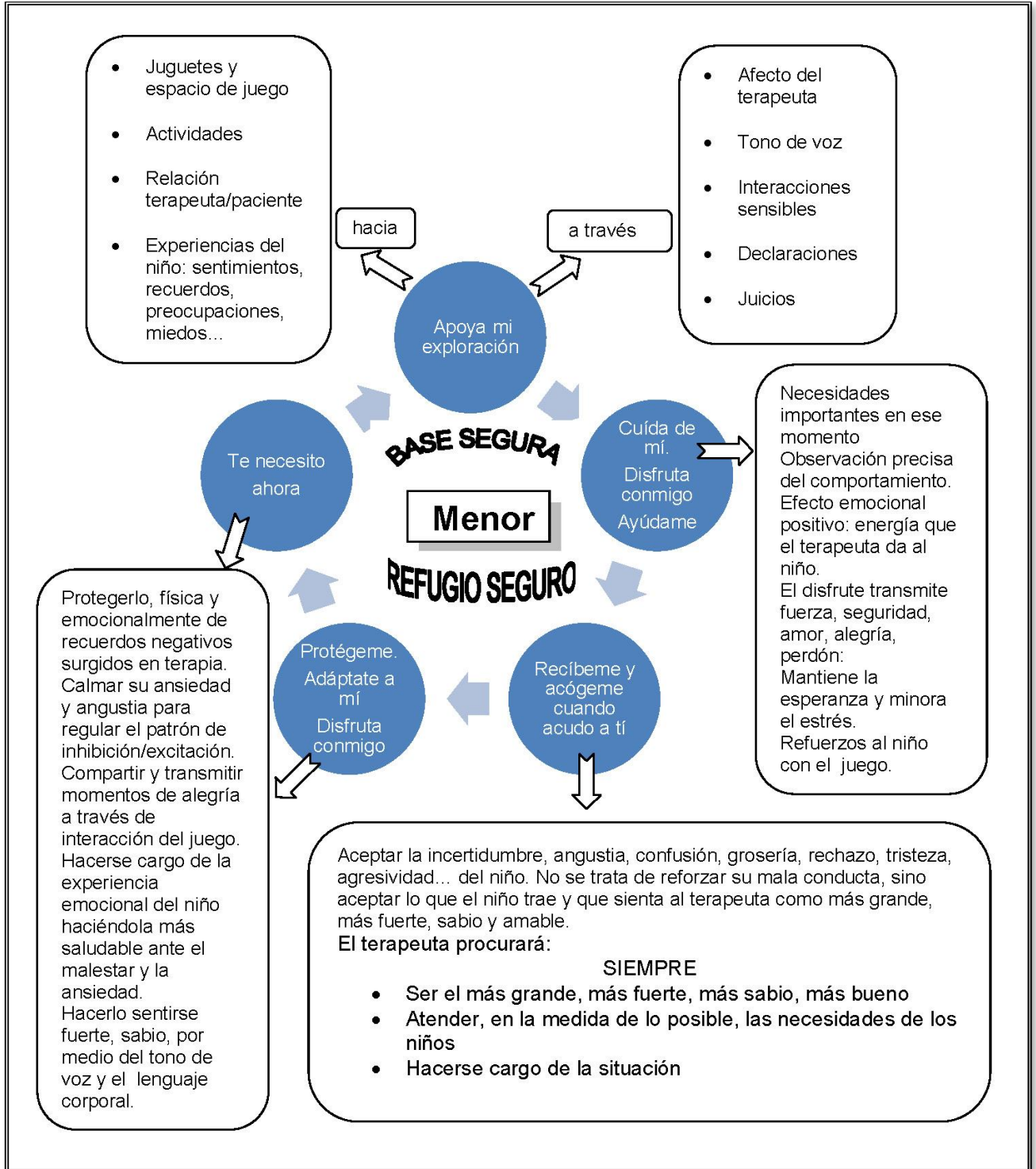


Ilustración 5.05: A partir de Marvin et al. (2002) y Schaefer y Drewes (2013). (Elaboración de la autora)



### 5.5.3.2. MEJORA DE LA RELACIÓN Y COMPETENCIA SOCIAL

Todas las clasificaciones, excepto la más actual (O'Connor *et al.*, 2015), hacen referencia a este factor terapéutico y es uno de los que más denominaciones diferentes ha recibido. La más común es la de: “mejoría de la relación” (Schaefer, 1993; Schaefer, 1999). Aunque hay autores que lo mencionan así, además, lo acompañan de otro concepto semejante, considerándolos ambos, como un único factor terapéutico. Es el caso de Drewes y Schaefer, (2010) y de Schaefer (2012) que lo relacionan con la conjunción “y” al término “apego”. De la misma manera, Kottman (2014), lo vincula a la “construcción del Rapport”. Otros nombres asignados a este factor son: “amistad entre compañeros” y “amistad entre adultos”, términos analizados de forma separada e independiente por Schaefer (2001); “desarrollo social”, terminología que emplea Ray (2011) y “competencia social”, como lo nombran Schaefer y Drewes (2013).

Como se ha apuntado, el hecho de que haya autores que utilizan en el nombre de este factor, el término “apego” se debe a que, de acuerdo con Schaefer (1999), tanto el juego en grupo como la diversión que se genera a partir del mismo, favorecen la cercanía, atracción, la unión de las personas y la afinidad mutua, la creación de amistades y la consolidación de las relaciones. Por lo tanto, tomando como referencia a este autor, se puede decir, que el juego produce “la diversión y el disfrute que son emociones conjuntivas” (Schaefer, 1999:9) y refuerzan, estimulan la motivación y el interés social del niño (Ray, 2011).

En la síntesis que se está haciendo, se ha decidido elegir los términos “mejora de relación y competencia social” para nombrar este factor, al considerar, por un lado, que es la nomenclatura más frecuente y por otro, que son los términos que más se adecúan a la pretensión de este factor terapéutico.

Para aclarar su significado, recurriremos a Schaefer y Drewes (2013) que se refieren a la competencia social como el conocimiento, adquisición y utilización correcta, apropiada, exitosa y deseable de las habilidades sociales, es decir, saber cuándo han de usarse o inhibirse en función de las circunstancias. Destacan, como más comunes, las que están relacionadas con la comunicación, autocontrol de los impulsos, empatía, reciprocidad, el reconocimiento y control de las emociones, la cooperación y la diversión. Estos mismos autores hacen referencia a Stuart Brown, psiquiatra y fundador del Instituto Nacional de Juego de los Estados Unidos, quien defiende que el juego es la piedra angular de todas las relaciones personales y tiene sus raíces en la relación de amor.

Se ha investigado, como se verá en los estudios que se detallan a continuación, que el juego es especialmente importante y determinante para el desarrollo de la competencia social, mejora las relaciones y es el recurso principal, mediante el cual, los niños aprenden habilidades sociales, capacidad que una vez adquirida, influye también en la salud. Esta reflexión pudiera resultar evidente y predecible pues, si nos detenemos en analizar las



propias características de la actividad lúdica, se llegará a la conclusión de que en ellas están, de forma implícita, las cualidades que dan nombre a este factor terapéutico. Así, por un lado, el potencial del juego para fomentar la competencia social, queda de manifiesto en la condición simbólica del juego, a través de la cual, el niño, de manera lúdica, pone en práctica y ensaya futuros roles, tareas sociales, etc. Carbelo y Jáuregui (2006:27), insisten en este motivo, refiriéndose al juego como:

“(...) una práctica de futuras competencias, que permite ir creciendo y desarrollándose como persona y miembro de la sociedad. Los niños, que aún lo tienen todo por aprender, juegan con su entorno, sus compañeros y sus cuidadores para ir aprendiendo a moverse, a percibir, a relacionarse, a comunicarse y a realizar todas las rutinas y actividades requeridas por su cultura (...) el juego va mucho más allá, extendiéndose a otros terrenos como la competencia social, sexual y lingüística”.

Además, por otro lado, la propia estructura y metodología del juego, nos demuestra que es un recurso que mejora las relaciones sociales, por dos motivos. En primer lugar, para poderse llevarse a cabo, necesita que los participantes del mismo interactúen, se pongan de acuerdo y empaticen; en segundo lugar, el juego provoca, estimula y genera la risa, la diversión que es un elemento de cohesión grupal, que permite además, como apuntan Carbelo y Jáuregui (2006), que los individuos tengan más sentido del humor y con ello, sean más competentes, activos socialmente, más cercanos, menos estresados, más satisfechos con las relaciones sociales, en definitiva, con mayor y mejor competencia social.

Creemos importante reparar en algunos estudios sobre el juego que, desde un plano más científico, aportan datos cuantificables. Connolly y Doyle, (1984) realizaron una investigación con 91 menores de edad escolar, concluyendo que los niños que participan con más frecuencia y complejidad en el juego de fantasía social, fueron calificados por sus profesores como niños con un mayor grado de: popularidad, capacidad de asumir roles sociales, habilidad para comprender a otras personas y con más participación en actividades sociales positivas, que sus compañeros, por lo tanto eran más competentes socialmente. En la misma línea, Gagnon y Nagle (2004), descubrieron que los niños considerados en riesgo, por dificultades académicas, que participan en situaciones de juego interactivas con sus iguales, eran más propensos a tener buenas habilidades sociales y, por tanto, ser más competentes socialmente. Por otro lado, la competencia social y la mejoría de la relación pueden llegar a ser saludables, ya que como indican varios estudios (Bay-Hinitz, Peterson, y Quilitch, 1994; Romera, 2008) los niños que participaban en juegos cooperativos disminuían sus comportamientos agresivos.

De acuerdo con Schaefer (2013:192), “el juego es una modalidad particularmente útil de enseñar y fomentar el desarrollo de la competencia social” que puede tener un valor terapéutico.



### 5.5.3.3. EMPATÍA

Este factor terapéutico es mencionado en varias investigaciones, concretamente en las actuales, omitiéndose en las más antiguas (Schaefer 1993, Schaefer 2001; Ray, 2011). En todas las relaciones, recibe el mismo nombre y Kottman (2014), además, lo complementa añadiéndole el término “toma de perspectiva”, concepto que ya incluía, en su definición de empatía, Moya-Albiol, Herrero y Bernal (2010), como se verá más adelante.

Se basa este factor en el hecho de que las personas somos seres sociales por naturaleza. Desde nuestra fisiología y sistema neurobiológico estamos capacitados para percibir, comprender, predecir y responder a los estados internos y emociones de los demás, como parte de un mecanismo de adaptación, defensa, perpetuidad, crianza y supervivencia social (Schaefer y Drewes, 2013).

Tomando como referencia varias investigaciones (Kottman, 2014; Schaefer, 1999; Drewes y Schaefer, 2010 y Schaefer 2012 y O'Connor *et al.* 2015) podría definirse empatía como la capacidad de ver las cosas desde la perspectiva del otro, imaginando y comprendiendo sus experiencias, sentimientos, pensamientos, actitudes y opiniones.

De una forma metafórica, Goldman (1993) (citado por Decety y Lamm, 2006:1148) se refiere a ella como “la capacidad de ponerse en los zapatos mentales de otra persona”. Moya-Albiol, Herrero y Bernal (2010:90) aporta una definición más amplia y técnica:

“(...) capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar a partir de lo que se observa, de la información verbal o de la información accesible desde la memoria (toma de perspectiva), y la reacción afectiva de compartir su estado emocional, que puede producir tristeza, malestar o ansiedad. Así, la empatía debe favorecer la percepción tanto de las emociones (alegría, tristeza, sorpresa) como de las sensaciones (tacto, dolor) de otras personas”.

La empatía despierta sentimientos como la compasión, bondad, ternura y simpatía (Decety y Lamm, 2006). Es algo fundamental para toda persona y, sobre todo, en las primeras etapas de la vida, pues la calidad de las relaciones empáticas que el niño haya tenido, determinará el tipo de relaciones sociales que tenga en el futuro, su comportamiento, razonamiento moral y expresiones emocionales, su capacidad de autorregulación, de comprender a los demás, de compartir experiencias, necesidades, objetivos; en definitiva su éxito social, ocupacional y profesional (Schaefer y Drewes, 2013). Está asociada a las neuronas espejo que se consideran que aumentan la capacidad de un individuo para comprender los comportamientos de los demás (O'Connor *et al.*, 2015), pues son aquellas que permiten la imitación inconsciente, refleja, automática, a veces sincronizada, de aquello que vemos en la otra persona. Se trata de un efecto también conocido como mimetismo somático, el contagio emocional o el efecto camaleón, que favorece el establecimiento de las relaciones sociales y específicamente, como indican Pfeifer, Lacoboni, Mazziotta, y Dapretto (2008), permite el



vínculo entre las expresiones, acciones, intenciones y emociones entre dos o más personas, creándose una sintonía entre ellas.

La empatía está relacionada y se genera en el juego, en la medida que éste conlleva la participación y relación entre varias personas. De este modo, la actividad lúdica se desarrolla mejor y aporta un mayor beneficio personal cuando tiene lugar en un contexto de comprensión entre los participantes y las personas cercanas. Al mismo tiempo, este entendimiento favorece que el juego se siga produciendo.

El estudio de Howes (1988) (citado por Schaefer y Drewes 2013:197) llega a unas reveladoras y curiosas conclusiones. Por un lado, pone en evidencia, que quien practica un determinado tipo de juego, como por ejemplo el de simulación, es percibido por las personas del entorno, como cordial y más empático; así, los participantes de esta investigación, preescolares de 1 a 6 años de edad, recibieron calificaciones de simpatía y sociabilidad - cualidades relacionadas con la empatía- por parte de los compañeros y profesores, cuando practicaban este tipo de juego.

Este factor terapéutico del juego va ampliándose y consolidándose conforme la actividad lúdica se desarrolla. Así lo ponen en evidencia Lester y Russell (2011:21):

“A medida que el juego va desarrollándose los niños son más conscientes de las acciones, emociones, motivaciones y deseos de los otros y, como respuesta, ajustan sus propias acciones. Esta sincronía es la base para la empatía mediante representaciones neurales compartidas, la conciencia de uno mismo, la flexibilidad mental y la regulación de las emociones”.

En la misma línea, Kotman (2014:11-12) también defendía esta idea afirmando que: “a medida que los niños asumen diferentes roles en su juego, pueden aprender a asumir las perspectivas cognitivas y afectivas de los demás”.

Además, la empatía tiene repercusiones positivas en la salud ya que puede reducir el estrés, posibilita sobreponerse después de un trauma (Ludy-Dobson, Perry y Gil, 2010) incluso, puede ser un elemento clave de un cambio afectivo para los niños traumatizados (Green, Crenshaw y Kolos, 2010). Por eso la empatía debe usarse en terapia. Pitillas (2012:150) apuntaba que:

“La tradición humanista o centrada en el niño nos propone un modelo de terapia donde el acto de jugar por parte del niño, combinado con el acto de empatizar y de reflejar los estados de ánimo y las necesidades, por parte del terapeuta, son suficientes para que se produzcan cambios”.

Durante la terapia de juego, el niño y el terapeuta refuerzan la empatía a través de varios recursos, como ponen en evidencia Schaefer y Drewes (2013:201): “contacto visual, gestos faciales, observan y leen los movimientos del cuerpo, creando un estado de sintonía



emocional (acoplamiento neurológico de las neuronas espejo)”. Por esto, de acuerdo con varias investigaciones (Blanco, Muro y Stickley, 2014 y Schaefer y Drewes, 2013) la empatía debe ser el resultado deseable de la terapia de juego y una importante herramienta terapéutica.

La actividad lúdica es el recurso de los terapeutas de juego, pues sirve para entender mejor al niño en la terapia, conocer mejor su situación ya que, la autenticidad y la aceptación incondicional que genera la empatía durante la terapia de juego, facilitan que el niño exprese sentimientos dolorosos y experiencias internas, a través de la naturaleza simbólica del juego (Axline 1947; Landreth 2002, Rogers 2007). Se posibilita así una relación terapéutica empática que será determinante en la aplicación de estrategias terapéuticas eficaces, el buen resultado de la terapia, el bienestar de los niños, sus familias y, en definitiva, el desarrollo saludable del niño. Además, es importante que los terapeutas jueguen empáticamente con los menores para que tengan una mayor auto-aceptación y auto-entendimiento y, al mismo tiempo, desarrollen la capacidad de tratar a los demás con empatía.

De acuerdo con Schaefer y Drewes (2013:195), es urgente y muy importante, que los terapeutas de juego entiendan la empatía como “una dimensión de gran alcance en un tratamiento eficaz y en una dimensión del desarrollo del niño sano, que facilita a ambos”.

#### **5.5.3.4. ALIANZA TERAPÉUTICA O CONSTRUCCIÓN DEL *RAPPORT***

Este factor terapéutico del juego podría estar basado en la idea de que ninguna estrategia, técnica o metodología, más aún, si pretende ser terapéutica, puede ser eficaz sin el establecimiento de una relación de ayuda con otra persona (O’Connor *et al.*, 2015).

Salvo la clasificación de Schaefer (1993), todas las analizadas, tienen en cuenta este factor terapéutico, puntualizando que, de forma indirecta, Ray (2011) en la descripción de otro factor relacionado con este y denominado por él como “desarrollo social”, hace alusión al potencial del juego como facilitador de la relación terapéutica cuando afirma que: “el juego no sólo permite la expresión del mundo del niño, sino que también promueve la comunicación entre el niño y el terapeuta en el caso del grupo de terapia de juego, entre pares” (p.14).

Igual que ocurre con otros factores terapéuticos, nos llama la atención la variedad de denominaciones que éste ha recibido a lo largo de todas las clasificaciones encontradas. La primera lista, (Schaefer 1993), lo menciona como “superación de la resistencia”, nombre peculiar, en comparación con el calificativo que suelen asignarle a este factor las demás relaciones aunque, como se verá más adelante, completamente justificado. Este término





también fue usado recientemente, de manera transversal e independiente, por Kaduson y VanFleet, en Schaefer (2012:114). En otras ocasiones, se ha mencionado como “formación de alianzas” (Schaefer 1999) o, simplemente, “alianzas” (Schaefer, 2001), “relación terapéutica” (Schaefer y Drewes 2013, O’Connor *et al.*, 2015) y “construcción del rapport” (Drewes y Schaefer, 2010; Schaefer 2012). Como ya comentamos (en el primer párrafo del punto anterior), Kottman (2014) también utiliza este concepto junto al de “mejora de la relación”, como un único factor. Reddy, Files-Hall y Schaefer, (2005) también reparan en este potencial del juego, refiriéndose a él como “consolidación de la relación” (p.4).

Todas las denominaciones empleadas podrían considerarse sinónimas porque su significado pudiera ser similar, aunque según las fuentes y autores, son conceptos que se tratan, bien de manera independiente, o de forma indistinta y arbitraria. Es frecuente que las investigaciones utilicen estos conceptos, simultáneamente, como semejantes. Así, el psicólogo valenciano Fernando Pena Vivero (2016) en su blog, establece como sinónimos “alianza terapéutica” y “rapport” definiéndolos como “una buena conexión con el paciente, que hace que éste se sienta aceptado y comprendido por el terapeuta”. Incluso un diccionario de psicología (Consuegra, 2004) emplea en la definición de “rapport” el término “relación terapéutica”. Las denominaciones de “empatía” o “mejoría de la relación” también se han vinculado a esta lista de conceptos que se vienen enumerando en varias investigaciones (Kottman, 2014; Schaefer y Drewes, 2013). Schaefer (2013) al describir el factor “relación terapéutica” se refiere a ella como “alianza terapéutica”, y la define así: “la alianza terapéutica es un término que abarca la descripción de una serie de factores de interacción y relación terapeuta-cliente, entre un terapeuta de salud mental y un cliente” (Schaefer y Drewes, 2013:157).

Recordaremos que, como ya anticipábamos en el Capítulo 4 al referirnos a los datos biográficos de Francesco Tonucci, (Punto 4.15.3.1), que Masera y Tonucci (2004) en su libro “Queridos padres”, dedicado a familiares directos de niños oncológicos, ya hacían alusión a este concepto, pero en su descripción era más amplio el número de personas implicadas en él, no limitándose a paciente terapeuta sino que: “es necesario que todos los implicados en vencer la enfermedad se alíen para trabajar juntos: médicos, enfermeros, animadores, psicólogos, asistentes sociales, educadores, así como los padres” (p.23-25).

Partiendo de distintas investigaciones (Corbella y Botella, 2003; González, 2005 y Méndez, Maluenda, Loo, Isla, y Anza, 2007) se puede decir que la alianza terapéutica es un concepto fundamental dentro de la psicología sobre el que han investigado distintos autores, como Richard Sterba (1934) que, como indican varias investigaciones (Martínez y Martín, 2015; Waizmann y Roussos 2009), fue el primero en el ámbito del psicoanálisis, en destacar la importancia de la identificación positiva del paciente con su terapeuta, para alcanzar buenos resultados en la terapia. Desde la perspectiva humanista, Carl Roger (1951) (citado por Corbella y Botella, 2003), también apoyó este concepto pues consideraba que, para





establecerse una buena relación terapéutica, el terapeuta debía de cumplir tres premisas: ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al paciente.

Alianza terapéutica fue un término acuñado, desde el psicoanálisis, por Zetzel, en 1956, pero tuvo reminiscencias anteriores en el campo de la psicología ya que, como indica, Griffin (2014), aunque Freud no usó este concepto, sí teorizó en 1912 sobre él, al defender que la primera actuación del terapeuta, antes de realizar cualquier intervención o interpretación, debía ser desarrollar y establecer, en la relación con el paciente, un adecuado *rapport* como elemento central para un tratamiento eficaz. Para esto, debía demostrar interés y comprensión hacia el paciente, haciendo posible que la parte positiva de éste, estableciera una relación positiva con el terapeuta. Axline (1947) también defendía esta idea dedicándole uno de los capítulos de su libro “Ludoterapia: a dinâmica interior da criança”, al *rapport*.

En la anterior reflexión ha surgido otro concepto que, en algunas clasificaciones de factores terapéuticos, se ha usado para nombrar este factor: *rapport*. (Bernstein, Bernstein y Dana, 1974 y Wilson y O’Leary 1980). Reyes Ortiz, Gheorghiu y Mulligan (1998) definen *rapport* como “estado de mutua confianza y respeto entre el médico y el paciente” (citado por Arango y Moreno 2009:135).

Rodolfo Alpízar Castillo<sup>48</sup> (2014) escritor lingüista y traductor, afirma que este concepto deriva del francés y que significa “relación entre las personas o cosas”. Este autor opina que, quizá se comenzara a usar la forma foránea del término, como extranjerismo, porque es posible que algún especialista considerara que “relación” es un vocablo demasiado común en la lengua española y que, por lo tanto, no aparente el suficiente grado de tecnicismo. Además, opina que, en español, está el vocablo empatía, que no es de uso general, sino especializado del campo de la psicología y que define, incluso con más exactitud, lo que el concepto *rapport* trata de significar, es decir, “el grado de sintonía afectiva que alguien establece con las demás personas y con el ambiente circundante”. Como curiosidad, coincidiendo con este autor, Schaefer (2013:162) utiliza en su investigación una denominación similar “sintonía empática”, refiriéndose así a ella, como:

“El primer factor clave en la creación y el mantenimiento de un vínculo emocional entre el cliente y el terapeuta, es sintonía empática. Sintonía empática se refleja en las relaciones interpersonales, en el juego dirigido por el niño, donde el terapeuta de forma contingente y sensible responde al juego del niño, ofreciendo comentarios de apoyo, expresando interés verbal y no verbal, transmitiendo el calor, y el establecimiento de límites, cuando sea necesario”.

Según Schaefer (2013), la alianza terapéutica es un término que conlleva una serie de factores de interacción y relación entre terapeuta-paciente. Hay definiciones del término

---

<sup>48</sup> Este autor, en su libro: “El lenguaje en la medicina. Usos y abusos” escribe un apartado titulado “*rapport*, relación, empatía”



alianza terapéutica que recogen algunas de estas características que se deben cumplir para que sea positiva. Arango y Moreno (2009:208) considera que la alianza terapéutica es: “una construcción conjunta entre paciente y terapeuta” en la que son relevantes por un lado, las expectativas, opiniones y construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están haciendo, y por otro, la relación que establecen, así como la visión del otro, pues es el vínculo entre ellos el que modula, a la vez, la relación.

También Fiorini (1992), en su libro *“Teoría y Técnicas de Psicoterapias”*, se refiere a este factor terapéutico como “relación de trabajo” y en su definición, al igual que otros autores (Consuegra, 2004; Pena, 2016) tiene en cuenta las características que debe cumplir para ser una relación positiva:

“situación de comunicación cercana en estilo a la relación interpersonal cotidiana: dos (o más) interlocutores sostienen un diálogo con ritmo, gestos, posturas, mímica verbal habituales, comparten una tarea en una relación igualitaria, aunque sus roles son distintos; uno de ellos es experto sobre cierto nivel de la problemática humana, el otro aporta los elementos de testigo directo de esa problemática singular” (Fiorini, 1992:101).

De un modo teórico fue Bordin (1976), citado por Corbella y Botella (2003:208), uno de los primeros autores en identificar tres componentes esenciales que deben existir para conseguir una buena alianza terapéutica:

- 1. Acuerdo de objetivos:** que se quieren conseguir en la terapia. Con estas metas sobre el resultado deseado, el paciente tiene un sentido de propósito común con el terapeuta. Los objetivos ayudarán a diseñar las tareas.
- 2. Acuerdo en las tareas:** se trata de los medios, actividades y métodos terapéuticos necesarios para lograr los objetivos estimados, que deben consensuarse y llevarse a cabo a partir de un trabajo de colaboración para lograr los objetivos estimados (Pena, 2016; Shaefer y Drewes 2013). Según Bordin, las acciones y pensamientos forman parte del trabajo en el proceso terapéutico. Además, considera que será determinante, y configurará el tipo de alianza terapéutica, la manera y la medida en la que estas acciones y tareas se perciban como importantes e influyentes para la mejoría.
- 3. Vínculo positivo:** entre el paciente y el terapeuta que favorezca una relación óptima en la que ambos se sientan cómodos, seguros y en confianza estando juntos, con lo que se evitarán actitudes como estar a la defensiva, con desconfianza, mostrarse muy precavido o inhibido (Consuegra, 2004). Se garantiza también, de este modo, la confianza en el proceso de terapia. Se han encontrado varias investigaciones (Consuegra, 2004; Fiorini, 1992; Bernstein, Bernstein y Dana 1974, citado por Arango y Moreno, 2009; Schaefer y Drewes, 2013; O'Connor *et al.*, 2015) que describen las características que debe poseer



o aportar el terapeuta en la terapia, por lo que haremos una síntesis de los rasgos que en ellas se proponen. Así el terapeuta debe tener:

- Actitud de cuidado y apoyo, activa, flexible y ajustada a cada situación. Mostrar la iniciativa favoreciendo la espontaneidad, la libertad, la creatividad, lo que creará buen clima.
- Utilizar, en cada momento, los recursos necesarios para conseguir una experiencia emocional terapéutica.
- Garantizar la confidencialidad.
- Ser simpático, cálido (con los gestos, con el tono de voz), comprensivo, empático.
- Sintonizar con los sentimientos y actitudes del niño.
- Aceptar y respetar los defectos del niño.
- Ser objetivo en el manejo de las emociones y de los valores, para el cliente no se sienta juzgado.
- Facilitar una comunicación espontánea del niño, estando atento a la descripción que hace del conflicto, animándolo a hablar, evitando interrupciones o pedirle demasiadas explicaciones. Asentir y mostrar gestos de escucha empática que propician la conversación y transmiten tranquilidad. Tratar de comprender el problema desde el punto de vista del cliente. Schaefer y Drewes (2013:161) detallan de manera poética y metafórica, cómo debe ser la comunicación del terapeuta:

“La comunicación es verbal y no verbal, informativa y emocional (...) escuchar con ambos oídos y los ojos y la cabeza y el corazón. Sintonizar con el cliente a través de palabras, gestos, tono de voz, postura y expresiones faciales durante todo el juego”.

Por lo tanto, este autor considera que las propuestas y metodologías favorecen la conexión emocional que, al mismo tiempo, facilita, la consecución de los objetivos y ciertos beneficios (compresión, cariño) que hacen posible el progreso terapéutico.

Dejando a un lado las definiciones terminológicas y reparando en el vínculo que existe entre la relación terapéutica y el juego, destacaremos que Axline (1950:68), una de las investigadoras más importantes del juego en el ámbito terapéutico, al definir su concepto de terapia de juego, ya hacía alusión en él, a la relación terapéutica, dándole valor, afirmando que:

“Una experiencia de juego es terapéutica, ya que proporciona una relación segura entre el niño y el adulto, por lo que el niño tiene la libertad y el espacio para indicar, en sus propios términos, tal como es en ese momento en su propia manera y en su propia hora” (Citado por Landreth, 2012:34).

Para seguir avanzando, es preciso reparar en una observación evidente. El hecho de que los niños no quieran asistir a terapia, no suele ser una opción que elijan voluntariamente, ya



que puede resultarles incómodo hablar con el terapeuta, un adulto desconocido, sobre sus conflictos; que éste les haga preguntas, lo observe y analice.

Por esto, debido a que el niño no llega a terapia con la mejor actitud y disposición, el juego es un buen recurso para involucrarlo en el proceso, a través de las interacciones lúdicas del terapeuta que le ayudarán a superar esa resistencia inicial (Schaefer y Drewes, 2013 y O'Connor *et al.*, 2015). Por este motivo, no es casual, como decíamos anteriormente, que en algunas clasificaciones de factores terapéuticos, se le denomine a este factor como “superación de la resistencia”. Además, el juego sirve como elemento clave a lo largo de todo el proceso terapéutico para la construcción permanente de la relación, de la alianza terapéutica o el rapport, que según Schaefer (2012), ocurre cuando el paciente está motivado en seguir haciendo la tarea y responde positivamente al terapeuta que se muestra alegre, divertido.

Como apuntaba la investigación de Masselos (2003) (citado por Schaefer y Drewes, 2013:161), los terapeutas que están dispuestos a jugar, hacen disfrutar, reír y sonreír; no son percibidos como una amenaza sino como personas accesibles, dignas de confianza, con las que uno se puede sentir seguro y en igualdad de condiciones; por lo que, de esta forma, se puede “energizar la alianza”, pues el juego establece un “vínculo de placer”. Por lo tanto, el terapeuta en el juego se encuentra al mismo nivel que el niño, como un jugador, estableciéndose una relación de confianza que propicia la intervención. De manera inversa, señalar que todas las facultades que se ponen en marcha para establecer el vínculo positivo, al mismo tiempo, están posibilitando el juego.

Para Consuegra (2004:230) “el sentimiento de rapport mantendrá al paciente motivado para el tratamiento y lo motivará para emprender determinados procedimientos de tratamiento” por lo que, de acuerdo con Wilson y O’Leary (1980) (citados por Arango y Moreno, 2009:137) “el rapport debe ser cuidadosamente construido y conservado a lo largo del proceso terapéutico y es de vital importancia que sea mutuo (entre el terapeuta y el paciente, puesto que éste llevará a que la relación se caracterice por la confianza y el entendimiento mutuo”. Por esto Drewes y Schaefer, (2010) y Schaefer (2012) defendían que “uno de los poderes terapéuticos más importantes del juego es el componente relacional de la construcción del rapport” (Schaefer 2012:22).

También hay que tener en cuenta que el juego, por un lado, permite al niño sumergirse en sus problemas lúdicamente, mostrándolos y expresándolos de forma espontánea y natural a través de su medio más habitual, el juego, y por otro, es un instrumento de análisis para el terapeuta que, además, le posibilita vincularse emocionalmente al niño de la manera más natural y más consistente. (Schaefer, 2012; Schaefer, 1999).

Para el buen desarrollo y la continuación del tratamiento, como apuntan Shirk, Karver, y Brown (2011), puede ser especialmente importante que el niño, aunque también el



terapeuta, tengan una alianza sólida con los padres o familiares. Por eso, a través de la actividad lúdica, es interesante que el terapeuta repare en estos aspectos, consolidándolos.

Existen varios estudios que ponen en evidencia la influencia y los resultados terapéuticos positivos de la formación de alianzas. Así, Shirk y Saiz (1992), concluyeron que la calidad de la relación afectiva se asocia con la colaboración del niño hacia el tratamiento para realizar las tareas de terapia. Un estudio posterior de Reyes Ortiz *et al.*, (1998:134) considera que la adecuada relación terapéutica “es esencial para percibir, demostrar y entender los problemas psicosociales del paciente”, lo que seguramente favorezca un mejor diagnóstico y un tratamiento más adaptado. Además permite un aumento de la satisfacción en la atención recibida, calificándola como más humana.

En un estudio actual, realizado en el contexto hospitalario (Müggenburg y Riveros-Rosas, 2012), se demostró que las relaciones interpersonales son uno de los indicadores de calidad más apreciados en un contexto de enfermedad, y que una buena relación paciente-terapeuta influía en aspectos como: la satisfacción del paciente, mayor resolución de problemas, incremento de la eficiencia y calidad general, una mayor percepción positiva del cuidado recibido, incluso, los beneficios de una buena interacción enfermera-paciente, podrían hacer posible una mejoría de datos clínicos, la recuperación y disminución de los días de estancia hospitalaria.

Como ya se explicó en dos factores terapéuticos anteriores, “emociones positivas” (Punto 5.5.2.4) y “apego” (Punto 5.5.3.1), la alianza terapéutica también influye bioquímicamente en el organismo. En este caso, como apunta Schaefer y Drewes (2013:160), el juego aumenta los niveles de oxitocina y “activa las neuronas espejo que ayudan a que el terapeuta resuene con precisión con los sentimientos del cliente”, con lo que la alianza/relación terapéutica es mayor y de mejor calidad.

Por todo esto, de acuerdo con Schaefer (2012:114) “el juego es la mejor manera de crear una alianza con un niño que necesita tratamiento”. En la misma línea Schaefer y Drewes (2013) defienden que:

“el juego es un componente a menudo ignorado, pero esencial en una relación terapéutica con éxito (...) la excitación provocada por el juego puede dar vida y dar energía a una alianza y forjar una relación” (p.157 y p.161).

Para finalizar este factor, como indica Schaefer y Drewes (2013), la investigación en neurociencia social ha aportado evidencias científicas de que un elemento fundamental en la alianza terapeuta-cliente, es la empatía, factor terapéutico del juego que se analizará a continuación.



### 5.5.3.5. COMPETENCIA

Este factor terapéutico ha sido recogido por bastantes clasificaciones de las analizadas (Schaefer, 1993; Schaefer, 1999; Schaefer 2001; Drewes y Schaefer, 2010; Kotman, 2014; Schaefer, 2012). Autores como Ray (2011), Schaefer y Drewes (2013) y O'Connor *et al.*, (2015) no lo integran en sus relaciones y, algunas, como ya se indicó anteriormente lo vinculan al concepto de “autocontrol”, abordándolos ambos como un único factor (Drewes y Schaefer, 2010; Kotman, 2014; Schaefer, 2012).

Según Perrenoud (2004:11) “una competencia es una capacidad para movilizar diversos recursos cognitivos, para hacer frente a un tipo de situaciones”, por lo que, partiendo de esa afirmación, diremos que, la “competencia” está muy relacionada con la habilidad para poner en práctica los aprendizajes adquiridos, con ser independiente en la búsqueda de información y conocimiento y con la resolución de situaciones y problemas. Ser competente implica el sentimiento y la convicción de “ser capaz de” (Schaefer, 1999:15) y tener cierto grado de efectividad para desempeñar cualquier actividad, cumpliendo adecuadamente las demandas de la misma.

El juego es una oportunidad ilimitada para que el niño cree, exprese, imagine, resuelva situaciones, pueda adquirir habilidades y desarrollarlas, aprenda recursos que le permitan adquirir el sentido de competencia y autoeficacia, que influirá en su autoestima y en todos los ámbitos de su vida (Schaefer 1999; Drewes y Schaefer, 2010; Schaefer, 2012). De un modo más específico, y en la misma línea, Kottman (2014) puntualiza que el juego es un recurso para potenciar la competencia porque facilita que el niño pruebe y experimente, comportamientos; detecte sentimientos, actitudes, acciones en las que se siente perdido, incapaz o con miedo al fracaso: “El juego es una excelente vía para ayudar a los niños a practicar haciendo cosas que pueden hacer bien” (Kottman 2014:11).

Al mismo tiempo el juego, le permite al niño practicar las actividades que sí sabe hacer, reforzando esas habilidades, reafirmando en que él tiene capacidad de éxito. Además, de manera transversal, el juego estimula áreas del desarrollo que favorecen la competencia como son: la independencia, la autosuficiencia, la toma de decisiones, la autoestima, la responsabilidad, la confianza en sí mismo. Concluiremos afirmando que, el juego es un aprendizaje y, como tal, contribuye a la competencia.



## 5.5.4. - IV - FACTORES TERAPÉUTICOS QUE AUMENTAN LAS FORTALEZAS PERSONALES

### 5.5.4.1. DOMINIO / PODER / CONTROL Y AUTOREGULACIÓN

Aunque este factor terapéutico está presente en todas las relaciones encontradas, sin embargo, ha sido tratado de un modo diferente en ellas. La mayoría de las clasificaciones, (Schaefer, 1999; Schaefer, 2001; Drewes y Schaefer, 2010; Schaefer, 2012; Kottman, 2014), hacen alusión, de forma simultánea y diferenciada, a dos factores que están relacionados. Así, nombran uno de ellos con el concepto “control/poder” distándolo de otro más específico, bastante parecido, y que, a pesar de la similitud, se aborda de forma independiente: el “autocontrol”. En nuestro caso, no haremos diferenciación y los desarrollaremos de manera conjunta, dada su semejanza.

Matizando las denominaciones de este factor terapéutico, puntualizaremos además, algunos aspectos: Ray (2011) elige el término “dominio” para referirse al poder/control. Del mismo modo, la primera clasificación de factores terapéuticos (Schaefer, 1993), también lo recoge, pero de un modo concreto, nombrándolo como “dominio de los temores del desarrollo”. Las clasificaciones más actuales (Schaefer y Drewes, 2013 y O’Connor *et al.*, 2015) se refieren al autocontrol, como “autorregulación”.

Algunos autores en sus relaciones, (Drewes y Schaefer, 2010; Kottman, 2014; Schaefer, 2012), mencionan el “autocontrol” vinculándolo con la conjunción “y” al concepto de “competencia”, cuando en el resto de clasificaciones se tratan como factores independientes, como haremos también en nuestra síntesis. Sin embargo, el hecho de que se asocien ambos términos, competencia y control, no es casual, porque guardan un vínculo, como pone de manifiesto Schaefer (1999:11) en la siguiente reflexión: “por el dominio de las actividades de juego-control-, los niños desarrollan un sentido de competencia que mejora su autoestima”. En la misma línea Ray (2011:15), defiende que: “el niño utiliza el juego en la terapia de juego para desarrollar un sentido de control y competencia sobre el ambiente”. De forma complementaria, Schaefer y Drewes (2013:302) afirman:

“Cuando los niños resuelven problemas por sí mismos, logran una sensación de dominio y de empoderamiento desde dentro. Cuando los niños experimentan un sentido de la propiedad de sus acciones exitosas se desarrolla un sano sentido de la competencia”.

De acuerdo con Kottman (2014) y O’Connor *et al.*, (2015), disponer de cierto control sobre la vida, los acontecimientos y las diferentes situaciones que ésta depara, es un objetivo y una de las mayores necesidades del ser humano, al que aspira toda persona,





independientemente de su estado o edad; de hecho, el carecer de él, puede provocar sentimientos de vulnerabilidad, incapacidad, inseguridad, resignación, pasividad, impotencia. Estos autores ponen de manifiesto que, en muchas familias, los niños no tienen un control apropiado para su edad, por lo que compensan esta carencia tratando de dominar a los demás y desarrollan actitudes/sentimientos negativos, por eso, ambos autores, defienden lo que muy elocuentemente expresa Kottman (2014), que a través del juego, los niños “pueden aprender a poseer su propio poder y compartir el poder y el control con otros de forma saludable” (p.12). Por lo tanto, es fundamental que cualquier persona, tenga sensación y creencias de control, pues serán las que determinarán su comportamiento, capacidad de organización, acción y su consecución de objetivos, así como estados emocionales que se deriven de los mismos: como la alegría, el orgullo, etc. (Oros, 2005). Puntualizaremos que esa sensación de alegría, felicidad que pudiera producirse a partir de la sensación de dominio o control, propiciará y hará que la persona y/o paciente, esté más propensa a jugar o tener una actitud lúdica.

Debido a su inmadurez y dependencia, los menores no suelen tener control de sus vidas (Schaefer, 1999) y escasos espacios de dominio, que generalmente son administrados por sus cuidadores y figuras de autoridad. En la misma línea, O'Connor *et al.* (2015:54), plantea que: “viviendo en un mundo poblado por gigantes adultos, la mayoría de los niños se sienten con muy poco poder sobre lo que ocurre en la vida”.

En este sentido, llama la atención la reflexión de Bettelheim (1987:41) que relaciona el control y el juego: “la forma en que un niño quiere jugar es muy diferente de la forma en que sus padres quieren que lo haga. El niño, sin embargo, lo sabe mejor”. Según este autor, es frecuente que los padres y los adultos, en general, por motivos desconocidos aún no investigados, no estén satisfechos con la forma de jugar de sus hijos. Por eso, tienen tendencia a imponerle su criterio al niño, diciéndole cómo debe usar el juguete, según su propia suposición que, de alguna manera, corrige al menor. Esto se debe a que los padres desean utilizar y que se utilice el juego y el juguete, de acuerdo con su uso previsto o la forma en la que ellos creen que debe jugarse. Apuntaremos que esto pudiera deberse al afán del adulto por enseñar “más” y enseñar “lo correcto”, unido a una sobreprotección del menor para que alcance, de manera más rápida y mejor, un objetivo o resultado. Se consigue así, de algún modo, el efecto contrario y que el niño no descubra, aprenda, juegue, por sí mismo. Del mismo modo este autor considera que estos consejos y orientaciones, aún con la mejor intención e interés por ayudar, dirigen y dominan el juego infantil, favoreciendo que el niño pierda interés por los juguetes y por el juego porque ya no lo considera propio, sino algo de los adultos, al haber anulado los padres sus intenciones lúdicas. Además esas demostraciones de los padres, coartan la creatividad de los niños y les crean un sentimiento de inseguridad, frustración que les lleva a considerar que sus propias ideas no eran lo suficientemente buenas.



Una de las pocas áreas y tiempos de control del niño, de los que puede disponer a diario, es el juego, un espacio de dominio propio que debe ser respetado y garantizado por los adultos, que no deben interferir o influir con su poder/control en él, para que el niño pueda desarrollarse correctamente. Así lo reivindican Lester y Russell (2011:2):

“Si concebimos el juego como una actividad no controlada por los adultos y como parte integrante de la vida diaria, es necesario pensar más allá de los espacios y los programas dedicados al juego bajo la sanción de los adultos y acercarnos a una consideración ecológica, política, económica y transversal más amplia, sobre la capacidad de los niños de desarrollar el derecho a jugar en sus vidas diarias y en sus barrios, reteniendo, de ese modo, el control” (p.2). (...) En el juego se trata de crear un mundo en el que, en ese momento, los niños tengan el control y puedan salir en búsqueda de lo incierto para conquistarlo” (p.VIII).

Distintos autores ponen de manifiesto que, el juego hace que los niños se sientan con dominio, poderosos (Drewes y Schaefer, 2010; Ray 2011; Schaefer, 2012; Schaefer, 1999). Tras consultar sus investigaciones podemos concluir, que el niño, a través del juego, adquiere el control en dos aspectos importantes:

**1. Control sobre los elementos de juego:** Como indica Schaefer (2012), cualquier actividad lúdica le otorga al niño el poder sobre distintos aspectos de la misma, como la elección del tipo de juego y el dominio de los materiales que influirán y determinarán “qué y cómo jugar”. Además, como plantean O'Connor *et al.* (2015), la posición del niño frente a los juguetes es dominante:

“En el juego, los niños son los poderosos gigantes que se elevan sobre los objetos de juego en miniatura (...) para controlar las acciones de los cuerpos, las ideas, los objetos, las relaciones, limitadas sólo por sus intereses y imaginación” (p.55).

Según este autor, también la elección de los temas de juego pone de manifiesto ese control y poder que reafirma el potencial del niño y así lo afirma:

“(...) ejemplos específicos de potenciación del juego son: (a) jugar con juguetes asociados a la fuerza o habilidades extraordinarias (por ejemplo, superhéroes, dinosaurios, dragones, hadas, brujas, duendes); (b) jugar con los objetos de juego agresivos, tales como palabras o armas de fuego; (c) el juego brusco y desordenado; (d) el cambio de las reglas de juego; y (e) en el papel de médico, maestro, o bombero” (p.55).

Al mismo tiempo y de forma complementaria, la libertad de la actividad lúdica permite que “el niño sea capaz de dominar y controlar la acción del juego” (Schaefer, 1999:10), puesto que “el niño tiene el poder y la capacidad de ser y de hacer cualquier cosa sin tener limitaciones por las restricciones del mundo real” (Ray, 2011:15). De esta manera, de



acuerdo con Schaefer (2012:20), “pueden hacer que el mundo del juego se ajuste a sus deseos y necesidades”, aportándole de ese modo beneficios al niño.

- 2. Control sobre sí mismo, autocontrol o autorregulación:** En segundo lugar, el niño adquiere regulación y control de él mismo. Varias clasificaciones abordan la cualidad de autocontrol o autorregulación del juego como factor independiente (Schaefer 1999; Schaefer, 2001; Schaefer y Drewes 2013; O'Connor *et al.*, 2015); otras, como ya se ha comentado, la asocian a la competencia (Drewes y Schaefer, 2010; Kottman, 2014; Schaefer, 2012), pero todas emplean el término autocontrol, salvo las más actuales, que se refieren a él cómo autorregulación.

Partiendo de varias investigaciones (González, Carranza, Fuentes, Galián y Estévez, 2001; Drewes y Schaefer, 2010; Kottman, 2014; O'Connor *et. al*, 2015; Schaefer 2012; Schaefer y Drewes, 2013) podemos definir autorregulación como la capacidad de, en diferentes acontecimientos y circunstancias, controlar la conducta, los sentimientos, las emociones, los pensamientos y los impulsos, modificar comportamientos, detener el pensamiento y reflexionar, planear, planificar el futuro anticipándose a las consecuencias de las diversas acciones y conductas potenciales. Todo esto favorece adaptarse a las demandas (cognitivas, emocionales y sociales) que plantean situaciones concretas y poder conseguir un autocontrol y comportamiento dirigido, es decir, llevar a cabo acciones de acuerdo con las intenciones personales y objetivos, con el fin de alcanzar una meta y/o una maximización de resultados. Gracias a la autorregulación el niño aprende a gestionarse a sí mismo, a sus propios recursos y con ello, influir en el resultado de los acontecimientos.

Desafortunadamente, y como dato significativo que aporta O'Connor *et al.* (2015), los estudios han demostrado que, en los últimos 40 años, la capacidad de los niños de autoregulación/autocontrol de su comportamiento ha disminuido. Por lo tanto, hay que cuidar ese aspecto desde la esperanzadora realidad que ya apuntaba Mischel, Shoda, y Rodriguez (1989) al defender que, la naturaleza del ser humano está orientada para desarrollar un autocontrol, por lo que esta habilidad no va a desaparecer, al irse generando con el tiempo y coexistir con comportamientos más impetuosos.

A la vista de esta definición y de los datos expuestos, nos debemos preguntar por los entornos más propicios para que la autorregulación se desarrolle. En este sentido, Drewes y Schaefer (2013:292), se anticipan, y plantean y responden al interrogante: “¿en qué contextos es el niño capaz de exhibir el comportamiento deseado? Una evaluación dinámica incluye contextos que implican juego”.

Desde el punto de vista de la neurofisiología, podemos decir que el juego aumenta el autocontrol debido a la serotonina que se libera en la actividad lúdica y que produce ese efecto (Strayhorn, 2002). Desde un plano más psicológico, se puede afirmar que, mediante el juego, los niños también pueden aprender a controlarse, modificar su comportamiento y



parar sus pensamientos. (Drewes y Schaefer 2010; Kottman, 2014; O'Connor *et al.*, 2015; Schaefer, 2012; Schaefer y Drewes, 2013).

Según Schaefer y Drewes (2013), dado el carácter libre e imaginativo del juego, el autocontrol se desarrolla en los niños cuando juegan, pues exploran los juguetes a través de todos sus sentidos, jugando con ellos de forma espontánea y no ateniéndose sistemáticamente a un uso pre-establecido. Por eso, es habitual ver a los menores jugar con objetos cotidianos a los que les atribuyen cualidades y características inventadas, utilizándolos de formas nuevas. De ese modo, un lápiz puede ser un avión, un personaje...

Fomentar el juego imaginativo en el niño, a través de los padres y otros cuidadores, puede mejorar su capacidad de generar ciertos aspectos internos que pueden resultar claves en su autorregulación (Singer, 1998 citado por Paolicchi, González, Gechuvind, Maffezzoli, Botana, Colombes y Olleta, 2005:178). El juego favorece el autocontrol porque produce la estabilidad emocional, así lo pone de manifiesto Baggerly (1999) en su tesis doctoral en la que investigó la influencia y potencial del juego en la conducta y en la variación de la misma, llegando a la conclusión que, la actividad lúdica favorecía las interacciones sociales, una mayor estabilidad afectiva y una reducción de la agresión. En la misma línea, Lester y Russell (2011) defendían que, a mayor práctica de juego, los niños tienen un mejor equilibrio y aumenta su interacción mente-cuerpo-entorno porque la actividad lúdica "calibra las emociones". Esta investigación también apuntaba que, la ausencia de juego, puede modificar los sistemas de regulación de las emociones.

Los niños en edad preescolar que juegan con frecuencia y disponen de un buen entorno familiar, en el que exista una participación positiva y un apoyo de los padres en el hogar al aprendizaje y alfabetización de sus hijos, a través de juegos de competencias o de actividades como la lectura, así como los que sus padres tienen una implicación en las experiencias educativas de sus hijos, dialogando con ellos sobre el colegio, supervisión de deberes, etc., obtienen mejores resultados de autorregulación que se manifiestan en mejores aprendizajes, calificaciones, motivación, atención, persistencia, auto-eficacia, además de tener una adaptación al aula más efectiva, un adecuado ajuste y una disminución de problemas de comportamiento (Fantuzzo, McWayne, Perry, Childs, 2004; Fantuzzo, Sekino y Cohen, 2004 y Hanline, 1999; Mischel, Shoda, y Rodriguez, 1989).

La autorregulación está relacionada con la salud y con el desarrollo personal. Específicamente, se ha encontrado que, un mayor autocontrol está positivamente relacionado y favorece varios aspectos: competencia y responsabilidad social, cognitiva y académica en los niños, la capacidad de atención/concentración, planificación, organización, inteligencia, más aspiraciones, autorregulación afectiva, más probabilidades de resistir tentaciones, y terapéuticamente beneficioso para el afrontamiento y poder tolerar la frustración y abordaje del estrés con más madurez, aumentar la seguridad en sí mismos, elemento clave para el éxito en la mayoría de los programas de tratamiento. Por otro lado, la



falta de autocontrol está vinculada a la falta de resiliencia, al origen y la causa de una variada gama de problemas psicosociales y trastornos de conducta, comportamientos antisociales como la delincuencia y el consumo de drogas, trastornos psiquiátricos. (Mischel, Shoda y Rodríguez, 1989 y Strayhorn, 2002).

Baumeister y Exline, (2000) comparan el autocontrol con un músculo, porque se desarrolla, cuanto más se ejercita; así, la persona con más autocontrol es más fuerte y más capaz de conseguir objetivos.

La investigación de Mischel, Shoda y Rodríguez, (1989) es uno de los estudios más significativos sobre la autorregulación y en el demuestra y concluye que, los niños pequeños llegan a ser capaces de sostener el retraso de gratificación y poseer autocontrol, desmontando la creencia social existente, desde hace muchos años, que considera inherentes al niño, algunas características como, la de no controlar sus impulsos, no poder retrasar la gratificación, permanecer ajeno a la razón y a la realidad y estar gobernado por completo por un principio de placer que exige lograr con inmediatez la satisfacción. De esa forma, esta investigación analizó la naturaleza de los procesos psicológicos del autocontrol y comparó las diferencias individuales de la capacidad de autorregulación en niños de preescolar (4 años) mediante un experimento, en el que fueron expuestos a determinadas situaciones de laboratorio en las que tuvieron que retrasar la gratificación: la propia metodología y formato del estudio podría considerarse lúdico porque propone un reto al niño. El investigador, tras mostrar a cada participante un par de golosinas, que despiertan el interés de los menores, deja una de ellas en la sala, proponiéndoles que si esperan sin comérsela hasta que él regrese a la habitación, conseguirán las dos golosinas. Sin embargo, si lo prefieren, también les ofrece la opción de poner fin al período de espera, comiéndosela, disfrutando sólo de una pero, de ese modo, tendrían que renunciar a la otra. Durante el experimento cada niño se encuentra solo en la habitación y se observa su comportamiento discretamente. Algunos menores utilizaron distintos y variados recursos distractores, algunos lúdicos, que eran determinantes en el aumento o disminución del tiempo de espera del niño y le permitían hacerlo más llevadero, así como disminuir el malestar/frustración. Se observó que los que consiguieron postergar la gratificación, diez años después, eran personas más competentes, fuertes y académicamente más exitosas.

A partir de otras investigaciones (del Yerro Valdés, 2007; Schaefer y Drewes, 2013; Mischel, Shoda y Rodríguez, 1989), describimos un conjunto de procesos de autogestión, es decir, acciones (funciones ejecutivas), que la persona tiene que realizar y aplicarse a sí misma, para que se produzca la autorregulación. Por lo tanto, el autocontrol implica los siguientes procesos mentales que pueden ser generados y potenciados a través del juego, gracias a su cualidad distractora y de diversión, como se verá en cada uno de ellos:

1. **Inhibición de respuesta**: Es la contención de las acciones, impulsos, pensamientos que interfieren en la consecución de las intenciones o metas personales. Pueden usarse



recursos, como la visualización o la imaginación, que se vinculan a lo lúdico. El juego, dado su potencial de recreación y distracción, es adecuado para favorecer la desviación de la atención, aumentar el tiempo de espera a la hora de postergar la gratificación y, en definitiva, inhibir respuestas, al favorecer que el niño se concentre en realizar alguna tarea requerida por lo lúdico, como pone en evidencia el experimento de Mischel, Shoda y Rodriguez (1989:245):

“La observación de la conducta espontánea de los niños durante el proceso de espera también sugirió que aquellos que eran más eficaces en el mantenimiento del retardo parecían evitar mirar a las recompensas deliberadamente, por ejemplo, cubriendo los ojos con las manos y descansando las cabezas en sus brazos. Muchos niños generan sus propias diversiones: hablar en voz baja para sí mismos, cantaron, creando juegos con su manos y pies e incluso trataron de ir a dormir durante la espera. Sus intenciones de demorar la gratificación parecían ser facilitados por las condiciones externas o por los esfuerzos autodirigidos para reducir su frustración durante el período de retardo”.

Además, como apuntan O'Connor *et al.* (2015), los niños cuando juegan tienen que emplear la inhibición de la respuesta porque tienen que ceñirse a las normas del juego y al papel que desempeñan, controlando sus impulsos, deseos y acciones en beneficio del juego y de los jugadores, refiriendo distintos tipos de juegos, especificando la influencia de cada uno, en función de sus características. Así O'Connor *et al.*, (2015:54) clasifican:

- Juegos en los que hay que seguir a un líder: como, por ejemplo, el de una persona que es la que manda, indicando lo que tienen que hacer los jugadores en cada momento (detenerse, andar...). Defiende que este tipo de juegos “ayudan a los niños a desarrollar el control sobre sus impulsos y las respuestas motoras”
  - Juegos de estrategia: como el ajedrez, las damas, que considera “fortalecen su capacidad de parar y pensar, planificar el futuro, considerar otras opciones de juego, y anticiparse a las consecuencias de sus movimientos”.
  - Juegos relajantes: también sirven para inhibir la respuesta y existen muchos tipos como: el barro, el agua, plastilina, pintar con los dedos, o la imaginación guiada y el uso de objetos de juego blandos, como los osos de peluche y pelotas blandas.
2. Discurso interno y memoria de actuación: Consiste en utilizar un lenguaje y un diálogo interno autodirigido que ayude a centrarse y realizar una tarea, optimizar el esfuerzo, razonar y racionalizar las situaciones, maneras de hacer, comprenderlas para poder dominarlas, comprobando que los pensamientos y las acciones son acordes con las intenciones personales. Por esto, este discurso interno sirve de guía, como motivador pues sus autoinstrucciones recuerdan constantemente el objetivo a alcanzar, el método y respuestas adecuadas para conseguirlo. También puede usarse este diálogo para lograr,





de forma mental e imaginaria, la consecución metas/objetivos, es decir, representar las situaciones gratas anticipada y mentalmente. (Bettelheim, 1987).

3. Flexibilidad cognitiva/cambio de enfoque: Es la capacidad de encontrar métodos alternativos de resolución de un problema y/o alcanzar una meta. Es decir, tratar de ver las cosas desde otro punto de vista. Como se indicó anteriormente, la flexibilidad cognitiva se desarrolla a través del juego, porque los materiales lúdicos y los juguetes, gracias a la imaginación y libertad del juego, son versátiles, pues se pueden usar de diferentes maneras, con distintos fines, así como atribuirles distintas cualidades reales o imaginarias. En el experimento de Mischel, Shoda y Rodríguez (1989), la flexibilidad cognitiva fue un recurso que sirvió a los niños para conseguir autocontrol, ya que los investigadores los enseñaron a usar sus pensamientos como una herramienta mental que les permitió ser flexibles y cambiar su atención a las propiedades atractivas de la golosina, cambio que les ayudó a modular su nivel de excitación, mantener la calma y alcanzar su objetivo previsto.

“(...) en concreto, se sugirió que un grupo de niños enfocaran sus pensamientos en las cualidades excitantes de las recompensas (tales como la cualidad crujiente o el sabor), y a otro grupo de niños, que se centraran en las cualidades abstractas, por asociación, de la recompensa (por ejemplo si la golosina tiene forma de un palito, pensar todo el tiempo en troncos delgados de color marrón). (...) Cuando se animó a centrarse en las cualidades abstractas de las recompensas, la situación ofrece algo más que la distracción –facilitándose el tiempo de espera- (Mischel, Shoda y Rodríguez, 1989:245)”.

Los tres mecanismos descritos hasta ahora, están relacionados y tienen en común varios aspectos:

- Dan organización/orden al comportamiento.
- De una u otra, pretenden interrumpir y modificar el modo de respuesta de un momento concreto, significativo, con el fin de dirigir la atención a otros aspectos de la situación, para conseguir el logro de metas.
- Los tres procesos se pueden desarrollar en una misma actividad lúdica, como ponen de manifiesto Drewes y Schaefer (2013:280) en la siguiente reflexión:

“Con el fin de participar en juegos de simulación conjunta con sus compañeros, los niños hablan entre sí antes de que comience el juego para planear la forma que el juego va a tomar y qué papel jugará cada niño. Ellos utilizan sus *memorias de actuación* para mantener ese plan en mente. Ellos monitorean su propio comportamiento para permanecer en el papel, *inhiben las conductas* que no siguen





el plan, y al mismo tiempo, aplican la *flexibilidad cognitiva/enfoque* de cambio, en función de cómo la situación imaginaria evoluciona”.

Señalaremos otro ejemplo de caso lúdico infantil que propone Bettelheim (1987), sobre el que se ha planteado -citados entre paréntesis- los mecanismos de control anteriormente descritos y que se estarían activando en cada momento:

“Fascinado por el desafío de construir una torre, (necesidad de control sobre del juego) él, poco a poco, aprende que incluso si no tiene éxito inmediato (inhibición de respuesta ante) el éxito puede ser suyo si persevera (discurso interno). Él aprende a no renunciar a la primera señal de fallo, o en la quinta o en la décima (flexibilidad cognitiva), y a no consternarse o hacer algo menos difícil (discurso interno, inhibición respuesta), pero para volver a intentarlo una y otra vez” (p.42).

4. Control sobre su mundo y de sus traumas: Por último, quizá como idea más importante por su influencia terapéutica, hay que reparar en la consideración del juego como un recurso para que el niño “controle su mundo” (Ray, 2011) y empodere situaciones temidas o dolorosas, para afrontarlas de una manera más positiva. Por un lado, esto es posible porque, como se ha visto anteriormente, durante el juego el niño puede elegir y tomar decisiones sobre sus acciones, que determinarán su dominio del entorno y reafirmarán, como defiende Borja (1994), su relación con los demás. Por otro lado, al mismo tiempo, y según las investigaciones (Borja, 1994 y Slade y Wolf, 1994), dado el carácter imaginativo y de simbolización del juego, éste facilita repetir, situaciones de la vida real o experiencias que el menor percibe como conflictivas, reproducirlas, ensayarlas, practicarlas, trabajarlas, incluso modificarlas libremente, según su propia voluntad, hasta dominarlas, gracias a la expresión personal, al aprendizaje y desarrollo de estrategias de control, a través de la actividad lúdica.

Por lo tanto el juego y el juguete permiten mostrar y comunicar con el mundo interior, los miedos y angustias, etc. En la medida en que permite reproducirlas, modificarlas y controlarlas, el juego y el juguete constituyen una terapia natural. Ya Bettelheim (1987) defendía que, el juego debe ser valorado porque, al ser el reflejo del estado emocional del niño, funciona como un recurso para transformar y dominar ansiedades propias que surgen a lo largo de su desarrollo.

En algunas ocasiones y circunstancias angustiosas el niño necesita, para controlarlas y superarlas, establecer como afirma Borja (1994), una: “relación afectiva con determinados objetos; es cuando el juguete o material se convierte entonces en confidente y soporte de una transferencia efectiva” (p.54). En la misma investigación este autor, unas páginas antes, defiende que: “la manipulación del juguete -y el juego- a su gusto, confiere al niño un dominio sobre el conflicto” (p.49) a modo de “catalizador”.



Un ejemplo muy ilustrativo que pone en evidencia al juego, como un recurso para el **empoderamiento y control de situaciones en contexto hospitalario**, es el “caso del niño enfermo que pone inyecciones a su oso (...)” (Borja 1994:49). Otro ejemplo lo muestra Erikson (1950) (citado por O’Connor y Schaefer, 1997:363) en su investigación, cuando hace referencia al caso que describió Erikson (1950), de un niño de cuatro años que tras realizársele una operación, con materiales sencillos simuló que él era el médico. Así el niño disminuyó su reacción traumática al representar el papel de doctor, porque la fantasía lo convirtió en el dueño de esa situación que, en la realidad, le había hecho ser una víctima indefensa, con lo que, con estos ejemplos, estamos evidenciando que el juego permite el control de los miedos al tiempo que podemos relacionar éste factor terapéutico, con el ya expuesto anteriormente en el Punto 5.5.2.5 y denominado como “contracondicionamiento del afecto negativo y de los miedos”.

Además, como apuntan Borja (1994) y Slade y Wolf (1994) otra característica que favorece que el niño controle su mundo a través del juego, es el potencial de la actividad lúdica para hacer posible que exprese las fantasías e ilusiones, consiguiendo, de un modo imaginario, los deseos que anhela en su vida real y que no tiene a su alcance, compensando la falta de afecto positivo al no poseerlos, como lo concreta Borja (1994:49):

“Jugando con coches o aviones podrán expresar su deseo de ser autónomos, fuertes prestigiosos profesionales y desarrollar así su autoestima, o haciendo comidas podrán desarrollar su afectividad positiva a la vez que se identifican con sus progenitores y, a través de ellos, con la figura adulta. Por otro lado, es frecuente ver objetos cotidianos con características o rasgos propios de superhéroes (...) Es el llamado desplazamiento de la realidad o capacidad de ensoñación”.

De acuerdo con Schaefer (1999:11) “el juego es un área en la que los niños pueden hacer que las cosas sucedan por ellos mismos desarrollando así su locus de control interno”, término usado en psicología que significa el sentimiento de la persona, de que es capaz de dominar los acontecimientos.

Distintas investigaciones en el campo de la psicología han demostrado la influencia del locus interno, sobre el desarrollo personal y la salud corroborando que, la capacidad de control debe de ser desarrollada en el niño a través juego como un elemento terapéutico, de modo que:

“(...) quienes tienen locus de control interno son mejores alumnos, menos dependientes, menos ansiosos, se manejan mejor frente a las diferentes tensiones y problemas de la vida, tienen mayor autoeficacia y presentan mejor ajuste social, alcanzan mejores resultados terapéuticos que los demás incluso, ese locus interno, amortigua el efecto de síntomas físicos y emocionales de la enfermedad” (Day 1999; Pelletier, Alfano y Fink 1994; Rimmerman 1991 estres; Valle, Gonzalez,



Núñez, Vieiro, Gómez, y Rodríguez 1999; Saini y Khan, 1997; Pilisuk, Montgomery, Parks y Acredolo 1993 citados por Oros, 2005:90-91)".

Como indica Schaefer (2012), el poder y control que favorece el juego ayuda a superar los sentimientos de inseguridad y vulnerabilidad del niño, así como a adquirir control de los traumas y de sí mismo; además, los que manifiestan un autoconcepto positivo, también poseen unas creencias altas de autoeficacia y una autorregulación positivas (Brigido y Borrachero, 2011). Por todos los motivos argumentados hasta aquí, afirmaremos que este factor terapéutico del juego es importante y guarda mucha relación con la "autoestima y sentido de sí mismo", factor terapéutico que describiremos en el Punto 5.5.4.6.

#### 5.5.4.2. FANTASÍA DE COMPENSACIÓN

Es un factor terapéutico tenido en cuenta en todas las clasificaciones encontradas, excepto en Ray (2011). Ya Schaefer (1993) se refería a ella como "*fantasía/visualización*" y en la relación más actual, (O'Connor *et al.*, 2015), no es citado como factor terapéutico independiente, sino que se aborda dentro de dos de ellos "*acceso al inconsciente*" y "*manejo del estrés*" y como una consecuencia de los mismos, circunstancia que también ocurre en la clasificación de Schaefer y Drewes (2013).

Igual que sucedía con el factor "sublimación" (Punto 5.5.2.3), éste tampoco es novedoso pues, de acuerdo con O'Connor *et al.*, (2015:41), el principio de actividad compensatoria es algo familiar, cercano y fácilmente reconocible, ya que:

"Cuando las necesidades, impulsos y deseos no se cumplen, uno trata de obtener bienestar a través de la satisfacción de fantasía, tales como el juego de ficción, películas y libros. La compensación de la fantasía es un mecanismo de defensa, en el que los débiles pueden llegar a ser fuertes".

En esta idea ya reparaba Watson (1994:36) al valorar que, gracias a ese efecto, un niño que "no está del todo satisfecho con sus propios talentos, puede crear un mundo de fantasía alternativo" donde sí se cumplan sus deseos y queden, de forma imaginaria, cubiertas sus carencias, hecho que compensa así, la impotencia del niño por sus circunstancias reales y favorece la transformación de sus emociones negativas en positivas. En este sentido, y de alguna manera, este factor terapéutico podría relacionarse con otro que se describirá más adelante, el "*contracondicionamiento del efecto negativo o de los miedos*".

Según Robinson (1970) (citado por Schaefer, 1999:11, 2012:22), "el juego es esencialmente un mecanismo de compensación -de emociones negativas y carencias- que tiene el mismo origen y funcionamiento que los sueños. Así los impulsos y necesidades que están



bloqueados y no encuentran expresión en la vida real, pueden encontrar salida en la fantasía”. Fantasía que, como indica Kottman (2014:14):

“puede ayudar a los niños a experimentar con la posibilidad de que pueden cambiar sus vidas y sus interacciones con los demás. Animando a los niños a imaginarse a sí mismos fuertes, potentes y proactivos y (...) –fantasía que- puede proporcionarle al niño una experiencia completamente diferente del resto de su vidas”.

El potencial de la imaginación del juego para compensar los deseos insatisfechos de los niños, ha sido mencionado e investigado por distintos autores relevantes.

Piaget (1962) usó un término similar, como lo apuntan O'Connor y Schaefer (1997:499), pues identificó dos categorías de juego que influyen en la curación y con una denominación parecida; son las siguientes:

1. **Combinaciones compensatorias:** son conductas de juego que distorsionan la realidad para ajustarse a los deseos y necesidades del niño transformando una experiencia y/o la emoción negativa, en otra más tolerable. A través de ella, el niño realiza ficticiamente lo que no le está permitido, no se siente capaz o que no puede realizar en la realidad. Gracias a las combinaciones compensatorias, el niño puede transformarse en un héroe para resolver una situación conflictiva.
2. **Combinaciones de liquidación:** son conductas de juego planeadas para neutralizar y obtener placer de las emociones fuertes generadas por el trauma (por ejemplo, dar golpes con un juguete para liberar los sentimientos de ira). Con este tipo de compensaciones liquidatorias, según Abad y de Velasco (2011:99), el niño “no sólo compensa situaciones desagradables, también asimila, y en cierto modo, las supera, al reproducirlas ficticiamente”.

En ocasiones no se hace distinción entre las funciones de combinaciones compensatorias o de liquidación, como indican O'Connor y Schaefer (1997:362), “Las funciones compensatorias y de liquidación del juego facilitan la abreacción al proporcionar a los niños la distancia que necesitan respecto al trauma real, de manera que puedan expresar sus sentimientos, y aun así, sentirse seguros.

Por otro lado, Vigotsky (1978:93) en su libro “*Mind in Society*”, ya hacía alusión al potencial de la fantasía compensatoria, afirmando que:

“Un niño muy pequeño tiende a satisfacer sus deseos de inmediato; normalmente el intervalo entre el deseo y su realización es extremadamente corto. (...). Es al comienzo de la edad preescolar, cuando los deseos que no pueden ser inmediatamente satisfechos, producen cambios en el comportamiento de niño. Para resolver esta tensión, (el niño) entra en un mundo imaginario, ilusorio en el que los



deseos irrealizables se pueden realizar, y este mundo es lo que nosotros llamamos juego. La imaginación es un nuevo proceso psicológico para el niño”.

#### 5.5.4.3. RESOLUCIÓN CREATIVA DE PROBLEMAS Y PENSAMIENTO CREATIVO

No se podría entender éste factor terapéutico del juego sin dar por interconectados los conceptos de **arte, juego y creatividad**, como pusimos de manifiesto en el Apartado 5.2, de ese mismo nombre, y que en el siguiente desarrollo, de alguna forma, complementamos.

Inicialmente haremos un breve repaso por las definiciones que se le han dado de creatividad partiendo de la recopilación de algunas que recoge Serrano (2004:4), y que se irán exponiendo a continuación, confirmando que existe una gran conexión entre los conceptos que dan nombre a este factor terapéutico: “la resolución de problemas” y “la creatividad”. Este vínculo ya lo ponía en evidencia Freud (1963) al considerar que la creatividad se origina en un conflicto inconsciente.

Tal es la relación entre ambos conceptos, que algunos autores detallan en sus definiciones de creatividad, que ésta es, entre otros aspectos, una “capacidad de resolver o solucionar problemas” (Wollschlager, 1976; Runco, 2004; Gagné, s.f.; Grinberg, s.f). De forma complementaria, Gardner (1993:53) muestra que la conexión entre ambas palabras se da en el ser humano, al considerar al individuo creativo, entre otras cosas, como “una persona que resuelve problemas con regularidad”, desprendiéndose de esas afirmaciones, las referencias a la creatividad como una “habilidad”. Y es que toda persona creadora entiende muy bien, y sabe dominar con destreza, esa “tolerancia a la ambigüedad”, que está vinculada al conflicto, y es una característica del proceso y de las personas creativas, como definía Matussek (1984:28):

“Puede definirse como la capacidad de vivir en una situación problemática y oscura y trabajar, sin embargo, con denuedo, por dominarla (...) El creador, por el contrario, puede aguantar durante mucho tiempo la insolubilidad de un problema, sin cejar en su trabajo intensivo, para superarlo”.

Retomando las definiciones destacadas por Serrano (2004), mencionaremos a Torrance (1965) que considera la resolución creativa de problemas, no tanto como una “destreza”, sino como una “consecuencia o un efecto” de la creatividad, al definirla como proceso que “vuelve a alguien sensible a los problemas, deficiencias, grietas o lagunas en los conocimientos y lo lleva a identificar dificultades, buscar soluciones”, y es que “los creadores pueden ‘problematizar’ las cosas y los nexos causales con mayor facilidad que los no creadores” (Matussek, 1984:26). Por otro lado, Mednick (1964) (citado por Serrano 2004:4) sugiere una clave o pauta para que la resolución de problemas sea más creativa, al defender que: “el pensamiento creativo consiste en la formación de nuevas combinaciones



de elementos asociativos. Cuanto más remotas son dichas combinaciones más creativo es el proceso o la solución” (Serrano, 2004:4) y, al igual que la propia creatividad, “depende directamente de la riqueza y diversidad de la experiencia anterior” (Limaña 2008:40).

Sin embargo, la relación entre “creatividad” y “resolución de problemas” no es algo que esté presente sólo desde el plano de la definición del concepto, sino que existe todo un marco teórico que avala esta unión y, como ponen de manifiesto Kozbelt, Beghetto y Runco (2010), hay un gran número de perspectivas teóricas que estudian la disciplina y que se clasifican en diez categorías distintas, según su enfoque (teoría cognitiva, del desarrollo, de la personalidad, del entorno social, etc.); entre ellas se encuentran dos denominadas con un término similar al nombre de este factor terapéutico: “Teorías de Resolución de Problemas (*Problem Solving*)” y “Teorías de Búsqueda de Problemas” (*Problem Finding*), que una reciente investigación, (Moya, 2016), también las aborda.

Este factor terapéutico lo incluyen todas las clasificaciones analizadas excepto la de Ray (2011), existiendo entre ellas una pequeña variación en la forma de nombrarlo. Así, aunque la mayoría coinciden en denominarlo “resolución creativa de problemas” (Schaefer, 1999; Schaefer, 2001; Schaefer y Drewes, 2013; Kottman 2014; O’Connor *et al.* 2015) hay otras que prefieren referirse a él con un término similar: “solución creativa de problemas” (Drewes y Schaefer, 2010; Schaefer, 2012) o, simplemente, “pensamiento creativo” (Schaefer, 1993).

Abordando propiamente este factor desde la perspectiva del juego, y de acuerdo con De Borja (1994:54) cuando afirma que:

“el niño se encuentra muchas veces en situación conflictiva y para intentar resolver su angustia, dominarla y expresar sus sentimientos, tiene necesidad de establecer relaciones afectivas con determinados objetos. El oso o la muñeca se convierten en confidentes, en soportes de una transferencia afectiva”.

Es obligado recordar a Russ (2004) (citado por Schaefer y Drewes, 2013: 214) que hizo una revisión de la literatura empírica, a partir de la que enumeró los efectos del juego que están relacionados con este factor terapéutico, y que son los siguientes:

- Capacidad de pensamiento divergente.
- Flexibilidad en la resolución de problemas.
- Solución de problemas que requiere habilidad de ingenio, discernimiento.
- Capacidad para pensar en estrategias alternativas de afrontamiento en el manejo de problemas diarios.
- Experimentar emociones positivas.
- Capacidad de pensar sobre temas de afecto (positivos y negativos).
- Capacidad para comprender las emociones de los demás y tomar la perspectiva de otro.





Hay investigaciones que consideran que el juego fomenta en los niños pequeños la capacidad de pensamiento, además es un buen mecanismo para la resolución creativa de problemas y se relaciona con una mejor habilidad de “hacer frente” (Russ, 1998; Christiano y Russ, 1996; Fiorelli y Russ, 2012) y una mayor calidad en las respuestas de afrontamiento (Russ, Robins y Christiano, 1999), porque en el juego:

“el niño juega diferentes puntos de vista y soluciones alternativas a los problemas (...) Uno es más capaz de llegar a buenas soluciones de los problemas, si puede pensar muchas soluciones (...) El vínculo entre el juego y el pensamiento divergente, probablemente explica en parte, el juego y la conexión de afrontamiento.” (Schaefer y Drewes, 2013:214).

Así, algunos estudios que refuerzan la idea anterior, como el de Goldstein y Russ (2000), que estudiaron las relaciones entre el juego simulado, la fantasía y las habilidades de afrontamiento concluyeron, que la capacidad de juego, el juego simulado y la habilidad de fantasía, guardan relación con la manera de enfrentarse al conflicto, tanto, que defienden esa habilidad de fantasía, como recurso que facilita en los niños el pensamiento flexible y la resolución de problemas.

En la misma línea Christiano y Russ, (1996) investigaron las relaciones entre el juego, el afrontamiento y la angustia, en niños sometidos a un procedimiento dental invasivo concluyendo que, los niños que jugaron tuvieron un mayor número y variedad de estrategias de afrontamiento cognitivo y una menor angustia.

Del mismo modo, en otra reciente investigación, Fiorelli y Russ (2012), los autores estudian las relaciones involucradas en el juego de fantasía, el afrontamiento y el bienestar subjetivo (afecto positivo -humor positivo- y satisfacción con la vida) concluyendo que los niños que jugaban tenían mayor número de emociones positivas y un mejor estado de ánimo, que influía en una mejor capacidad de afrontamiento y capacidad para hacer frente a situaciones conflictivas; en este sentido, Schaefer y Drewes (2013:213) consideran que:

“los niños usan el juego para resolver problemas. La resolución de problemas durante el juego es una parte normal del desarrollo del niño (...) los niños imaginan diferentes posibilidades en juego, representan diferentes escenarios y ensayan soluciones alternativas a los problemas (llegando a nuevas soluciones) (...) también expresan y procesan las emociones en juego y aprenden a regular las emociones, vencer temores y resolver conflictos. Resolver problemas en la vida cotidiana, a menudo de una manera nueva, es un tipo de creatividad cotidiana”.

Diversos autores defienden distintas causas del juego por las que éste ayuda a los niños a resolver problemas, como (Schaefer 1993; Schaefer 2012) que mantienen que la libertad que da el juego, al no sentir miedo al fracaso mientras se lleva a cabo, junto al hecho de que en él, importe más el proceso que el producto final, son dos motivos que permiten a los





niños, durante la actividad lúdica, hacer pruebas, combinaciones y descubrimientos que fomentan la capacidad de pensamiento y, sobre todo, ayudan a resolver problemas personales y sociales.

También Schaefer y Drewes (2013) consideran que el juego incluye una cierta aleatoriedad e incertidumbre que permite resolver problemas. De forma complementaria, Pellegrini (1992) sugiere que es la flexibilidad del juego, la que permite la resolución de problemas, al favorecer que el niño, durante la actividad lúdica, pueda jugar con variedad de materiales, incluso pueda asignarle diferentes usos a un mismo objeto, lo que contribuye al pensamiento divergente, flexible y, por tanto, más predispuesto a buscar y encontrar soluciones. Schaefer Drewes (2013:214) apuntan que “es la posibilidad de fingir, lo que da el juego” lo que proporciona la distancia del niño ante el conflicto, permitiéndole encontrar soluciones y también “a través de la simulación, (...) el niño puede llegar a comprender la causa y el efecto y desarrollar una narrativa en torno a acontecimientos de vida difíciles”.

Otras investigaciones (Christian, Russ y Short, 2011; Kenealy, 1989), consideran que son las emociones positivas, en definitiva, las que acompañan al juego, las que ayudan al niño en la terapia a manejar las emociones positivas y hacer frente a los miedos, ira, tristeza y, por tanto, a los conflictos y la resolución de problemas.

En la terapia, Christian, Russ y Short, (2011) consideraban que: “el afecto positivo durante el juego de un niño ansioso puede ayudar a reestructurar positivamente su pensamiento y/o reducir su ansiedad” (p.191) incluso mejorar la eficacia del tratamiento, ya que “los niños con emociones negativas y/o angustia tenían emociones más positivas mientras jugaban” (p.87); también indica este estudio que, en ocasiones, son los propios niños los que, de manera natural, cuando se sienten mal, acuden al juego para mejorar su ánimo, como confirma Kenealy (1989) en su investigación, en la que informó que el 50% de los niños de 4 a 11 años usaban estrategias de juego para sentirse mejor cuando estaban deprimidos y poder hacer con más facilidad frente a los sentimientos negativos.

Muy reciente está la afirmación de Moya (2016:36): “desde una perspectiva más integradora, se considera que el humor constituye una forma de juego” y teniendo en cuenta esta reflexión, de manera general, dado que el juego es un recurso generador de emociones positivas, señalaremos que son bastantes las investigaciones que defienden, que la creatividad y la resolución creativa de problemas se estimulan y se desarrollan mejor con emociones positivas (Baas, De Dreu y Nijstad, 2008; Isen, Daubman y Nowicki 1987; Isen, Johnson, Mertz y Robinson, 1985). Esto se debe a que “la felicidad también nos hace más dispuestos a participar en el esfuerzo creativo, que es en sí otra fuente de satisfacción” (Schoffham y Barnes, 2011:535), por lo que se puede afirmar, que “las personas felices son personas creativas, según la ciencia” (Markman, 2017:s.p), como también afirmaban Isen, Daubman y Nowicki (1987:1128), que en su estudio llegaban a la siguiente conclusión:



“Los resultados de estos cuatro estudios tomados juntos muestran que el afecto, inducido por una película de comedia o un pequeño regalo de caramelo, puede facilitar la respuesta creativa en tareas que suelen reflejar creatividad. (...) Así, parece que la alegría, si implica excitación, (...) conduce al tipo de pensamiento que permite a las personas resolver problemas (...) una persona que se siente bien podría ser más creativa que otras”.

En la misma línea, Lyubomirsky, King y Diener (2005:831), consideran que:

“La evidencia, (...), también sugiere que las personas crónicamente felices y los que están en agradable estado de ánimo pueden ser más creativas, así como son más eficientes solucionadores de problemas y pueden mostrar habilidades en la resolución de conflictos superiores”.

Puntualizaremos que, Ashby y Alfonso-Reese (1998:452) afirmaban en su estudio que: “el afecto positivo, se cree que aumenta los niveles de dopamina” y en otro trabajo casi coetáneo en el participaron Ashby e Isen, (1999), consideraban que el afecto positivo se asocia a niveles más altos de dopamina y que influye en la resolución creativa de problemas. Por este motivo hay autores (Fredrickson, 2001; Miron-Spektor, Efrat-Treister, Rafaeli y Schwarz-Cohen, 2011) que defienden, que las emociones negativas perjudican y limitan la creatividad impidiendo, además, la resolución de problemas.

Recientemente Aranguren (2013), realizó una revisión bibliográfica en relación a los efectos que tienen las emociones positivas (y negativas) sobre la creatividad. En esa investigación, partiendo del criterio de Vosburg (1998), que consideraba, que los investigadores que trabajan sobre las relaciones entre el afecto positivo y la resolución creativa de problemas toman dos posiciones claramente distinguibles, y las clasifica en:



1 - Motivos de influencia de las emociones positivas en la resolución de problemas: POSICIÓN GENERAL (A partir de Aranguren, 2013:219-221)	
<b><u>Investigadores punteros</u></b>	Isen, (1987); Isen, Daubman y Nowicki, (1987); Isen, Johnson, Mertz y Robinson, (1985)
<b><u>Planteamientos</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostiene que el humor positivo facilita la resolución creativa de problemas a través de un amplio espectro de tareas.</li> <li>• Se apoya en las siguientes ideas, defendiendo que las emociones positivas:</li> </ul>
<p>a) Tienden a estar asociadas a una mayor cantidad de interconexiones en la memoria y, por tanto, a un material más rico que el que se presenta al manifestarse otras emociones y además facilitan la activación de múltiples ideas simultáneamente, aumentando la probabilidad de realizar asociaciones novedosas (Ashby <i>et al.</i>, 1999; Johnson <i>et al.</i>, 2012).</p> <p>b) Promueven la habilidad de las personas para generar distintas perspectivas y alternativas ante una situación dada, favoreciendo la creatividad (Ashby <i>et al.</i>, 1999).</p> <p>c) Afectan la predisposición que tienen los individuos a realizar una tarea y esto, a su vez, influye sobre el procesamiento de la información (Martin, Abend, Sedikides y Green, 1997; Newton, 2013).</p> <p>d) Tienen un fuerte efecto sobre la producción de ideas al comienzo de las tareas (Kaufmann y Vosburg, 2002)</p> <p>e) Las personas tienden a sentirse más seguras de sí mismas al afrontar una tarea y la perciben como más sencilla</p> <p>f) Promueven un estilo de procesamiento de la información más flexible, exploratorio y arriesgado (Vosburg, 1998).</p> <p>g) Mejoran el sistema inmune, debido al optimismo, la autoconfianza, la autoeficacia y el afrontamiento eficaz (Lyubomirsky, King y Diener, 2005).</p> <p>h) Influyen sobre las habilidades cognitivas para solucionar problemas interpersonales en niños de 7 y 9 años. Estas habilidades cognitivas incluyen la flexibilidad de pensamiento, variable asociada a la creatividad (Greco e Ison, 2011).</p> <p>i) Mejoran, entre otros aspectos, el reconocimiento y la comprensión de las emociones y de problemas sociales, la capacidad de generar soluciones alternativas a los problemas, la flexibilidad cognitiva y el rendimiento académico (Manucci y Richaud de Minzi, 2011).</p> <p>j) Las tareas de contar cuentos o armar historias (actividades que estimulan emociones positivas), en sujetos con emociones negativas, muestran una mayor capacidad para resolver problemas durante la actividad (Szymansky y Repetto, 2000)</p> <p>k) Tras la aplicación de programas destinados a promover la meditación y relajación, mejoran, significativamente, las habilidades de flexibilidad, fluidez y originalidad, relacionadas con el pensamiento creativo. Además, la serenidad atenúa la inquietud motriz y promueve la concentración en las tareas. (Franco Justo, 2009).</p> <p>l) Mejoran los aspectos cognitivos involucrados en la prevención del fracaso académico, optimizando el funcionamiento psicológico de los niños (Oros, 2009)</p>	

Tabla 5.12 Influencia de las emociones positivas, en la resolución de problemas -1 (Síntesis de la autora)



<b>2 - Motivos de influencia de las emociones positivas en la resolución de problemas: POSICIÓN LIMITADA (A partir de Aranguren, 2013:219-221)</b>	
<b><u>Investigadores punteros</u></b>	Bless, Bohner, Schwartz, & Strack, (1990); Fiedler, (1988) ; Sinclair & Mark, (1995)( citados en Vosburg, 1998); Martin, Ward Achee y Wyer, (1993)
<b><u>Planteamientos</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Argumentan que no existe una única manera de entender la relación entre el afecto positivo y la creatividad (Vosburg, 1998).</li> <li>• Sostienen que, tanto el humor positivo como el negativo pueden favorecer o perjudicar la resolución de problemas, dependiendo de las condiciones que presente la tarea a resolver.</li> <li>• Mantienen que la afectividad positiva puede favorecer un procesamiento de la información más superficial y relajado.</li> </ul>
<p>a) Pueden favorecer un procesamiento de la información más superficial y relajado además de caracterizarse por exigencias más bajas a la hora de evaluar la solución hallada al problema. (Bless, Bohner, Schwartz y Strack, 1990; Fiedler, 1988; Sinclair y Mark, 1995, citados en Vosburg, 1998).</p> <p>b) Facilitan la transferencia analógica en problemas imprecisos, pero perjudican el rendimiento cuando la tarea esa clara. (Jaušovec, 1989)</p> <p>c) Se asocian con la fluidez y la flexibilidad pero no con la originalidad y la elaboración, lo que no implica siempre mayor creatividad (Weisberg, 1994; Vosburg, 1998).</p> <p>d) Promueven la fluidez de ideas y no perjudican la flexibilidad atencional en tareas ejecutivas (Phillips, Bull, Adams y Frasem, 2002).</p> <p>e) Las emociones positivas se asocian a una mayor fluidez verbal, mientras que las negativas se vinculan a una mayor fluidez gráfica, resaltando la dificultad para analizar e interpretar los resultados de la investigación. (Bartolic, Basso, Schefft, Glauser y Titanic-Schefft, 1999).</p>	

Tabla 5.13 Influencia de las emociones positivas, en la resolución de problemas -2 (Síntesis de la autora)

De acuerdo con O'Connor *et al.* (2015), los estudios que defienden y justifican el valor del juego para resolver creativamente problemas por los buenos sentimientos que este genera están influidos y basados, de alguna manera, por “*La teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas*” (Fredrickson, 2001), a la que ya aludimos cuando tratamos el factor terapéutico del juego “Afecto / Emociones positivas”, en el punto 5.5.2.5, pues este autor postula que: “cuando las personas experimentan emociones positivas, que suelen ser a través del juego, amplían la gama de posibles pensamientos que vienen a la mente. En este estado de mente abierto, tienden a contemplar nuevas soluciones” (p.50).

Analizando las investigaciones de Schaefer y Drewes (2013), concluimos como ellos en la pregunta de ¿cómo el juego ayuda al niño a luchar con el miedo, la ira o la tristeza?,



recordando como posible respuesta, la alusión al concepto de miniaturización de Tomkins (1970:215), al que se refiere como:

“El juego es una forma en que los niños cortan las cosas grandes a su alrededor a proporciones manejables. Mediante la creación de situaciones manejables en un entorno simulado, seguro, las emociones negativas se pueden expresar”.

Kottman (2014:13), defiende que “en terapia de juego, los niños utilizan continuamente el pensamiento creativo para resolver problemas de manera innovadora y constructiva”. En la misma línea O’Connor *et al.* (2015:50) puntualizan que: “A través del uso del juego en la terapia de juego, el niño es capaz de utilizar varios componentes de la resolución creativa de problemas, influyendo en la reducción de los síntomas (de la enfermedad) y en un progreso general en el tratamiento”.

En la terapia de juego, es el terapeuta el que tiene en sus manos fomentar la resolución creativa de problemas y la creatividad del niño a través de una actitud y metodología concretas: “al no tomar decisiones o proporcionar soluciones a situaciones difíciles y al no decirle al niño cómo jugar, el terapeuta puede fomentar el pensamiento creativo” (Kottman, 2014:13) Sin embargo según apuntan Schaefer y Drewes (2013:213):

“En la terapia, el terapeuta puede utilizar el lugar del juego para apuntar los problemas (o enfermedades) que presentan y los síntomas. Jugar en una variedad de formas es una herramienta que el terapeuta puede usar, además de hablar, para ayudar al niño.(...) El terapeuta infantil tiene que poner el juego a trabajar, en cierto sentido, para que los niños puedan resolver sus problemas”.

De la investigación de Schaefer y Drewes (2013) recogemos un buen ejemplo en el ámbito hospitalario que sería animar al paciente, a través del juego, a pensar e inventar diferentes historias acerca del ingreso en el hospital. También es habitual utilizar marionetas para enseñar la resolución de problemas. Así, el títere “verbaliza una dificultad similar a la del niño y demuestra la resolución creativa del problema” (Schaefer y Drewes, 2013:217), incluso el terapeuta puede identificar un problema y lanzar la pelota al un niño, pidiéndole que dé una solución; el niño puede devolver la pelota al terapeuta, quien aporta rápidamente otra solución. Una vez que todas las soluciones posibles se agotan, el terapeuta pide a los niños elegir cuál usarían. Este juego permite mantenerlos activos, implicados y positivos, evitando la “rumia prolongada que a menudo acompaña la toma de decisiones en los niños ansiosos”. En el mismo sentido, O’Connor *et al.* (2015:51), defienden, que: “Hay que tener ideas, desarrollar una serie de soluciones alternativas a los problemas, reinterpretar sus situaciones, e iniciar nuevas líneas de acción para resolver las dificultades pues este pensamiento creativo ayuda a los pacientes en la superación de la mentalidad estrecha, inflexible que los mantiene repitiendo conductas/comportamientos desadaptativos, y así les ayuda a encontrar con éxito los resultados terapéuticos”.



Ante situaciones traumáticas el juego sirve como recurso para dominar y neutralizar situaciones traumáticas o de enfermedad y resolver problemas derivados de los mismos (Barnett y Storm, 1981; Schaefer y Drewes, 2013) y como indican Schaefer y Drewes (2013:216) a la vista de varias investigaciones: “los niños que han sufrido un traumatismo pueden usar el juego durante el tratamiento” porque la actividad lúdica aporta los siguientes beneficios:

- Permite a los niños enfrentarse y superar una variedad de situaciones que le causan el trauma o la ansiedad, reduciendo el estrés que le originan.
- Elaborar y practicar distintas respuestas; probar múltiples estrategias para resolver la situación conflictiva.
- Promueve en los niños la confianza en sus habilidades para manejar y responder a situaciones que provocan ansiedad o amenaza, ayudando a su recuperación del trauma.
- Facilita representar a través de los juguetes el hecho doloroso, al proporcionar cierta distancia que permite al niño recrear aspectos de la experiencia traumática. Así pueden asignar problemas a muñecos o a juguetes.
- Hace posible que el niño organice experiencias fragmentadas en narrativas significativas.
- Propicia el trabajo interpretativo del terapeuta que ayuda al niño a entender los significados personales del trauma, identificarlos e integrarlos de manera más adaptativa y como puntualizan Schaefer y Drewes (2013:217):“el terapeuta acepta el juego, los sentimientos expresados, y hace interpretaciones que permiten nuevas soluciones y nuevos resultados, ya sea verbalmente o a través del juego”.
- Hay una desensibilización de la ansiedad y el miedo y otras emociones negativas asociadas con el trauma, permitiendo al niño distanciarse de sus emociones lo suficiente como para generar una solución en una situación problemática.
- Reduce la angustia en los niños después de una situación de conflicto.
- El juego ayuda a los niños a reducir temores y ansiedades ya que hay algo sobre el juego en sí, que sirve como un vehículo para el cambio

Hasta ahora hemos tratado fundamentalmente del juego, de la creatividad y de las emociones positivas. Conviene ahora hacer un apartado más específico sobre estos últimos conceptos afectándolos de la influencia del humor, puesto que también un concepto de referencia en nuestra investigación y, además, está vinculado al presente factor terapéutico del juego, pues hay estudios que defienden, que el humor positivo mejora la creatividad y, por lo tanto, la resolución de problemas (Ziv, 1976; Murdock, y Ganim, 1993).

Como detallan Murdock, y Ganim, (1993) en su investigación:





“El humor ha sido incluido como un aspecto de la creatividad. Variedad de investigadores. (Amabile, 1987, Arieti, 1976, Ekvall & Taangeberg-Anderson, 1986; Koestler, 1964; Maslow, 1954; Torrance, 1979; VanGundy, 1984.) Wallis (1972) (...) Otros que caracterizan el humor como expresión creativa Son Arieti (1976); Koestler (1964); Maslow (1971); Torrance (1979) y VanGundy (1982) (...) El humor o el sentido del humor era una de las características que los primeros investigadores de la creatividad describieron en la personalidad creativa (Anderson, 1982; Barron, 1982; Helson, 1982; Maslow, 1954; Torrance y Ball, 1978)” (p.57-58).

De forma complementaria y en la misma línea Moya (2016:31), considera que:

“la creatividad ha sido constantemente relacionada con el humor (...) Arthur Koestler (1964) fue quien por primera vez se refirió a este vínculo. Para este autor, el humor, la producción artística y los descubrimientos científicos son formas de creatividad, debido a que todos ellos implican un cambio repentino en el ángulo de visión de la realidad (...) ambos fenómenos comparten elementos comunes destacándose como el más significativo, el concepto de resolución, entendido como la respuesta a la ‘cuestión’ que plantea la incongruencia”.

Asimismo, se dice que en creatividad y humor operan procesos cognitivos similares (Por ejemplo, los dos requieren la habilidad de vincular disparidades) (...) Tradicionalmente se ha concebido el humor como un rasgo esencial de las personas creativas (Torrance, 1970; Cayirdag y Acar, 2010). La relación está presente en gran número de investigaciones en donde muchas de las características de los sujetos creativos se han relacionado con el buen humor (Davis, 1999:32)

A la vista de los aspectos desarrollados en este factor terapéutico, podemos confirmar ya, que tres de los pilares fundamentales de esta tesis: el juego, la creatividad y el humor son un medio que ayuda a los niños pequeños a resolver problemas, pero también esta “resolución de problemas se enseña a menudo a través de alguna forma de juego” (Schaefer y Drewes 2013:215).

#### 5.5.4.4. RESILIENCIA

Este factor terapéutico únicamente ha sido tratado en dos clasificaciones recientes, de todas las analizadas: Schaefer y Drewes (2013) y O’Connor *et al.* (2015) y, aunque tiene mucha relación con el anterior “Resolución creativa de problemas...”, hemos considerado presentarlo como factor independiente debido a que su nomenclatura emplea un término que, pese a ser de uso antiguo, ha tomado una gran relevancia en el campo de la psicología (Iglesias, 2006; Rutter, 1999); pero antes de abordar su desarrollo, nos detendremos en una





reflexión del médico pediatra Dr. Julio Busaniche (citada por Andrusiewicz, 2008:1-2) que en relación con la resiliencia, se cuestiona si la sola presencia de la enfermedad priva al sujeto de un estado saludable y considera que: “(...) no es lo mismo estar enfermo, que ser enfermo y que, lo que inclina a una persona hacia la salud o la enfermedad, es su adaptación a la enfermedad (...). Hablar de aspectos sanos en un sujeto que está pasando por un momento difícil, como lo es el padecimiento de una enfermedad, me remite al concepto de resiliencia”.

Resiliencia, de manera general, según O'Connor *et al.* (2015:51): “(...) puede definirse ampliamente como los atributos y habilidades que permiten a los individuos adaptarse exitosamente a dificultades y retos”. En la misma línea, Silva (2012:26) afirma que: “la resiliencia es una capacidad fundamental a través de la cual las personas logran desarrollarse positivamente en un entorno de adversidad” y aproximándonos, de un modo más específico, al concepto de resiliencia, citaremos otras dos definiciones de autores que encontramos en Fiorentino (2008:99): “la capacidad humana para enfrentarse, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (Grotberg, 1995) (...) “conjuntos de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan una vida sana habitando un medio insano (Rutter; 1990,1993)”.

Tugade y Fredrickson (2004:1), para explicar el término, hacen un precioso paralelismo con el comportamiento de los metales recordándonos que esa cualidad del mismo nombre, también se atribuye a los metales:

“Por ejemplo, el hierro fundido es duro y quebradizo, y se rompe con facilidad (no elástico), mientras el hierro forjado es suave y maleable, y se dobla sin romperse (elástica). Esta metáfora puede ser llevada a la resistencia psicológica, lo que implica una resistencia similar a la tensión psicológica asociada a experiencias negativas. La resistencia psicológica se ha caracterizado por la capacidad de recuperarse de experiencias emocionales negativas y de adaptación flexible a experiencias estresantes”.

Para delimitar mejor el significado y alcance de este concepto, diremos que hay autores, que hacen sobre él, algunas de las consideraciones que reseñamos:

Por un lado, Vera, Carbelo y Vecina (2006:44) estiman que “es importante diferenciar el concepto de resiliencia del concepto de recuperación, ya que representan trayectorias temporales distintas. En este sentido, la recuperación implica un retorno gradual hacia la normalidad funcional, mientras que la resiliencia refleja la habilidad de mantener un equilibrio estable durante todo el proceso”.

Por otra parte, Tugade y Fredrickson (2004:19) puntualizan que, de aquellas personas que son resilientes, puede pensarse que: “reflejan optimismo desenfrenado, o el llamado *efecto*



*Pollyanna*<sup>49</sup>. Sin embargo, aclara con los resultados de su estudio, que las personas con gran resiliencia sí experimentan niveles altos de ansiedad y frustración, reconociendo lo negativo de las situaciones estresantes pero, a pesar de esto, son capaces de experimentar, en medio de ellas, emociones positivas. Y es que no hay que confundir, como ya apuntaba Waller (2001) (citado por Schaefer y Drewes, 2013:226) que: “La resiliencia no es la ausencia de vulnerabilidad”.

Además de esas características, como apuntan O'Connor *et al.* (2015:51), “se ha encontrado que los niños resilientes tienen alta autoeficacia, fuertes habilidades interpersonales, inteligencia superior a la media y buenas habilidades para resolver problemas. Las personas con tales atributos son varias veces referidas, no sólo como resistentes sino también como invencibles, resistentes e invulnerables” al tener un mejor proceso de afrontamiento y una mejor capacidad de recuperarse fisiológicamente de las emociones negativas (Tugade y Fredrickson, 2004).

Por su afinidad a nuestra investigación, referiremos las reflexiones de algunos autores que señalan la influencia de la resiliencia en la enfermedad y la hospitalización. Así Andrusiewicz (2008:2), considera que: “el concepto de resiliencia implica el fortalecimiento de los aspectos sanos que se encuentran presentes en el ser humano, para hacer frente, con esas herramientas, a los momentos adversos”, al mismo tiempo que “contribuirán a reducir el impacto biopsicosocial de la enfermedad y la hospitalización, transformando la situación adversa en oportunidad de aprender” (Molina, 2014:1). En la misma línea, Silva (2012:36) defiende que:

“el enfoque de la resiliencia ayuda a colocar la mirada en lo constructivo y lo positivo, promoviendo una aproximación que ve más allá de la enfermedad y su curación (...) Es necesario mirar al niño hospitalizado desde una perspectiva contraria a la enfermedad y la debilidad; es necesario mirarlo desde una perspectiva centrada en su capacidad para afrontar la situación”.

O'Connor *et al.* (2015:51), señalan que: “las conductas de juego promueven la resiliencia” al favorecer la solución creativa de problemas, la capacidad de pensar con flexibilidad y la creatividad. También defienden que se fomenta por las emociones positivas y el humor que se experimenta, incluso derivan del mismo y “se acumulan en el pozo interior” de la persona para atenuar posibles experiencias negativas posteriores. La autoestima, la capacidad para relacionarse, la iniciativa, el humor, la creatividad incluso la actitud lúdica, son los pilares fundamentales de la resiliencia que apuntaba Andrusiewicz (2008) que, en mayor o menor

---

<sup>49</sup> El síndrome de Pollyanna provoca en las personas que lo padecen una tendencia a centrarse en la información más agradable que les rodea, no reconociendo la gravedad de los problemas y no percibiendo ningún daño en situaciones de estrés. Este término tiene su origen en la novela homónima de Eleanor H. Porter, publicada originalmente en 1913, que es un clásico de la literatura infantil y fue llevada al cine por Disney en 1960, cuya protagonista, la pequeña Pollyanna, mantenía una actitud optimista ante cualquier situación y, precisamente por esa actitud, aportaba amor y luz a las vidas de aquellos con los que se cruzaba. El impacto de este personaje fue tan grande que tuvo una influencia en el campo de la psicología, nombrando esa patología.



medida, también se favorecen y desarrollan en el juego y que, al ser factores protectores para el ser humano en la adversidad, deben potenciarse.

El juego tiene otros valores que son beneficiosos y que, de algún modo, contribuyen a la resiliencia. Por ejemplo, la actividad lúdica permite al niño y al paciente comprender procedimientos médicos y tratamientos, así como los cambios que experimenta su cuerpo en ausencia de salud, tanto físicos como psicológicos y aceptar mejor la enfermedad, percibiendo el futuro y el pronóstico con mayor esperanza, adquiriendo las habilidades que necesita para desenvolverse mejor en su medio (Andrusiewicz, 2008; Silva, 2012), también posibilita dar protagonismo y un rol más activo al niño enfermo, alejarlo de la pasividad de la enfermedad y promoverle la relación empática que también favorece la resiliencia en el niño (Andrusiewicz, 2008). Además, como indica Rodríguez (2013:37):

“Con el juego se ejercita y se pone a prueba la capacidad de reconocer nuestros límites de una forma saludable, para intentar aprender a superarlos; a través de actividades divertidas se encuentra el gusto por el reto, se incentiva la confianza, la empatía, el optimismo y la vivencia de los errores como oportunidades de aprendizaje”.

Además, el juego facilita sensaciones únicas, la expresión de emociones, la comunicación, el vínculo con los otros, la experimentación, la exploración y la creatividad; favorece el disfrute y el control, dominio del ambiente y capacidad para modificarlo; también posibilita desarrollar las propias fortalezas y conocer las propias potencialidades y desarrollar capacidades personales, todo ello, son elementos clave para el desarrollo de la resiliencia.

Sutton-Smith (2008) describió otras las muchas facetas del juego que ponen de manifiesto su potencial resiliente:

“El juego comienza como una mutación de conflictos y funciones reales (...). El juego siempre fue concebido para servir a una función de curación ya sea para niños o adultos, por lo que es más valioso para desafiar los aspectos deprimentes y peligrosos de la vida. El juego (...) responde al choque arquetípico, a la cólera, al miedo, al disgusto y a la tristeza. Pero el juego también incluye un contador del lóbulo frontal, que alcanza el control triunfante la felicidad y el orgullo. El juego comienza como una característica importante de la evolución de los mamíferos y permanece como un método principal para reconciliarse con nuestro ser dentro de nuestro universo actual” (p.122).

“(...) como sabemos (el juego), es ante todo una fortificación contra la discapacidad de la vida. Transciende las angustias y los aburrimientos de la vida y, en general, permite que el individuo, o el grupo, los sustituya para su propio placer o diversión, (...) en un intento tácito de sentir que la vida vale la pena vivirla” (p.116).



Por todos estos motivos, el juego junto a las emociones positivas “alimentan la resiliencia psicológica” (Fredrickson 2004:1375) y puede considerarse como un proceso autoprotector que ofrece la posibilidad de aumentar las capacidades adaptativas y la resiliencia. (Lester y Russel 2011:IX).

Digamos que, cada tipo de juego, cultiva un tipo de fortaleza y aporta resiliencia a quien lo practica y hacia un determinado aspecto. Así: “los juegos de estrategia estaban relacionados con un mayor entrenamiento de obediencia, los juegos de azar a una mayor participación de responsabilidad (es decir, trabajo pesado), y los juegos de habilidad para entrenamiento de logro” (Sutton-Smith 2008:101).

Por lo tanto, teniendo en cuenta las ideas planteadas en los párrafos anteriores, nos preguntamos **¿existe mejor manera, que a través del juego, para promover y estimular la resiliencia en contextos de enfermedad, hospitalización y entornos de terapia infantil/juvenil para que el niño afronte su situación desde sus propias fortalezas y capacidades?** A esa importante cuestión, interrogante básica de nuestra investigación, nos responden investigadores como Andrusiewicz (2008) afirmando: “qué mejor que el jugar del niño para potenciar su capacidad resiliente, potenciar sus fortalezas, sus aspectos sanos” (p.2), u Öfele, (2007:4),

“El juego y el jugar en estos contextos -aunque no sea exclusivo de contextos adversos- permite devolver otra mirada al niño que está sufriendo; una mirada desde lo positivo y saludable que el niño tiene y va trayendo para poder continuar construyendo desde sus posibilidades. En otros términos podríamos hablar de una mirada resiliente que promueva los aspectos sanos que mantienen estos niños que van creciendo en contextos adversos”.

Según el estudio de Silva (2012), en el contexto hospitalario es posible la resiliencia, concluyendo que:

“El niño y el adolescente hospitalizados tienen importantes fortalezas que le permiten generar resiliencia para hacer frente a la adversidad de la enfermedad. Estas fortalezas solo podrán ser estimuladas y promovidas en un clima hospitalario centrándose en las necesidades emocionales del paciente, como son el trato afectuoso y la provisión de espacios de aprendizaje, juego y vínculos acogedores y saludables” (p.157).

“Es altamente recomendable la incorporación del juego simbólico y otros tipos de lenguajes simbólicos (dibujo/arte/danza...), como actividades que enriquezcan y den mayor potencia a la propuesta que se programe. El llamado juego médico es especialmente importante para procurar en los niños mejores oportunidades de procesar su situación de enfermedad y promover su resiliencia hospitalaria” (p.160).



Nos detendremos en el importante trabajo de Schaefer y Drewes (2013), muy en relación con los postulados de ludoterapia hospitalaria que promueve nuestra investigación, exponiendo los diferentes argumentos que esgrimen en defensa de la **actividad lúdica, como recurso terapéutico que fomenta la resiliencia:**

- “La resiliencia puede convertirse en una fuerza terapéutica del juego aplicada en el entorno clínico.” (p.225)
- “La resiliencia como potencia terapéutica del juego tiene un doble impacto: la reducción de los factores de riesgo y el aumento de los factores protectores.” (p.226)
- “En la terapia de juego, el juego se convierte en transformador al proporcionar una nueva perspectiva de sí mismo y/o entorno, que está en el corazón de la resiliencia como poder terapéutico del juego.” (p.227)
- “La resiliencia como potencia terapéutica del juego proporciona una guía en la provisión de experiencias de juego que maximizan las fortalezas del niño, permitiendo que se utilice más energía para hacer el trabajo cuando es difícil” (p.230)
- “La resiliencia como poder terapéutico del juego ha movido al niño desde un punto de partida muy privado cuando se enfrenta a la adversidad, hasta un punto final muy público con un sentido confiado de sí mismo, un repertorio de incorporadas fortalezas y una sólida conexión con el apoyo familiar y social.” (p.233)

En la misma línea, Schaefer y Drewes (2013:226) citan los principios que Brooks (2009) ha descrito para guiar a los terapeutas de juego en la incorporación de la resiliencia en la relación terapéutica y son:

- Los niños tienen la capacidad de superar la adversidad.
- Los adultos carismáticos juegan un papel importante en el cultivo de la resiliencia en los niños.
- Los niños deben ser motivados, desde su nacimiento, para aprender y tener éxito.
- Todos los niños tienen islas de competencia: talentos, capacidades, habilidades especiales, intereses o cualidades que deben ser identificadas, cultivadas y estimuladas.
- La empatía es esencial para comprender la experiencia del niño.
- Las historias y las metáforas proporcionan una manera rica de desarrollar la comprensión de los niños y su conocimiento del mundo.
- Los niños se benefician ayudando a los demás.

Después del análisis de este factor terapéutico, es fácil deducir que es necesario apostar por la resiliencia en contextos de vulnerabilidad de la salud, siendo conscientes de que, como apunta la Dra. Mirta Estami (citada por Andrusiewicz, 2008:s.p.):



“el enfoque de la resiliencia representa un cambio de paradigma que incluye el pasaje del modelo médico tradicional, centrado en la debilidad y la enfermedad, a otra perspectiva, que incluye, además, la capacidad de Afronte, la estimulación de potencialidades, la consideración de la esperanza, como componentes indispensables en el desarrollo de las personas”.

Esta aseveración cobra un valor importante, unida a la realizada por Seymour (2009), (citado por Schaefer y Drewes, 2013:228), cuando se refiere a la ayuda que puede suponer para los terapeutas la investigación sobre la resiliencia para que, con mayor facilidad:

"(...) identifiquen las fortalezas del niño, los recursos de la familia y de la comunidad disponibles y los procesos de unirse a ellos para reforzar la capacidad inmediata del niño para un afrontamiento y la capacidad a largo plazo de estar preparados para el próximo desafío".

#### 5.5.4.5. DESARROLLO PSICOLÓGICO ACELERADO

Este factor terapéutico es abordado por la mayoría de las clasificaciones excepto por Schaefer (1993), Ray (2011) y Kottman (2014). Todas las investigaciones lo mencionan y hacen referencia a él con este término, salvo Schaefer (1999), que emplea únicamente “desarrollo acelerado” y Schaefer (2001) que utiliza “crecimiento y desarrollo”.

Como analizaremos en este punto, son numerosos los investigadores y especialistas que, desde distinto ámbito (psicología, pedagogía, etc.), coinciden en reconocer la importancia que tiene el juego en el desarrollo infantil, aunque también en el de la persona adulta. Ochoa (2004), haciendo un breve repaso histórico puntualiza que:

“(…) lo sabían los pedagogos desde Froebel en el siglo XIX, quien reconocía en el juego la máxima experiencia que forma al hombre en relación con los demás, con la naturaleza y consigo mismo en la medida en que le permite la conversión armónica entre el interior y el exterior y el equilibrio estético. Hoy en día sabemos casi lo mismo que Froebel y los pedagogos de la Escuela Nueva, acerca de cómo el juego prefigura la vida, que la vida es un juego y que es en el juego de la vida donde el hombre se forma. Los piagetianos, pero sobre todo Vigotsky, al lado de los lingüistas, han mostrado cómo la interacción y la comunicación entre los niños en el juego, prefiguran nuevos niveles de desarrollo” (p.117-118).



Necesariamente tenemos que citar a Vygotsky (1967:16) quien consideraba que:

“el juego crea también las áreas de desarrollo próximo<sup>50</sup> del niño. En el juego un niño está siempre por encima de su media de edad, por encima de su comportamiento diario; en el juego es como si fuera más mayor de su edad y en él se supera. -En el juego los niños- avanzan más allá de los logros ordinarios correspondientes a su edad y la función de su nivel de pensamiento. Como en el enfoque de una lupa, el juego contiene todas las tendencias de desarrollo en una forma condensada; en el juego es como si el niño estuviera tratando de saltar por encima del nivel de su comportamiento normal. La relación juego-desarrollo se puede comparar con la relación instrucción-desarrollo, pero el juego proporciona una base para los cambios en las necesidades y en la conciencia de una naturaleza mucho más amplia. El juego es la fuente de desarrollo y crea la zona proximal de desarrollo”.

También, por su importancia, tenemos que aludir a la investigación de Fisher (1992), en la que llevó a cabo un meta-análisis de 46 estudios que se centraron en los efectos de la conducta de juego en el desarrollo cognitivo, lingüístico y afectivo-social. En él concluyó que, hay evidencia convincente del impacto positivo del juego en el desarrollo infantil, que es mayor cuando los adultos participan en el juego con los menores. Schefer y Drewes (2013:255) también defienden que “el juego proporciona oportunidades para practicar y desarrollar una multitud de habilidades: cognitiva, lingüística, social y emocional”.

Por lo tanto, para profundizar en esa idea, reparando en cada uno de sus aspectos, y tomando como referencia a Schefer y Drewes (2013), afirmaremos que el juego, desde un ámbito cognitivo, permite captar y ampliar la atención, el interés, la motivación hacia una tarea y mejorar el rendimiento, debido a que, a través del recurso lúdico, la actividad será percibida y llevada a cabo con agrado, favoreciendo que el niño persista en ella, mientras *aprende haciendo*. Esto le llevará a comprender, retener conocimiento, adquirir mejor las habilidades y, por tanto, aumentar el aprendizaje, creando estructuras mentales organizadas. En la misma línea, consideramos que el juego con juguetes que tienen formas poco convencionales, puede estimular el desarrollo del pensamiento gracias a la exploración que el niño hace para comprender su utilidad, a la vez que crea asociaciones con juguetes que ya conoce. También se estimula el pensamiento debido al aspecto simbólico del juego que promueve el movimiento desde lo concreto, al pensamiento abstracto.

El juego tiene una contribución positiva al desarrollo cognitivo del niño ya que le permite “participar en una multitud de actividades, adoptar una amplia variedad de funciones e

---

<sup>50</sup> Zona de Desarrollo Próximo. (ZDP) concepto acuñado por Vygotsky en sus teorías. Como apunta el propio autor “la zona de desarrollo próximo no es otra cosa que la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz. (Vygotsky, 1979:133).





incorporar diversas parcelas, temas y argumentos” (Schefer y Drewes, 2013:257). Este planteamiento ya lo defendían Ashby, Isen, y Turken (1999), al considerar en su investigación que: “el afecto positivo influye sistemáticamente en el rendimiento en muchas tareas cognitivas” ¿y qué mejor recurso que el juego para proporcionar ese afecto positivo y, por tanto, un mejor rendimiento? Aranguren (2013:223), tomando como referencia el estudio de Scoffham y Barnes (2011), defiende este planteamiento:

“La alegría y la diversión promueven el juego, el interés impulsa la necesidad de investigar; de esta manera, cada emoción positiva se corresponde con alguna actividad que favorece el desarrollo del individuo”.

Ya Piaget (1952) consideraba el juego como un recurso para la asimilación de conocimientos, pues defendía que, a través de él, los niños pueden ir sumando aprendizajes. De un modo similar, aunque más específico, Vigotsky (1967) compartía la misma idea, valorando el juego de simulación como un elemento clave en el desarrollo del niño al permitir estimular la capacidad de pensar simbólicamente, ponerse en el lugar del otro, imaginar. Además, la actividad lúdica mejora considerablemente la enseñanza-aprendizaje de la lectura y la escritura, el dominio del lenguaje y del vocabulario de los niños incluso, puede servir como una experiencia lingüística que les permita construir conexiones entre las formas orales y escritas de la comunicación.

El juego favorece el desarrollo de habilidades entre iguales, conductas de cooperación, solidaridad, el diálogo con los demás, empatía, toma de perspectiva, la conciencia social y de los distintos roles, etc. También permite “desarrollar comportamientos sociales tales como la autorregulación, el respeto de los turnos y la reciprocidad, el control motor, balance, equilibrio, tono muscular” (Schefer y Drewes, 2013:258).

Desde un plano más emocional hace posible la regulación de las inquietudes, la identificación, descripción y comprensión de las emociones propias y ajenas.

De forma complementaria, Moreno (2014:290) defiende que el juego contribuye al desarrollo simbólico, reflexivo, comunicativo e imaginativo que puede ser terapéutico o al menos aportar un beneficio al considerar que:

“(…) la actividad lúdica garantiza un sistema de actividad que ayuda al niño a ampliar sus propios límites y posibilidades y contener otros, así se desarrolla la personalidad. (...) El juego es un medio que mueve a los participantes hacia la construcción de un sistema conjunto de la actividad y prepara el autodesarrollo. (...) De esta manera, se puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los niños”.

Cuando existe algún tipo de retraso, carencia o interrupción en cualquier área en el desarrollo, como por ejemplo retraso específico del lenguaje, del desarrollo emocional, cognitivo o social, algún trauma, algún trastorno de déficit de atención o del espectro autista,



la aplicación del juego también es recomendable y puede ser terapéutica porque permite subsanar, en parte, esa deficiencia. Como ejemplo, indicaremos algunas investigaciones que destacan la importancia y los beneficios del juego en la interacción social, en el lenguaje y en el propio desarrollo lúdico en niños de autismo. Por un lado, Wolfberg y Schuler (1993) demostraron que el juego en grupo en niños con esta discapacidad, tenía distintos efectos positivos, tales como una disminución en el juego aislado y una tendencia a formas más sociales de juego, y un menor uso en el juego de objetos estereotipados, repetitivos. Además, los avances en los comportamientos de juego de los participantes de este estudio, no se limitaron a los grupos de juego, sino que se observaron en otros contextos y estuvieron acompañados de progresos lingüísticos.

De forma complementaria, los resultados de la investigación de Carter (2001) indican que, el uso del lenguaje que se hace dentro de un contexto de juego, puede crear cambios significativos en el funcionamiento social, el aprendizaje y la capacidad de respuesta, al tiempo que disminuyen los comportamientos perturbadores.

La regulación social y emocional a través del juego, queda evidente también en un estudio reciente de Barfield, Dobson, Gaskill y Perry (2014), en el que se aplica el enfoque clínico llamado (NMT) Modelo Neurosecuencial de Terapias (Perry, 2006)<sup>51</sup>, para mejorar el funcionamiento del cerebro en los 28 niños maltratados, que participan en un programa preescolar terapéutico, a partir de dos estudios sobre el desarrollo y el comportamiento socioemocional. Estos niños habían fracasado previamente en el entorno preescolar normal del condado de Head Start y fueron identificados con trastornos emocionales graves y problemas de conducta. Metodológicamente, es importante reseñar que en esa investigación las intervenciones y actividades se realizaron en el contexto de la terapia de juego como parte del ambiente preescolar terapéutico, como se especifica en la misma:

“El conjunto primario de intervenciones recomendadas por NMT, por lo tanto, incluía una serie de actividades somatosensoriales específicas (por ejemplo, balanceo, masaje terapéutico (...), interacciones relacionales individualizadas (...), otros modelos y/o actividades repetitivos (canto, secuenciación, movimiento rítmico, tacto terapéutico, juegos infantiles, actividades de movimiento, pacificación, habilidades sociales rudimentarias, actividades calmantes)” (Barfield, Dobson, Gaskill, y Perry, 2012:69)

---

<sup>51</sup> Como indican Ford y Courtois (2013): “El Modelo Neurosecuencial de Terapias (NMT) es un enfoque que plantea la resolución de problemas clínicos teniendo en cuenta la neurobiología y el desarrollo evolutivo de los niños (...). Su utilidad es más evidente con los casos más complejos de maltrato y traumas psicológicos (...) NMT no es una técnica terapéutica específica, es una evaluación multidimensional "una lente" diseñada para guiar la resolución de problemas clínicos y el monitoreo de resultados, proporcionando una útil "fotografía" sobre fortalezas y vulnerabilidades actuales del cliente en el contexto de su historia evolutiva” (p.249)



Sus resultados indican que la intervención mejoró con éxito el desarrollo y el comportamiento socio-emocional, y que la mejoría se mantuvo durante un período de doce meses. Como dato curioso, aportaremos una información al respecto, en la que se pone de manifiesto que, el impacto del juego en el desarrollo cognitivo, lingüístico y afectivo-social, desde un plano físico/anatómico, podría también ser cuantificable y medido, ya que se ha investigado en ratas, que el juego fomenta el crecimiento del cerebro, en concreto de la corteza prefrontal dorsolateral y del nervio en la amígdala, un área del cerebro que apoya el funcionamiento social y emocional. (Panksepp, 1998). Según Brown (2009); Pellis y Pellis, (2009) y Perry (2009) (citados por Schaefer y Drewes, 2013) han llegado a la conclusión de que el desarrollo óptimo del cerebro en animales, depende de experiencias de juego saludables en la vida temprana.

También hay estudios que ponen de manifiesto el efecto negativo, si se dan circunstancias contrarias: niños que han sufrido, en los tres primeros años de vida, desatenciones, privatización sensorial (pobreza relativa de palabras, tacto e interacciones sociales) y nutricional (alimentación inadecuada), traumas o algún tipo de maltrato, su neurodesarrollo se puede ver negativamente afectado hasta el punto de tener un crecimiento anormal físico del cerebro, que conlleva anomalías organizacionales (Perry y Pollard, 1997).

Para finalizar la exposición de este factor terapéutico, citaremos que estudios recientes (Daunhauer, Coster, y Cennak, 2010; Lillard, Lerner, Hopkins, Dore, Smith y Palmquist, 2013; Drewes y Schaefer, 2010), continúan demostrando que el juego es un impacto positivo, terapéutico y acelera el desarrollo cognitivo, lingüístico, psicológico, social-emocional de los pequeños y es una oportunidad para practicar y desarrollar multitud de habilidades.



#### 5.5.4.6. AUTOESTIMA / SENTIDO DE SÍ MISMO

Este factor terapéutico del juego, es abordado por todas las clasificaciones estudiadas salvo por Schaefer (1993), Schaefer (2001) y Ray (2011). La mayoría lo denomina “sentido de sí mismo” (Drewes y Schaefer 2010; Schaefer 1999; Schaefer 2012; Kottman 2014) excepto Schaefer y Drewes (2013) que lo mencionan con el concepto “autoestima”, como O’Connor *et al.*, (2015) que, a pesar de la similitud, al mismo tiempo cita en su clasificación al “sentido de sí mismo”. En la síntesis que presentamos, se ha decidido nombrarlo como “autoestima / sentido de sí mismo” puesto que son los términos elegidos por las investigaciones más recientes, además de considerarlos concepto más conocidos y reconocibles.

Partiendo de varios autores (O’Connor *et al.* 2015; Schaefer y Drewes 2013) podría definirse autoestima, como una cualidad esencial para toda persona, una necesidad humana básica, que se refiere a la sensación, y el concepto general, que un individuo tiene de su valor personal y a la evaluación que tiene/hace de las propias cualidades, competencias, logros. Es la capacidad de autoreafirmarse y de sentir respeto por uno mismo, que tiene una gran influencia en la personalidad, en los pensamientos y sentimientos propios, comportamientos, acciones, motivaciones, en la autoconfianza, es decir, que afecta a todos los aspectos del ser humano: cognitivo, afectivo y conductual.

Schaefer y Drewes (2013:300), apuntan que: “los niños desarrollan la autoestima a una edad temprana. Una parte significativa de la autoestima de los niños se aprende a través del juego”. Algunos estudios (León, 2014 y Post, 1999) también ponen en evidencia que el juego promueve la autoestima. Kuehner y Buerger (2005), de un modo más específico, encontraron que la autoestima y el apoyo social (de la familia amigos, de las instituciones) son los atributos que contribuyen a la calidad de vida.

Como se ha visto en el factor terapéutico anterior, debido a que el juego dota al niño de libertad de pensamiento y acción, favorece que el menor desarrolle su individualidad y su identidad personal; Schaefer (1999), tomando consciencia de todo su potencial como ser humano, reconociendo sus valores y capacidades, lo que le permite conocerse, reafirmarse, mejorando/consolidando así su autoestima. Esta idea ya la defendía Winicott (1972:80) cuando afirmaba que: “en el juego, y sólo en él, pueden el niño y el adulto crear y usar toda su personalidad, y el individuo descubre su persona solo cuando se muestra creador”, por lo que podríamos decir que el niño es autocreador, creador de sí mismo, al conocerse a través de la actividad lúdica. Por eso, y en la misma línea que el planteamiento de Winicott, Meares (1994:49), afirmaba: "el campo de juego es el que, en gran medida, genera un sentido de sí mismo" y otro autor coetáneo, Ginott (1994:33), de forma complementaria, afirmó que: “a través de la manipulación de los juguetes el niño puede mostrar más adecuadamente que a través de palabras lo que siente por él mismo de las personas y los acontecimientos significativos en su vida”.



Como plantea Schaefer y Drewes (2013:297), “uno de los objetivos de la terapia de juego es ayudar a los niños a verse a sí mismos como personas multifacéticas y con autoestima”, pero, desde ésta investigación teórica nos preguntamos: ¿cómo alcanza ese propósito? ¿cómo es posible que los niños, a través del juego, aprendan y pongan en valor el papel de la autoestima en su vida cotidiana?. La respuesta nos la deparan diversos trabajos, que nos ponen de manifiesto que existen varios motivos y formas, facilitados por el terapeuta, por los que el juego, en la terapia, desarrolla la autoestima y sobre ellos han abundado distintas investigaciones (Drewes y Schaefer, 2010; Kottman, 2014; Schaefer, 1999; Schaefer, 2012; Schaefer y Drewes, 2013). A continuación detallaremos, haciendo una síntesis de esos autores y tomando como referencia, reelaborándolas, las tres áreas de los programas de autoestima que ayudan a mejorarla, a las que hace alusión Mruk (2006) (citado por Schaefer y Drewes, 2013:300).

- 1. Aceptación y cuidado:** Por un lado, el terapeuta va a procurar la utilización de un espacio seguro de aceptación y cuidado, un entorno de juego adecuado, en el que deben tenerse en cuenta ciertos límites necesarios, que garanticen la seguridad psicológica y física establecidos, previamente, por el terapeuta (Kottman, 2014). Al mismo tiempo, favorece que el niño sienta que puede expresarse auténtica y libremente, tomar la iniciativa en el juego y decisiones por su cuenta, ser él mismo, sin temor a ser juzgado, evaluado, limitado, incluso obligado a modificar su comportamiento. Esto es posible gracias que el terapeuta, a través de una atención ininterrumpida y empática, tiene que proporcionar una “atención positiva incondicional” (Schaefer y Drewes, 2013, Kottman, 2014), una tolerancia plena por el menor y sus circunstancias, que pone en evidencia que los niños son únicos, valiosos y favorece que ellos se sientan íntegros, seguros, queridos y se acepten a sí mismos, contribuyendo así, a reforzar una alianza terapéutica adecuada.
- 2. Retroalimentación positiva:** Debe estar generada de un modo auténtico por el cuidador y estar basada en esa aceptación del niño, que permite al terapeuta “ser un espejo para el niño” (Drewes y Schaefer, 2010; Kottman, 2014; Schaefer 1999; Schaefer 2012) porque el jugar le ayuda a entender diferentes aspectos de sí mismo, a tomar conciencia y comprender sus pensamientos, sentimientos, acciones, formas de relación, así como explorar y reflexionar otros nuevos, más adecuados o que le gustaría tener/hacer. El terapeuta es como un guía que orienta al niño para indagar, tomar conciencia y ensayar, a través de la imaginación y el juego, diversas actitudes, comportamientos, perspectivas, métodos de resolución de problemas, técnicas y formas de asertividad, en definitiva, maneras de ser y estar, que mejorarán su autoestima, aumentando sus posibilidades de éxito y competencia. Schaefer y Drewes (2013:301) defienden y puntualizan que “la retroalimentación positiva también debe tener un componente de crítica constructiva” y que, para que no sea amenazadora, deben usarse marionetas, muñecos o peluches que permitan al niño y al terapeuta comunicarse de manera simbólica.



**3. Reestructuración cognitiva:** Tras la retroalimentación positiva y las aportaciones que hemos comentado que ésta deja en el niño, la reestructuración cognitiva, la definiremos como, el mecanismo por el cual, con la ayuda del cuidador, el niño puede sustituir respuestas racionales, objetivas o realistas a las situaciones que dan lugar a nuevas formas de sentir, pensar y comportarse.

Para concluir el desarrollo de este factor terapéutico, recurriremos a Schaefer y Drewes (2013:317), que en una bonita y original comparación, afirman que:

“(...) parece que el proceso de mejora de la autoestima es muy parecido al Mago de Oz. Muy a menudo las cualidades positivas se encuentran dentro de la persona. A menudo se requiere de los otros para activar estas cualidades. La terapia de juego es una modalidad eficaz para ayudar a las personas a descubrir el "mago" dentro de sí mismos”.

#### 5.5.4.7. JUICIO MORAL

Este factor terapéutico es mencionado por todas las clasificaciones encontradas, salvo en dos (Schaefer, 1993; Ray, 2011) y Kottman (2014), que asocian el juicio moral al “ensayo conductual” abordándolos de manera conjunta y considerándolos como un único factor. En otras dos relaciones actuales, ha recibido el nombre de “desarrollo moral” (Schaefer y Drewes, 2013 y O’Connor *et al.* 2015).

El juicio moral es un concepto ampliamente tratado desde el campo de la filosofía por autores como Kant o Kohlberg, entre otros. Partiendo de la aproximación al concepto que hacen Pérez y Merino (2009) en la web, podemos decir que juicio moral es una facultad humana, un acto mental que, influido por las costumbres, normas, valores y creencias personales, nos permite distinguir si cierta conducta o situación tiene, o no, carácter y principios éticos -son buenas o malas- y actuar en consecuencia.

De acuerdo con Schaefer (2013), este factor terapéutico, el juicio moral, y el abordado anteriormente, la empatía, están muy relacionados ya que, para tomar una decisión con juicio moral, es necesario identificar las emociones y caracteres de otras personas, considerar los sentimientos de los demás y comprender la situación y la perspectiva del otro.

La relación del juego y la moral ha sido analizada por psicólogos reconocidos:

“Piaget defendía que: “los niños juegan con el fin de aprender (...) lo correcto e incorrecto -en la misma línea- Vygotsky (1978), consideraba que el hecho de que los niños sigan las reglas en el contexto del juego, les hace desarrollar una comprensión de las normas sociales y expectativas y aprender a actuar en contra de sus impulsos egocéntricos” (O’Connor *et al.* 2015:52).



Como también defienden varios autores (Drewes y Schaefer, 2010; Kottman, 2014; Schaefer, 1999; Schaefer, 2012), el juego favorece el desarrollo del juicio moral porque cualquier actividad lúdica en grupo, requiere de una relación de sus participantes que tienen que interactuar entre ellos, consensuar, negociar, acordar y diseñar reglas, normas del juego. De este modo, durante el juego, el grupo de jugadores tienen que decir con frecuencia, lo que es justo o no, en cada situación lúdica estimulándose así la cooperación y el consentimiento entre pares que ayuda al desarrollo de los niños, haciéndolos más flexibles, con más recursos. Mediante el juego el niño tiene la oportunidad de aprender a seguir unas normas, pasando a entender las reglas como algo social y no sólo como meras restricciones externas impuestas por figuras de autoridad adulta, como los padres.

Schaefer (2013) puntualiza que el ambiente de protección del la sala de terapia de juego y el propio juego, permiten que los niños puedan entrenar aspectos para desarrollar el juicio moral de forma tranquila y lúdica, como: explorar sus emociones, comprender y expresar distintos puntos de vista, probar comportamientos y reacciones ante situaciones, interactuar con el terapeuta adaptándose a los límites que éste establece de manera apropiada y responder, de un modo tranquilo, a esos límites desde el respeto, tener autocontrol, aceptación de sí mismos, resolver creativamente los problemas.

Cerramos el desarrollo de este factor destacando la siguiente reflexión de Schaefer (2013): “los niños aprenden a pensar y regular su propio comportamiento y las acciones con la práctica en la sala de juegos” (Schaefer y Drewes, 2013:248).





## 5.6 OTRAS CLASIFICACIONES DE LOS FACTORES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO

Como ya anticipamos en el apartado de presentación de los Factores Terapéuticos del Juego (Sección 5.4) en el que presentamos (Tablas 5.01 a 5.04) las clasificaciones de factores terapéuticos en las que existía una mayor coincidencia entre los investigadores en cuanto a nomenclatura y expresión conceptual de los mismos, a continuación haremos una breve exposición de las otras investigaciones con enumeraciones y nomenclaturas diferenciales.

### 5.6.1. VARIACIONES DE LA CLASIFICACIÓN GENERAL

Presentamos a continuación unas investigaciones que se apartan de la generalidad de los estudios tratados y, en primer lugar, haremos una exposición de motivos por los que las hemos excluido de las clasificaciones fundamentales que aparecen en las tablas arriba citadas:

1. Su tratamiento no es relevante en las publicaciones que los refieren (Kaduson, Cangelosi, y Schaefer, 1997 (citado por Schaefer 2001); Reddy, Files-Hall y Schaefer, 2005) sino que se trata de sucintas enumeraciones de unos pocos factores.
2. Citan escasos factores que son redundantes respecto a los que han aparecido en las clasificaciones que se presentan en las tablas generales anteriores (Tablas 5.01 a 5.04). (Kaduson, Cangelosi y Schaefer, 1997 (citado por Schaefer 2001); Reddy, Files-Hall y Schaefer, 2005; Kiche y Almeida, 2009; Hernández, 2014).
3. No hacen referencia a “factores terapéuticos” como tales, sino como “funciones del juego” (Kiche y Almeida, 2009; Hernández, 2014), como es el caso de la investigación de Kiche y Almeida (2009) que, aunque destacan cuatro funciones del juego, en la aclaración que hacen de las mismas hay ya implícitos factores terapéuticos, como: desarrollo de la creatividad y el alivio del estrés, por lo que se vería modificado y ampliado ese número de funciones. También le ocurre lo mismo a Reddy, Files-Hall y Schaefer (2005) con el factor diversión.
4. No se tratan como factores terapéuticos sino como “tipos de juego” distintos, como es el caso de Pitillas (2012) que describe diferentes “niveles de juego” y “usos de la actividad lúdica” en función del objetivo de intervención.



ESTUDIOS de los FACTORES TERAPEUTICOS DEL JUEGO de MENOR RELEVANCIA			
1997 - 2014			
Kaduson, Cangelosi y Schaefer (1997) (citado por Schaefer 2001) Pág. 60	Reddy, Files-Hall y Schaefer (2005) Pág. 4	Kiche y Almeida (2009) Pág. 126	Hernández (2014) Pág. 94
4 Factores	4 Factores	5 Factores	7 Factores
1. Comunicación	1. Poder de comunicación (Expresar de forma natural sus pensamientos y sentimientos concientes e inconcientes)	1. Recreación	Reduce la angustia durante los tratamientos médicos que recibe
2. Poder didáctico	2. Poder de enseñanza	2. Estimulación (Favorece el desarrollo sensorio-motor, intelectual, social y creativo)	Disminuye las situaciones emocionalmente penosas
3. Poder y control	3. Abreacción (Los pacientes pueden revivir los acontecimientos estresantes anteriores y liberar las emociones negativas asociadas, en el entorno seguro del jugar)	3. Socialización Permite al niño experimentar los roles sociales y aprender a relacionarse con otros	Propicia "normalización"
4. Autoestima, libertad y seguridad	4. Consolidación de relación (De pacientes con los terapéutas, a través del juego, se unen en la diversión)	4. Catársis (Para aliviar la tensión emocional)	Permite que los niños cumplan con los tratamientos
		5. Reducción del miedo, tensión y dolor	Transformación del hospital y del estado de enfermedad
			Comprensión de la enfermedad y el ingreso
			Relaciones sociales positivas

Tabla 5.14 Comparativa de Factores Terapéuticos menos relevantes (1997-2014) (Clasificación de la autora)

### 5.6.2. DESARROLLO CON CONCEPTOS ELÍPTICOS

Éste apartado lo dedicaremos al trabajo de Pitillas (2012) en el que refiere *las definiciones* que otros investigadores hacen de los “factores terapéuticos del juego”, sin nombrarlos él directamente como tales y, que a partir de ese estudio, la autora realiza un análisis conectivo entre lo que Pitillas (2012) llama *Usos o Niveles de la Terapia del Juego*, con lo que realmente son, a nuestro juicio, “Factores Terapéuticos del Juego”.



El referido trabajo de Pitillas (2012) se considera clave y muy afin a nuestra investigación, puesto que plantea “cuatro usos posibles de la Terapia de Juego en el campo de la psicooncología pediátrica” y además, en el desarrollo del estudio, este autor alude, de manera transversal y no como clasificación, bastantes factores terapéuticos de los que se recogen en las tablas generales (Tablas 01 a 04) y es por lo que se ha sintetizado ese estudio, contrastándolo y conectándolo con las clasificaciones anteriormente citadas, para dar una visión general de cómo se relacionan la mayoría de factores terapéuticos del juego en la actividad lúdica en el ámbito hospitalario, con el trabajo de Pitillas (2012) (Ilustración 5.06).

El autor en cuestión, describe los “tipos de juego” desde diferentes niveles de juego y usos de la actividad lúdica, en función del objetivo de intervención:

1. Obtener y dar información al paciente.
2. Favorecer la expresión subjetiva de estados internos.
3. Explorar conflictos inconscientes.
4. Deliberar formas adaptativas de afrontamiento y resolución de problemas.

Cada uno de estos usos diferentes del juego terapéutico se caracteriza por tener unas pautas en cuanto al procedimiento y requerir un rol del terapeuta. A partir de esos objetivos el propio autor del estudio afirma que:

“Así, entendemos que el uso terapéutico del juego puede ayudar al niño con cáncer a reducir su malestar: 1) elaborando los conflictos inconscientes que surgen o se activan en el contexto de la misma; 2) recuperando la capacidad de expresar su subjetividad con autonomía, siendo comprendido, y gozando del jugar; 3) decidiendo cómo enfrentarse mejor a las diversas problemáticas que le salen al paso durante su tránsito por la enfermedad y el tratamiento; y 4) obteniendo información acerca de la enfermedad, los procedimientos, el régimen de vida asociado al tratamiento, etc.”(p.150).

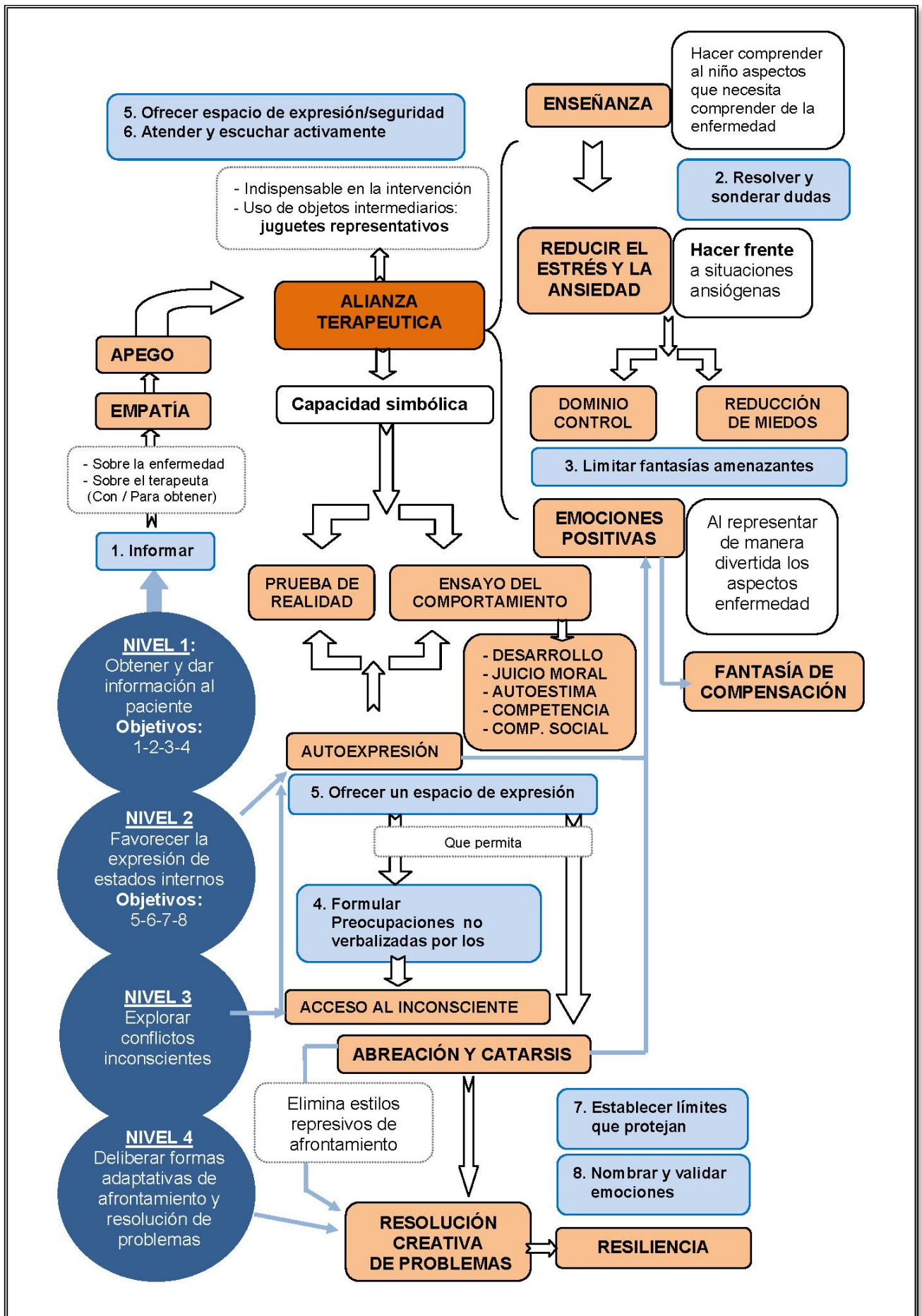


Ilustración 5.06: Niveles de juego (Pitillas, 2012) VS Factores Terapéuticos desarrollados (Elaborac. autora)



## 5.7 EL JUEGO COMO RECURSO EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

En el Apartado 5.3 anticipábamos la importancia que tendría si, a nuestro juicio, desde el entorno institucional, se facilitaran y potenciaron los medios formativos, humanos y materiales, al personal sanitario y, muy especialmente, al dedicado a la enfermería pediátrica, para un adecuado empleo del juego como recurso en enfermería de menores.

El pequeño ingresado se va a encontrar, de pronto, en un ambiente totalmente nuevo conviviendo con unas personas extrañas a su entorno habitual de las que poco a nada conoce. Sobre éste particular, debemos citar un amplio estudio hecho en la Universidad de Granada que culminó en la Tesis Doctoral de Heierle Valero (2011) y que recoge “La imagen social de la enfermería...” y, por lo que a nosotros respecta, cómo es visto el personal de enfermería, a partir del análisis de los dibujos de niños hospitalizados más de una semana en el H.M.I. Virgen de las Nieves de Granada y, como dice la autora de la investigación, los niños tenían una imagen determinada previa a la hospitalización:

“Ya que han visto la televisión, han jugado con juguetes y han oído e incluso leído historias y cuentos en los que ha aparecido una enfermera; por lo tanto tienen ya una imagen que corresponde a ese concepto. Cuando esta imagen coincide en un grado alto con la imagen que el niño percibe en su contacto con estos profesionales, el concepto previo no cambiará, solo se le añadirá o eliminará alguna información. Si por el contrario, la imagen que ha percibido en su relación con los profesionales es completamente distinta a la percibida por él hasta entonces, el niño crea una nueva imagen de lo que es la enfermera” (p.697).

Continúa la autora diciendo, que según se aprecia en sus dibujos, los niños ven a las enfermeras, fundamentalmente, prestando labores asistenciales (sueros, inyecciones) y que la simbología más usada es: “...una cruz roja y la jeringa con aguja; el profesional está representado casi siempre como una mujer, hecho que responde a la representación de la realidad -las mujeres son mayoritarias en la profesión enfermera- (...). En definitiva la imagen que los niños perciben de las enfermeras es una imagen tradicional, en la cual la profesión se representa a través de una mujer con uniforme y realizando una actividad instrumental” (p.698-700).

También en otra interesante investigación llevada a cabo mediante el análisis de los dibujos de los niños (Pelander, Lehtonen y Leino-Kilpi, 2007), se muestra que los elementos que los menores dibujaban para indicar la calidad de un hospital ideal, eran la presencia de actividades de entretenimiento y las enfermeras sonriendo con uniformes de colores.

En cualquier caso, con alguna idea preconcebida, o no, el menor está ante un entorno completamente nuevo, por lo que es muy recomendable para el personal del centro, y especialmente el de enfermería -por el contacto más prolongado- que tenga presente esta particularidad, que es de gran importancia, como lo recoge Moix (2000:188), cuando afirma que:



“(…) la relación del paciente y los familiares con el equipo de enfermería nos atreveríamos a decir que es la más estrecha que se da a lo largo de la hospitalización. Las enfermeras son los profesionales que más tiempo pasan con los pacientes y familiares, y las que comparten momentos íntimos y personales. Por ello, este colectivo de profesionales será el que marcará, en un sentido u otro, de forma más acusada la estancia hospitalaria”.

Conscientes del aumento del número de proyectos e iniciativas que se llevan a cabo basadas en el valor terapéutico del juego en ámbitos infantiles, cerraremos este capítulo deteniéndonos brevemente a analizar su impotancia y utilidad, como herramienta fundamental en el contexto hospitalario pediátrico, puesto que, ante todo, el paciente pediátrico es un niño. Invertir en su bienestar físico y mental supone para él y sus padres una ayuda que les permite llevar mejor su enfermedad y la hospitalización (Haiat, Bar-Mor y Shochat, 2003). Por lo tanto, de acuerdo con Alexander, Frohlich y Fusco (2012), los beneficios como: el placer, la creatividad, el descubrimiento y, sobre todo, el juego, también deben ser contemplados como contribuidores importantes para la salud y el bienestar de los niños.

### 5.7.1. EL ÁMBITO HOSPITALARIO INFANTIL

En varios apartados de la investigación ha aparecido el entorno del menor hospitalizado como *marco* o *decorado* donde se desarrolla la acción: bien al referirnos al humor y a las consecuencias de la hospitalización infantil (Puntos 4.9 y 4.10), al tratar las funciones; metodología y estudios sobre los Payasos de Hospital (Puntos 4.11 a 4.13), las Aulas Hospitalarias (Punto 5.1) o como veremos, de una manera práctica, en el desarrollo de la experiencia empírica “Vuelo de ilusiones” (Capítulo 6). En éste apartado vamos a tratar ese marco o entorno de la hospitalización, como sujeto o protagonista de la investigación.

Un estudio (Eiser y Patterson, 1984), sobre las creencias y conocimientos de los niños sanos sobre su experiencia de hospitalización, aporta resultados llamativos al afirmar que, la mayoría de los niños encuestados esperaban permanecer en la cama durante su estancia. Algunos, aún pensando que en el hospital podrían jugar en algún momento del ingreso, creían que se iban a aburrir al no conocer la existencia de las alternativas lúdicas del hospital. Según este estudio, y de acuerdo con Holanda y Collet (2011:382), “el hospital no puede ser percibido por el niño como un entorno únicamente de dolor y sufrimiento”. Paradójicamente, como indica Moor (1973), aunque “por un lado sea un sitio desagradable donde el cuerpo es sometido a intervenciones dolorosas, por otro, es un lugar que debe proporcionar alivio y curación” (citado por Valdés y Flórez, 1995:69) y es una institución que representa para el enfermo, de acuerdo con Cardone y Monsalve (2010:67): “la posibilidad de volver a ser quien se era antes de enfermar”. Por tanto, se hace necesario apostar por resignificar el concepto de hospital como lugar “donde no sólo se busque combatir la enfermedad, sino también promover el bienestar” (Schwartzmann, 2003:10). Para esto debe ser un espacio que se pueda utilizar para desarrollar actividades recreativas,





educativas y lúdicas, ya que la hospitalización no debe interrumpir el desarrollo del niño. Con ese criterio, y de acuerdo con Moreno y Piedrahita (1999:162), debe de: “ampliarse la visión del hospital, visualizándolo, no sólo como una entidad encargada de prevenir la enfermedad y promover la salud, sino como un espacio de interacción, de consolidación de redes sociales, y donde se brinda atención a la satisfacción de las necesidades básicas”.

Según Schaefer (1998) (citado por Romero y Alonso, 2007:412): “los hospitales deberían de crear un ambiente que se asemeje al del hogar con espacios disponibles y permiso para jugar como en casa (...) fortaleciéndose así la salud mediante la actividad, y permitiéndose que los pacientes se transformen del ser pasivo que sufre, a un ser activo que interviene en su propia recuperación”.

La salud no depende sólo de la enfermedad y de la persona que la padece sino también de factores exógenos, de ahí que resaltemos el protagonismo de uno de esos factores externos al enfermo-enfermedad: el entorno, tanto en su aspecto físico (hospital e instalaciones) como humano (personal sanitario y, muy especialmente, enfermeras pediátricas).

Recordando la definición de salud de la OMS, ésta no es sólo ausencia de enfermedad sino un estado completo de bienestar. Por tanto, a pesar de que exista padecimiento, se puede contribuir al bienestar generando salud a través de distintos recursos. En la misma línea Pichon-Rivière, defiende en la entrevista realizada en marzo-abril de 1974 en la revista “*Los libros*”, (Altamirano, Piglia y Sarlo, 1974:7), sobre instituciones de salud mental en Argentina, que “la lucha por la salud no es sólo lucha contra la enfermedad, sino contra los factores que la generan y refuerzan”. Méndes (2009) afirma que la enfermedad no es sólo cuerpo sino también los aspectos biológicos y psicosociales. Por esto, se hace necesario trabajar más allá de la enfermedad descubriendo en ella la parte sana de la persona y mejorando los parámetros que la rodean, tiñiéndolos de alegría, positividad y optimismo: **de juego**.

### 5.7.2. LA IMPORTANCIA DEL JUEGO EN ENFERMERÍA

El juego tiene tal importancia dentro de la enfermería que Pivetta, Argenta, Zanatta (2011) han llegado a plantear que es éste, el que posibilita que el niño perciba la hospitalización, los cuidados de la enfermera y el hospital “no como un castigo” asociado a tristeza y enfermedad, “sino como algo agradable” (p.68); como “un lugar divertido y entretenido que permite la recuperación de manera humana y digna” (p.64).

Muchas han sido las investigaciones y estudios realizados que ponen en evidencia esa importancia, hasta el punto de considerar que “el juego es otra forma de cuidar” (Maia, Ribeiro, y Borba, 2011) pues su práctica en el ámbito clínico, ofrece múltiples beneficios, tanto para el paciente/familia (y con ello para la enfermedad), como para el personal sanitario y el hospital (Leite y Shimo, 2008; Chadi y Correa, 2012). Así, el juego favorece la comunicación, cada vez más estrecha, afectiva, empática, cómplice, entre el paciente y el profesional enfermero, tan





intensa (Haiat, Bar-Mor y Shochat, 2003) que se podría considerar que se establecen nuevos *lazos de amistad* en los que, según Soares y Zamberlan (2001:67) el niño reconoce al profesional como un “aliado en quién se puede confiar”.

El juego induce a la socialización permitiendo a la enfermera, por un lado, una mejor comprensión de los sentimientos y las necesidades de los niños, que ayuda a prepararlos para las intervenciones y a realizar los procedimientos terapéuticos/quirúrgicos, siendo un instrumento adecuado para recolección de datos (Yonekura y Soares, 2010) y, por otro, que el niño se vuelva más cooperativo, disminuyendo “su resistencia a las intervenciones de enfermería” (Zani, Berteloni, Remijo, Bazzo y Ferrari, 2013:1387), no oponiéndose al tratamiento, aceptándolo, comprendiéndolo y participando en él (Jansen, Santos y Favero, 2010). Los padres perciben este tipo de relación, basada en el juego, como una asistencia más competente y una atención de mayor calidad, hecho que disminuye el malestar ante la situación de sus hijos. (Maia *et.al*, 2011).

Las relaciones interpersonales y la comunicación efectiva con los pacientes, son factores determinantes en la evaluación de la calidad durante la atención enfermera, apreciada también por los niños, quienes reconocen, según concluye un reciente estudio (Noreña y Cibanal, 2011) que, por un lado, “las interacciones con los profesionales abarcan todo un contenido afectivo social” (p.1) al mismo tiempo que, “los menores expresan que el personal de enfermería también les demuestra interés cuando están pendientes de su entretenimiento en el hospital” (p.6).

Como apunta otra reciente investigación (Gesteira, Franco, Cabral, Braga y Ferreira, 2012), los profesionales sanitarios reconocen que el juego es importante en la unidad de pediatría al ser una estrategia, una herramienta, un recurso, que disminuye la tensión en la rutina hospitalaria, contribuyendo, como apunta Pivetta *et.al*, (2012), a crear rutinas placenteras paralelas a las que impone el hospital, favorecedoras de la estancia hospitalaria del menor y de la convivencia en él de sus familiares y el personal sanitario, generando un clima más asumible, menos violento, traumático puesto que “la actividad lúdica transforma el ambiente en una atmósfera de apoyo y convierte la atención en un juego” (Chadi y Correa, 2012:367). De este modo, el juego colabora en la humanización de la atención (Leite y Shimo, 2008), posibilita que se aporte un cuidado sin trauma, (Jansen, *et al.*, 2010), más agradable para el niño y su familia (Acevedo, Estrada, Gallego, Gaviria y Restrepo, 2010) y una asistencia diferenciada, personalizada, que tiene en cuenta, que cada niño es único, tiene su forma de ser, y por eso, reacciona de manera diferente al hospital (Jonas, Costa, Souza, Pinto, Morais y Duarte, 2013).

El juego tiene un papel fundamental en la comprensión, evolución y recuperación de la enfermedad, en el bienestar del paciente, ya que estimula la creatividad, la autonomía, la disminución de la ansiedad y las emociones negativas, atenúa el sufrimiento, liberando miedos, tensiones, ansiedades (Leite y Shimo, 2008), la ira y la frustración; ayuda a revelar pensamientos y sentimientos, garantiza que los niños puedan expresarse, sean escuchados y entendidos (Soares y Zamberlan, 2001). Promueve satisfacción, diversión, espontaneidad (Carvalho y García, 1999), propicia la catarsis (Leite y Shimo, 2007), la construcción y reconstrucción de la individualidad,



debilitada por el proceso de enfermedad/hospitalización- (Lemos *et al.*, 2010), la auto-confianza, la seguridad y el confort, que también permiten experimentar una hospitalización menos agresiva (Jonas *et al.*, 2013); estimula el desarrollo global, proporciona recreo y ameniza los tiempos de espera (Poleti, Nascimento, Pedro, Gomes y Luiz, 2006; Nascimento, Pedro, Poleti, Borges, Pfeifer y Lima, 2011) facilitando el auto-control de la situación en ese nuevo ambiente. Además, según Azevedo *et al.* (2008), el juego permite una buena evolución clínica pues, el 93,75% de los participantes en su estudio, afirmaron que el juego consiguió reducir el periodo de ingreso hospitalario.

Según Mello, Goulart, Almeida, Moreira y Sperb, (1999:69), “el juego es como una manera de pasar el tiempo, llenando la mente de actividad y distanciando al niño de la enfermedad y el dolor”, propiciando que asocie el hospital a un ambiente bueno y agradable, por lo que el juego, por sí solo, proporciona una experiencia terapéutica. (Kiche y Almeida, 2009).

A los profesionales de la salud, el juego les puede servir como una herramienta para trabajar cuestiones relacionadas con la atención integral, la adherencia al tratamiento, la comunicación, el mantenimiento de los derechos del niño y la redefinición de la enfermedad (Nascimento, Pedro, Poleti, Borges, Pfeifer y Lima, 2011).

Un estudio reciente realizado en oncología pediátrica describe que el juego es uno de los aspectos más importantes para “el desarrollo físico, motor, emocional y social en la vida del niño que ayuda a hacer frente a la enfermedad, hospitalización, el dolor” (Queiroz, Vilela, da Silva, Castanheira, 2010:176), que Lemos *et al.*, (2010:954) matizan diciendo que es un medio “importante para expresar sentimientos, sus angustias y sus frustraciones”. Además, la inclusión de actividades recreativas en el entorno hospitalario, es un factor muy positivo para el bienestar, garantiza la calidad del tratamiento y de los cuidados de enfermería en particular (Haiat, *et al.* 2003). A pesar de esto, Maia *et al.*, (2011) llegan a la conclusión de que, reconocer las potencialidades del juego e integrarlo en la atención, “son desafíos que aún necesitan ser superados” (p.837); así lo revelan, tras citar un estudio de 2008, llevado a cabo con “30 enfermeras que trabajan en unidades pediátricas de los hospitales generales en la provincia de Gran São Paulo, en el que el 93% informó conocer el juego terapéutico, pero sólo el 7% de ellos lo aplicaban” (p.838). Esto pone en evidencia que, a pesar de la reconocida importancia del juego durante el proceso de hospitalización, aún es poco valorado. Según Lemos *et al.*, (2010:950): “los profesionales no realizan técnicas con juguetes en sus actividades cotidianas, aunque conozcan la importancia de este recurso”. Algunos autores justifican esta incongruencia con distintos argumentos, como, por ejemplo Mitre, Gomes (2007), argumentando que la presión en el trabajo del hospital puede dejar poco tiempo para un enfoque lúdico de la actividad profesional; también un reciente estudio realizado con personal sanitario desvela que, la mayoría de los profesionales entrevistados, no se sentía capaz de jugar con los niños hospitalizados, porque consideraban el hecho de jugar como una actividad que necesita experiencia o cierto hábito para llevarse a cabo en el trabajo por el personal hospitalario (Nascimento *et al.*, 2011).



Teniendo en cuenta estas carencias de aprovechamiento del potencial lúdico, y para paliarlas de alguna manera, es necesaria la sensibilización del enfermero sobre la importancia del uso del juego como instrumento de intervención y estrategia de cuidado en enfermería (Maia *et al.*, 2011), por lo que éstos profesionales tienen que utilizar más esa práctica, usándola como una terapia alternativa en la atención de enfermería (Chadi y Correa, 2012) empleando, en su práctica diaria, el juego y el juguete en los diversos tratamientos y procedimientos hospitalarios. (Lemos *et al.*, 2010).

Partiendo de la investigación de Azevedo *et al.*, (2008) se comprueba que la actividad lúdica en los cuidados de enfermería va más allá de satisfacer las necesidades básicas y de ser un recurso para observar cómo afecta la enfermedad al paciente, puesto que también ayuda al desarrollo de sentimientos, pensamientos y emociones, produciendo placer y equilibrio. Por este motivo, son numerosos los autores que defienden, y valoran muy positivamente, el juego desde distintas perspectivas aportando razones que desvelan su potencial como intervención en los cuidados sanitarios. Así, Jansen (2010:247), lo considera un “excelente recurso para el equipo de enfermería, en la atención a los niños hospitalizados” y Lemos *et al.*, (2010:950), que el “cuidado con el juego y juguetes es uno de los medios más eficientes de ayudar a un niño en el hospital”; otros autores (Kiche y Almeida, 2009), recogen la opinión sobre el juego de los profesionales de la salud, como una herramienta esencial para los que trabajan en unidades pediátricas y para Leite y Shimo, (2007:343), también es: “una herramienta indispensable en el cuidado de los niños” y *una cualidad de los cuidados humano-afectivos* (Azevedo *et al.*, 2010) y un espacio potencial de cuidado humanizado que es una característica importante en el desarrollo de un buen servicio de enfermería (Azevedo *et al.*, 2008), y que más tarde concluiría (Azevedo *et al.*, 2010) teorizando, que vincular actividades lúdicas con otro tipo de cuidados y atenciones, se podría materializar como el principio de *la base del cuidado humano*.

Los profesionales de la salud que trabajan con niños, como afirman Haiat *et al.*, (2003), deben ser conscientes de las muchas posibilidades que el juego puede ofrecerles, tanto a sí mismos, como al niño, incluso durante su estancia en el hospital. Por lo tanto, tienen la responsabilidad, el reto, de aprender y utilizar el juego en un entorno donde el niño necesite cuidado. De acuerdo con Da Silva, Cabral y Christoffel (2010:339):

“el personal de enfermería, que tiene contacto directo con los niños y sus familias durante la hospitalización, así como en la clínica, debe incluir bromas y juegos entre la serie de directrices para el cuidado de niños y no sólo centrar su asistencia en temas relacionados con la enfermedad y su tratamiento”.

Curiosamente, Leite y Shimo (2007:344) ponen de manifiesto que: “la hospitalización es también una enfermedad”; por lo tanto, estiman que el niño, al estar hospitalizado, está doblemente enfermo, quedando más evidente que, para los enfermeros, el juguete es una herramienta indispensable en el cuidado de los menores y debe usarse en el plano de la asistencia pediátrica, y por tanto, podemos concluir, partiendo de la investigación de Ribeiro, Sabatés, Ribeiro (2001),



que el juego tiene un uso terapéutico y es ampliamente recomendado en los cuidados de enfermería infantil, ya que lo lúdico se podría considerar inherente al arte de cuidar, pues influye significativamente en la mejora de la salud, a través de acciones creativas. (Acevedo, 2010).

Para contribuir a la sensibilización del uso del juego, sería interesante que cada profesional del ámbito pediátrico tuviera presente la reflexión y el planteamiento, de que son posibles estrategias para el desarrollo de actividades recreativas anticipatorias y preparativas destinadas a los niños en el hospital, así como la presentación, manipulación de equipos hospitalarios o el uso de simulaciones y teatralizaciones de situaciones representativas a las que la niño será sometido, permitiéndole experimentar, al jugar, una toma de conciencia de los procedimientos que le van a realizar, disminuyendo la probabilidad de temor acerca de ellos (Leite y Shimo, 2007). Si los profesionales tienen presente este planteamiento, podrá conseguirse, con mayor facilidad, la inserción del juego y el juguete en el plan de atención de enfermería.

Por último, recordar aquí el muy reciente manual/estudio de López, Román y Cortés (2017), que ya citamos en “5.5.3.1 Terapia de Juego”, que confirma la importancia del juego en enfermería.

### 5.7.3. USO DEL JUEGO EN LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

No podemos iniciar este punto sin un recuerdo a Florence Nightingale (1820-1910), enfermera inglesa pionera de la enfermería profesional moderna, que ya ponía en práctica y fomentaba el conocimiento de la actividad lúdica entre las enfermeras, haciendo hincapié en la importancia de su uso y dominio para la atención y el cuidado de los niños enfermos, a través de diferentes recursos como cantar, contar historias, jugar con algunas partes del cuerpo. (Maia *et al.*, 2011)

Como apuntan Leite y Shimo (2007:345), “el juego terapéutico puede ser utilizado por cualquier enfermera, para cualquier niño, en cualquier parte, y es conveniente para ambos”, es más, “el equipo de enfermería tiene un papel extremadamente importante en la estimulación y/o ejecución de actividades de juego que ayudan a la calidad de la atención proporcionada” (Azevedo *et al.*, 2008:143), es un valor ético primordial, pues de acuerdo con Jansen *et. al* (2010), debe tenerse en cuenta que la enfermería convive con los niños hospitalizados, es parte de su mundo y que está directamente relacionada con la realidad que viven, por lo tanto, cualquier enfermera, en concreto del área pediátrica, puede y debe hacer uso en su rutina habitual, de juguetes y contribuir a la implantación de intervenciones lúdicas, pues como apuntan Martins *et al.*, (2001:78): “se la considera un profesional que tiene los conocimientos necesarios y la capacidad de facilitar el juego en el hospital, por su sensibilidad para identificar sentimientos y causas de estrés”.

La capacidad de la enfermera de combinar el juego en el trabajo es algo fundamental y determinante para sus logros y el buen desarrollo de sus habilidades. De acuerdo con Haiat *et al.*, (2003:213) las enfermeras pueden usar el juego como una estrategia de atención a los niños hospitalizados, especialmente en tres áreas:



- **Durante la rutina diaria:** es importante permitir al niño que toque y experimente con los equipos, accesorios, instrumentos hospitalarios que el personal sanitario emplea sobre él, como: termómetro, monitor de presión arterial... a los niños les gusta manipular estos objetos y observar sus características: luces, sonidos, palpar sus superficies, texturas. Esto permite y facilita que el paciente pueda asociar las características de esos materiales con la prueba clínica que se les va a realizar; es muy útil dar una breve explicación sobre dicha prueba y hacerles algún comentario o broma, para hacer sonreír al niño y relajarlo. Es necesario hacer esto de un modo sutil y con una sencilla explicación con un lenguaje que el niño entienda. Como apunta Martins *et al.* (2001:83): “se sugiere que la enfermera ensaye en el juguete en su práctica diaria, ya que puede ser utilizado en todos los niveles del proceso de enfermería (evaluación, diagnóstico e intervención)”.
- **En la preparación de los niños para cirugía y procedimientos invasivos:** fundamentalmente prehospitalaria y preoperatoria. Son variados los recursos que se pueden combinar: el teatro de títeres, juegos de rol, juegos de simulación con los equipos y accesorios médicos. A pesar de que todavía existan opiniones contradictorias de algunos profesionales sobre el uso de estos métodos, esta investigación supone que la iniciativa, la planificación y la activación combinada de programas en esta línea tendrá mucho beneficio para los pacientes y el personal. En el mismo orden, Jansen *et al.* (2010:250) afirman en su estudio, que

“En algunos hospitales, los profesionales de enfermería usan muñecas con el fin de facilitar la realización de los procedimientos clínicos en los niños que se someten a cirugía o tratamientos. Esto contribuye a hacer que esta experiencia sea menos traumática para el niño y sus familiares. Así que, con un títere común, el equipo de enfermería explica a los niños lo que se hará en estos procedimientos a través de una teatralización con el juguete. Las muñecas utilizadas sufren pequeñas intervenciones que permiten la colocación sondas, drenajes, catéteres y bolsas de recogida. Con eso, los pequeños pacientes pierden el miedo al tratamiento o logran disminuirlo y no muestran resistencia cuando se someten a procedimientos de enfermería”.
- **Durante procedimientos dolorosos o desagradables:** Aunque es un área relativamente nueva y aún no demasiado practicada, los profesionales sanitarios, y en concreto las enfermeras, cada vez son más conscientes de la importancia y los beneficios del uso de métodos que no requieran medicación y estén basados, fundamentalmente, en la distracción del niño, actuaciones positivas, pues reducirán el nivel de dolor al mismo tiempo que disminuye la experiencia negativa de la enfermedad o la hospitalización. Los métodos pueden ser: la imaginación guiada; ejercicios de respiración; escuchar música, historias o cuentos; juegos con pompas de jabón; caleidoscopios, etc. Para la validez de



estos métodos es fundamental tener en cuenta la implicación y cooperación de los padres y, sobre todo, de la persona que realiza el procedimiento doloroso.

Por lo tanto, de acuerdo con Haiat *et al.* (2003:213):

“la capacidad de jugar con un niño hospitalizado es un valor añadido a las habilidades de la enfermera que se especializa en el tratamiento del menor y su familia. Todos los miembros del equipo, y las enfermeras especialmente, deben tener un interés, iniciar, renovar, conocer y utilizar los componentes de juego y sus muchas características cuando se trabaja con los niños en el hospital”.

Por esto es urgente tomar conciencia e incluirlo en la práctica del hospital.

#### 5.7.4. EL JUEGO DESDE LA FORMACIÓN SANITARIA: OFICIALIZAR LO LÚDICO

La elección del juego como herramienta de trabajo está vinculada al concepto que el personal sanitario tenga de él, y de que lo considere como “tratamiento” y “cura”. Hay una necesidad de preparar al equipo de enfermería y futuros profesionales, para que conozcan los beneficios de cuidar, **con** y **a través** del juego, porque en él, los sanitarios tienen una herramienta capaz de mirar y de hacerles ver “más allá del sustrato enfermedad como algo exclusivamente físico y mental, en busca de otros significados” (de Araujo, 2004:154) a la vez que les descubre el potencial de su carácter terapéutico, haciéndoles tomar conciencia de los múltiples factores que implican una buena atención y “que están relacionados con el cuidado” (Murakami y Campos, 2011:259); por tanto, el juego redefine y amplía los conceptos expuestos y entrecomillados, al principio del párrafo.

No es suficiente que las investigaciones evidencien los beneficios del uso del juego en pediatría, sino que deben reforzarse de un modo empírico; por un lado, con una imprescindible sensibilización de la enfermería para que comprenda esta importancia y cómo conseguir sus beneficios, practicando en sus intervenciones, que deben basarse en lo lúdico y, por otro lado, con la demanda de inclusión del tema del juego como parte del contenido de los planes de estudio de grado y de los diferentes programas de educación para la salud de los profesionales pediátricos, como ya proponen algunos estudios (Maia *et al.*, 2011; Jansen *et al.*, 2010).

Ribeiro (1998:78) plantea que: “la enseñanza de enfermería debería ser re-evaluada para que el alumno se dé cuenta de la importancia del juego terapéutico, no solo como un elemento importante sino como algo esencial e indispensable para los cuidados de enfermería de los niños hospitalizados”.

Esa formación en dicho ámbito puede darse a través de distintos recursos, experiencias prácticas e instrumentos que, como propone Azevedo (2008:139), podrían ser:





“talleres preparatorios, testimonios de voluntarios, discusión sobre textos que aborden el tema, presentación de videos y películas que tengan mensajes acerca de la humanización, supervisión del trabajo lúdico, voluntariado hospitalario” etc. Esta reestructuración de los planes de estudio sería muy necesaria a la vista de una reciente investigación (Lemos *et al.*, 2010) en la que, todos los encuestados afirman que el tema de juego tuvo poco o ningún enfoque en su formación académica o profesional.

Ante esta realidad, al menos merece la pena hacer un pequeño reconocimiento, que sirva de toma de conciencia sobre la importancia de este recurso, desde el ámbito de la investigación, ya que son varios autores (Ribeiro, 1998; Leite y Shimo, 2007; Kiche y Almeida, 2009; Lemos *et al.*, 2010; Nascimento *et al.*, 2011) los que defienden la inclusión del juego, y otros aspectos afines, como temas a impartir dentro de la formación del profesional, en pregrado, grado y posgrado, en las instituciones y escuelas, permitiendo a los estudiantes adquirir las habilidades necesarias para el reconocimiento de esta práctica en el cuidado de niños, haciendo posible el desarrollo de habilidades para su uso. Destacar el criterio de Leite y Shimo (2007:349) quienes defienden que: “el juego, debe ser tan valorado como cualquier otro conocimiento científico que se enseña en estos cursos, ya que lo consideran esencial para el desarrollo y el bienestar de los niños”. Por tanto, y recurriendo de nuevo a Lemos *et al.*, (2010:950), y de acuerdo con él, “el cuidado a través del juego, es la forma más eficaz de asistir a un niño hospitalizado”.

También de acuerdo con Ceribelli (2009) las enfermeras pediátricas ya se están cuestionando si los aspectos clínicos son suficientes para el desempeño de sus prácticas, considerando que los elementos humanísticos y artísticos podrían ser parte integrante de la enseñanza y, consecuentemente, de la práctica de enfermería valorando las posibilidades de desarrollar nuevos procedimientos para el cuidado en salud, capaces de dar un nuevo significado a la práctica de la enfermería, realizando una alianza de la competencia técnica, científica y humana con la humanización del proceso de cuidar, que contemple al paciente y al trabajador de la salud. De este modo, la enfermera liderará este sector, llevando a cabo planes de tratamiento más personales (Lemos *et al.*, 2010) y ofreciendo un plan de acción diferenciada (Pivetta *et al.*, 2012), en el que cada vez más, **el humor y el juego sean valores a tener en cuenta**. Aún queda mucho camino por andar pues sólo se está empezando a tener conciencia de la importancia de este recurso, por lo que hay que continuar contribuyendo con su investigación y práctica.

El desarrollo de este trabajo ya ofrece alicientes para motivar a las enfermeras que no están familiarizadas con el uso del juego y su valor terapéutico, para que comiencen a usarlo de forma sistemática con el fin de beneficiar a todas las partes interesadas en el contexto de la atención, pues el juego es considerado como actividad que ayuda a la labor de los profesionales de la salud, que además de conseguir una mejor adaptación y cooperación hacia los procedimientos médicos, es significativo en la mejoría del proceso de enfermedad de los pacientes y familiares.

Actualmente están teniendo gran acogida y repercusión las terapias complementarias entre las que debe incluirse la actividad lúdica, que **funcionan como coadyuvante** en el cuidado de los





enfermos, al satisfacer necesidades afectivas, emocionales, sociales, reduciendo el malestar físico y psicológico de pacientes y familiares a través de un método no invasivo y una forma de cuidado no traumático. Se ha comprobado que existen diversas investigaciones que argumentan que el juego permite la recuperación del paciente, incluso una reducción del tiempo de hospitalización (Favero, 2007).

Una vez que se introduzca y reconozca plenamente el juego en la formación de grado de enfermería y sea una herramienta esencial y utilizada día a día por los profesionales, se habrá conseguido cambiar el sistema sanitario del cuidado en enfermería pediátrica.

De acuerdo con Mitre y Gomes (2004) la promoción del juego en el cuidado de la salud (re) significará el modelo tradicional de la intervención y la atención de los niños hospitalizados, convirtiéndose la enfermería pediátrica en un referente en la asistencia, logrando la tan deseada satisfacción mostrada por los receptores de los cuidados: los menores y sus familiares.

De acuerdo con Angeli (2012), a través del juego, el paciente pediátrico puede ser protagonista de su proceso salud-enfermedad, con actitud y estado de ánimo positivos, no como una víctima de los acontecimientos, sino como una reinención de oportunidades de sí mismo y de su lugar en el mundo. De este modo, el juego contribuye a reforzar el binomio enfermedad-curación pasando a ser, según Mitre (2007), un eje pivotante para la producción de nuevos modelos de atención en salud de los niños; nuevos modelos de atención sanitaria en los que el juego tenga cabida, haciéndose posible que los hospitales y el cuidado, no solo se centren en la enfermedad, sino también en la ludoterapia, que permita un proceso de tratamiento y hospitalización más provechoso.

García Márquez (2010) afirmaba que no hay medicina que cure lo que no cura la felicidad. El juego contribuye a construir los pilares sobre los que descansa la felicidad, ya que el sentido de lo festivo está relacionado con la diversión, la alegría, la ilusión, las emociones, los valores estéticos y sociales, que escapan hacia otras dimensiones de lo humano, alimentando su salud.

El potencial del juego trasciende de la actividad lúdica en sí. Un instante de plenitud es el juego, un momento de felicidad en la dureza de la enfermedad. De acuerdo con Paredes (2002), jugar es buscar un hilo de lo íntimo de cada ser con la vida. El juego queda prendido de un hilo umbilical que, por medio de experiencias psicofísicas, ayudan a la expresión del alma, esto justifica, sobradamente, la importancia de incorporar y ser conscientes del valor transformador y terapéutico del juego en la salud.



## PARTE III

# INVESTIGACIÓN EMPÍRICA





## CAPÍTULO 6 - “VUELO DE ILUSIONES”

### (EXPERIENCIA CON MENORES HOSPITALIZADOS POR ENFERMEDAD DE LARGA DURACIÓN, PRINCIPALMENTE DE ONCOLOGÍA INFANTIL)

Resúmenes de ésta experiencia han sido presentados como COMUNICACIÓN, en los siguientes eventos:

#### **I CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA POSITIVA**

Lugar y fecha: San Lorenzo del Escorial (Madrid), 15 -17 Marzo 2012

**Título:** **La cometa de la esperanza.** Respuesta terapéutica positiva en hospitalización infantil.

#### **IV CONGRESO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN ARTÍSTICA Y VISUAL**

Lugar y fecha: Jaén 19 - 21 Abril 2012

**Título:** **Vuelo de ilusiones.** Una experiencia con menores ingresados en el Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves, de Granada.





## 6.1. RESUMEN

Esta comunicación describe y analiza la experiencia llevada a cabo durante tres meses en el Hospital Materno-Infantil (Granada) con menores hospitalizados por enfermedad de larga duración, principalmente de oncología infantil.

A partir de nuestra inicial convicción de que los vínculos afectivos que seamos capaces de generar a través del humor y los procesos creativos, pueden ser terapéuticos y hacer mejorar, se llevan a cabo una serie de propuestas, realizadas en cuatro fases, que configuran esta parte de nuestra investigación:

- 1. Creación artesanal de mini-cometas portadoras de los deseos del autor.**
- 2. Taller pictórico para construir una gran cometa con huellas personales.**
- 3. Trabajos de creación literario-narrativa sobre la salud.**
- 4. Exposición de los resultados del proceso y lanzamiento al cielo, con globos de gas, de la gran cometa con los deseos infantiles.**

Se utilizaron métodos de investigación cualitativa de enfoque biográfico-narrativo, obteniendo datos con instrumentos y análisis propios de ésta metodología: Cuaderno de campo, narraciones autobiográficas ("Diario de la Cometa"), grabaciones/fotografías y entrevistas espontáneas.

Con los talleres lúdico-artístico-creativos se generó una dinámica participativa en un gran y heterogéneo grupo: pacientes, familiares, sanitarios... contrastándose que, la motivación, afecto, humor, surgidos en el proceso creador, son una terapia, una rehabilitación y estimulación, con influencia positiva en la salud.

**Palabras clave:** Menores hospitalizados, Arteterapia, Humor, Ilusión.



## 6.2. ABSTRACT

This communication describes and analyzes the experiment carried out for three months in Materno Infantil Hospital (Granada) with children hospitalized for long-term illness, especially pediatric cancer.

Based on our initial conviction that the emotional bonds that we are able to generate through humour and creative processes can be therapeutic and make improvements, carried out a series of proposals, conducted in four phases that make up our research:

1. - **Creation of mini-comets craft carries the author's wishes.**
2. - **Workshop painting to build a large comet with personal traces.**
3. - **The work of literary creation narrative on health.**
4. - **Presentation of the results of the process and launch into the sky, gas balloons, the great comet with their infantile wishes.**

We used qualitative research methods-narrative biographical approach, obtaining data and analysis tools specific to this methodology: a field book, autobiographical narratives ("Journal of the Comet"), recordings/photographs and spontaneous interviews.

The workshops in creative and artistic fun generated a participatory dynamic in a large and heterogeneous group: patients, families, health... contrasts that motivation, love, humour, arising in the creative process, is a therapy, rehabilitation and stimulation, with positive influence on health.

**Keywords:** Children hospitalized, Art therapy, Humor, Illusion





### 6.3. INTRODUCCIÓN

“La risa es la mejor manera de hacer que el corazón de alguien siga latiendo”.

Anónimo

A lo largo de la vida, en mayor o menor grado, todos padecemos sucesos traumáticos, enfermedades, fracasos o pérdidas, que nos llevan a experimentar el sufrimiento; pero cuando ese sufrimiento afecta a los menores, se hace especialmente cruel; es un hecho que se constata fácilmente en un **hospital infantil** pues, a pesar de contar con todas las armas de la ciencia, desgraciadamente, no siempre se consigue aliviarlo.

Como ya se anticipó en el punto 1.1. de la presentación de la Tesis, es la inquietud por el Clown y sus contenidos –risa, humanidad, humor, sentimiento...- lo que acerca a la autora al entorno de los *Doctores Sonrisa*, posibilitando la observación, el conocimiento y la colaboración con su trabajo, durante una primera fase pseudoinvestigadora que culmina en su Proyecto Fin de Carrera “*El humor como Arteterapia*” en la que pudo verificar, que “el humor es entonces un medio de conseguir placer a pesar de los efectos dolorosos que a ello se oponen y aparece en sustitución de los mismos.” (Freud, 1994:208) pues, como afirma Winnicott (1971:32), “el sentido del humor es evidencia de libertad, lo opuesto a la rigidez de las defensas que caracterizan la enfermedad”, quizá sea esa ilusión, estimulada y reforzada por una actitud positiva, la que posibilita que la enfermedad parcialmente se diluya, haciendo aparecer algunos síntomas de mejora de salud.

Esa primera y motivadora experiencia estimula el seguir avanzando en esa apasionante línea, y son las prácticas del Máster: “*Artes Visuales y Educación. Un enfoque constructorista*” de la UGR, tutorizadas por la Dra. Virtudes Martínez Vázquez, las que favorecen esa continuidad, al realizarse en el Aula Hospitalaria del Materno Infantil, Virgen de las Nieves, de Granada.

El conocimiento adquirido y el contacto con ese duro ambiente propician esta experiencia investigadora que forma parte de una trayectoria en el contexto hospitalario, a pesar de unos interrogantes previos que parecían oponerse a su inicio:

¿Es acaso coherente plantear situaciones de humor en un lugar dónde los sueros, sufrimientos, inyecciones, ocupan todo el espacio personal, dificultando los menores atisbos de esperanza?  
¿Se puede o se debe practicar el juego, el humor y la creatividad en un entorno tan poco apropiado?



Pero las propuestas surgieron tomando como instrumento la esperanza, los deseos que a través de la creatividad y lo lúdico se materializaron en objetos: artesanía, pequeñas manualidades, grafiti... que se asemejan a la obra y al proceso artístico de Lygia Clark y que funcionan como sus *Objetos Relacionados* "capaces de hacer revivir sensaciones, deseos, fantasías, dramas olvidados, trayendo a la conciencia experiencias difíciles de verbalizar, con los que se elaboró un método sistemático de recursos terapéuticos" (Martínez Díez, 2000:327).

"La forma artística no se construye como forma terminada y unívoca, sino relacional, carece de sentido previo, aun cuando exista una intención, o al menos no un sentido previo que permanezca siempre, de manera constante. La cualidad que la recorre sin romperla, por la cual puede comenzarse a recrearse nuevamente cada vez que se advierte, no solo la actualiza, sino que la convierte en portadora de transcurso, de un intervalo vital que nos remite a lo imposible de lo idéntico, al cambio" (Diéguez Rio, 2006:74)

En los talleres participativos desarrollados en el hospital se han creado pequeños objetos portadores de sueños que han sido la puerta que va a permitir activar los deseos y la iniciativa, recuperando la fantasía la imaginación, el juego. Una intensa vivencia cuyo relato del proceso, como afirma Bolívar (2002:6), "capta la riqueza y detalles de los significados en los asuntos humanos, (motivaciones, sentimientos, deseos o propósitos)" así como las creencias y los valores que compartían los participantes. Se despertó esa ilusión terapéutica con el proceso de creación y con su fin último: lanzar esos pensamientos al cielo, volar las ilusiones.

La investigación, generada para llevar a cabo el interés personal en aliviar el padecimiento de los menores, se inicia en un momento en el que la sociedad, al menos oficialmente, toma conciencia de ello, arbitrando medidas paliativas<sup>52</sup>. Además, surge "cuando las aulas Hospitalarias están convirtiéndose, en los últimos años, en uno de los referentes más importante de los hospitales" (Guillén y Mejía, 2002:10) que se proponen velar por aliviar, de otra manera, el entorno de la enfermedad y hacer posible que el ingreso hospitalario de un menor sea algo más que un simple acto médico.

Actualmente se está trabajando desde distintas asociaciones, en este contexto, para hacerlo menos duro, para seguir sembrando posibilidades de transformación en un entorno tan hostil en el que hay tanto trabajo por hacer y es tan duro el transcurrir del tiempo, como expone en el artículo "...*Los tiempos de espera en oncología*", Ramón Bayés (2003), entre otras cosas, para que..."el tiempo hospitalario pueda ser un tiempo para descubrir, para aprender, para pensar, en definitiva, un tiempo creativo". (Pascale y Ávila, 2007:241)

<sup>52</sup> Destacar la aparición del DECRETO 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo.



## 6.4. OBJETIVOS

### A) OBJETIVO GENERAL

Proporcionar momentos de distensión (individuales-grupales) al triángulo hospitalario (menores-familiares-personal sanitario) que permitan hacer más llevadero el tiempo de estancia, generando aportaciones significativas para la salud de menores ingresados, especialmente por enfermedad de larga duración; simbólicamente: **tejer, con hilos de esperanza, sueños que hagan volar las ilusiones.**

### B) OBJETIVOS ESPECÍFICOS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO INFANTIL

1. **Conocer** el entorno de la enfermedad grave infantil para poder identificar el sufrimiento y la angustia que lo rodea a fin de poder **estar**, compartir, mitigar... la desesperanza y desaliento subyacente en dicho entorno.
2. Fomentar la **comunicación** entre personal sanitario, padres y pacientes para **favorecer los lazos de afecto, confianza y distensión.**
3. Utilizar **propuestas lúdico-creativas** que contribuyan a que la experiencia hospitalaria sea lo más llevadera posible.
4. Plantear propuestas que, nutriéndose de las funciones terapéuticas del arte y del juego, favorezcan el **desarrollo integral del menor** a través del disfrute.
5. **Confirmar** que las actividades desarrolladas han supuesto un **beneficio anímico** y un **alivio terapéutico** durante la estancia hospitalaria.



## 6.5. METODOLOGÍA

En la experiencia investigadora se sigue el paradigma de investigación cualitativo con un enfoque metodológico **biográfico-narrativo** que recogerá la experiencia.

Los participantes son protagonistas de la investigación. Se seleccionan sus testimonios, relatos subjetivos, composiciones creativas, opiniones, que reflejan sus experiencias, sentimientos y su historia de vida. Se utilizaron los siguientes instrumentos de recogida y análisis de datos y eventos propios de ésta metodología:

- Observación participante
- Cuaderno de campo
- Narraciones y respuestas a cuestionarios
- Diario autobiográfico
- Análisis de documentos
- Entrevistas y declaraciones espontáneas
- Composiciones artísticas/ Documentos expresivos
- Grabaciones en vídeo y fotografías
- Análisis de expertos y proceso de triangulación continuo.

Todos estos instrumentos y modos de obtener y analizar datos, ya han sido descritos detalladamente en el apartado 3.2.1, del Capítulo de METODOLOGÍA.



## 6.6. FASES Y DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

*Una experiencia vale más que doscientas o trescientas palabras: hay que vivirlo, sentirlo en cuerpo y alma.*

(Herrán, 2001:237)

Ya en el Capítulo 5 - 'JUEGO Y TERAPIA', Punto 5.1, hemos informado, con carácter general, del concepto Aula Hospitalaria y sus características: creación, funcionamiento, normativa que las regula, en el caso que nos ocupa la investigación se desarrolla en el Aula Hospitalaria o Ciber@ula del Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves, de Granada.

La labor estrictamente pedagógica en el aula se reduce a un pequeño grupo de niños con diversas características y patologías, que son siempre atendidos con similares patrones docentes: lecturas, explicaciones teóricas y ejercicios. En casos puntuales o al terminar los quehaceres estudiantiles, es cuando aparece un pequeño resquicio para lo lúdico. Con frecuencia, la dinámica es interrumpida por visitas del médico o prueba clínica, dificultad que potencia y recuerda, de forma permanente, la hostilidad del entorno.

Ante esta rutina, tan variable y metódica a la vez, surge el planteamiento: ¿dónde, cómo, cuándo, de qué manera... se podría transformar el hábito, contribuyendo, de forma más lúdica, menos sistemática, al bienestar de aquellos menores?

Con el tiempo y la experiencia, se percibe que el objetivo principal allí, es ESTAR, sin más; tratar de escuchar, ACOMPAÑAR... "que exige adherirnos a un proceso de acompañamiento, largo o corto, en la introspección, (...) supone ofrecer un lugar, ofrecer la escucha y ofrecerse a acompañar a la persona" (Martínez y López Fernández Cao, 2009:16).

Un dar "acompañamiento" que, por el hecho de serlo, ya es terapia, pues alivia la enfermedad, el malestar y/o simplemente las dificultades al estar centrado en el aquí y el ahora, desde una escucha atenta y a la vez sutil, con la duración que sea necesaria, que aporte a la persona un sentirse mejor, una transformación positiva (Klein, 2006; Klein, Bassols y Bonet, 2008).

Desde ese planteamiento y con el máximo aprovechamiento del tiempo de juego, el más flexible posible, surgen momentos mágicos, respuestas de empatía y unión con los menores: una sonrisa, un "gracias", una mirada, un beso... por los que ya merecía la pena estar allí. Gestos clave, pues cumplen el reto de mostrar lo bueno de aquel entorno, donde lo palpable y evidente es lo malo.

El juego permitió conseguirlo, fue la herramienta de comunicación, humor, motivación, transformadora de la realidad, para aceptarla.

"La ludoterapia cura jugando, favorece la comunicación efectiva con los (as) niños (as), establece sentimientos de empatía, desarrolla confianza y facilita la labor de enfermería" (Campos, Cordero, Rojas, Vargas, 2005:4)

### 6.6.1. CONOCIENDO EL ENTORNO Y SUS PROTAGONISTAS



*Ilustración 6.01: Ludoteca del Hospital Materno Infantil. Granada. (FA)*

En el caso que nos ocupa es obligado citar al personal que directamente está a cargo del Aula en la que se ha llevado a cabo una parte importante de la investigación y que, sin lugar a dudas, sin su especial colaboración, apoyo y predisposición, no se hubiese podido realizar la misma. Dicho equipo, en el momento de comenzar la experiencia, estaba compuesto por:

- Una Coordinadora General
- Dos Maestras y un Maestro (Profesores que voluntariamente solicitan esa plaza)
- Una Psicóloga
- Dos Auxiliares de Clínica.

Forzosamente este apartado ha de tener un carácter eminentemente narrativo y cronológico, y el diario detallado o Cuaderno de Campo, como mejor instrumento de información, se incorporará a partir del punto (6.6.2).

También aparecerán a lo largo del mismo, datos recogidos con algunos de los instrumentos empleados en la Metodología que se ha seguido: observaciones de los participantes, narraciones, fotografías...





Un lunes, a mediados de diciembre, Mercedes, Coordinadora General del Aula, nos recibe sonriente y amable. Su trato es cercano y, desde el principio, se muestra disponible dando todo tipo de facilidades y la confianza suficiente para despejar las lógicas dudas que inicialmente existen al abordar cualquier proyecto nuevo.



*Ilustración 6.02: Aspectos de la Ludoteca. (FA)*



*Ilustración 6.03: Terraza de la Ludoteca/Ciberaula (FA)*





Después de enseñarnos ese *espacio muy especial*, pasamos a conocer a los maestros e ir viendo poco a poco a los niños en su ambiente habitual. También conocimos a algunos jóvenes voluntarios que, en muchos casos, y desde nuestra modesta opinión, carecen de la capacidad o interés necesarios para afrontar actividades motivadoras y lúdicas.

“Varias narices de payaso verdes reposaban sobre la mesa. Quizá fueran el recuerdo de un leve intento de dinamizar el ambiente. Mi energía interna, que rebosaba radiante, chocaba con el plomizo ambiente”. (Extraído del Cuaderno de Campo, de la autora)

Entramos en la habitación de Alejo<sup>53</sup>, un niño pequeño de oncología. La madre aprovechó la visita para salir un momento a *cambiar de aire*; se comenzó a jugar con el pequeño, muñecos, naipes... y, en un momento determinado, el niño apoyó la espalda en el sillón. Se le preguntó si estaba cansado del juego y lo afirmó, por lo que, discretamente, se inició una estratégica retirada. En estas actividades hemos de prestar atención especial al conocimiento tácito de la situación y no requerir que se exprese de forma verbal; es preciso descubrir lo que *no se dice*, el lenguaje de los silencios, de las dudas, de los titubeos, de las excusas, de los gestos de los hechos. Nos marchamos cuando la madre regresó y, agradecida, nos despidió.

Por último, señalar que en el apartado **6.7.4, Personas y Circunstancias**, se hace una descripción detallada, de las circunstancias personales y las características de los principales protagonistas de la investigación.

---

<sup>53</sup> Como ya se indicó en 1.4, y por razones obvias, se citarán los nombres de familiares o pacientes, con nombres supuestos o iniciales



### 6.6.2. COMIENZA LA EXPERIENCIA. (CUADERNO DE CAMPO)

El presente apartado está configurado a partir de las notas y vivencias recogidas en el Cuaderno de Campo.



*Ilustración 6.04: Silueta en la Ciberaula. (FA)*

Hoy es lunes 12 de enero y han pasado las vacaciones de Navidad; llego al Aula temprano; aún no han entrado los niños. Isabel, una maestra, pone la fecha en la pizarra y ordena algunos libros de las estanterías mientras espera. Allí saben por experiencia que no vendrán muchos alumnos y que, además, el número de ellos es muy variable, prácticamente impredecible, determinado por las circunstancias diarias de cada uno de ellos y así nos lo cuenta Isabel.



El ruido del ascensor advierte que llega alguien. Una voz muy alegre, aguda se interesaba desde el ascensor, por quién había en el Aula esta mañana. Unos instantes después, atravesó la puerta una niña en una silla de ruedas empujada por una de las auxiliares.

Aquella voz tan radiante, despejada y dispuesta, no se correspondía con el inmóvil cuerpo. Primeros instantes de contradicción, impacto, pena... que se mezclaban en el pecho sin definir un sentimiento claro. La alegría y energía que trasmitía aquella niña nos hizo hacer más llevadera aquella extraña sensación...

El ascensor volvió a oírse. Llegaba Carmen, y la auxiliar que empujaba su silla. Trae deberes y sabe bien que debe hacerlos. Responsable, se sienta junto a nosotras y empieza su tarea. Coge el lápiz con dificultad y apenas aprieta al escribir. Tiene una mano vendada, atada por "los tubos y cables que (la) absorbían como tentáculos de un pulpo" como narra José Luis Sampedro (2004) al recordar su paso por el hospital, en el libro autobiográfico "*Monte Sinaí*".

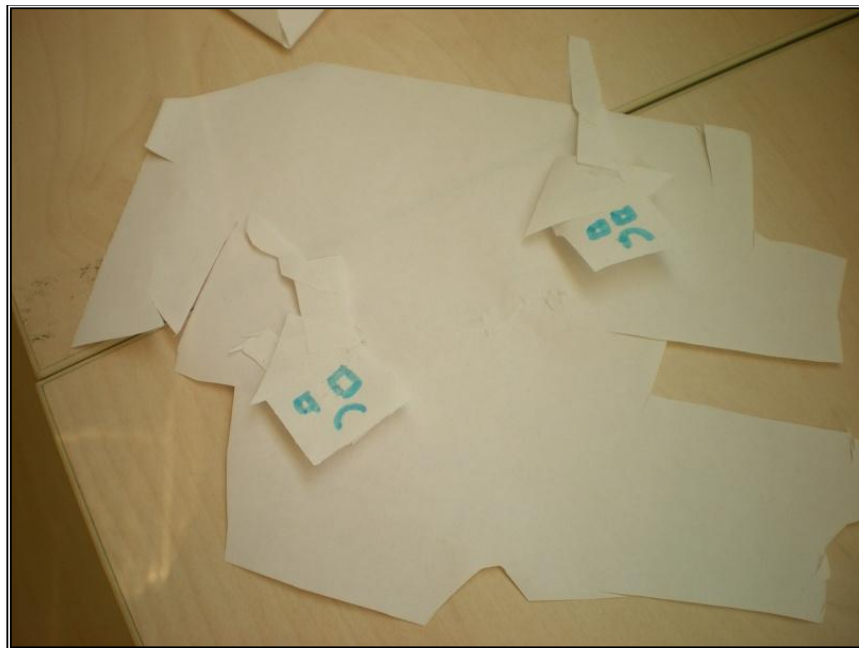
Sus atolondrados movimientos, propios del bullicio de la infancia, no tenían en cuenta el suero, ni la vía. Debíamos controlarla porque, sin querer, podía hacerse daño.



Ilustración 6.05: Carmen haciendo deberes. (FA)



Comenzamos a hacer elementos de papiroflexia con la otra niña. A los pocos minutos llegó Berti, una cría muy pequeña pero con unos ojos preciosos y grandes, ¡que se le salen de la cara! A pesar de lo pequeña que parecía ser, se podía hablar con ella perfectamente. Es muy dispuesta. Se acercó para interesarse por lo que se estaba haciendo. Sin darme cuenta, se subió a las piernas y, en un instante, ya la tenía cogida en brazos.



*Ilustración 6.06: Primeros trabajos de papiroflexia de Berti. (FA)*

Berti comenzó a recortar con las tijeras trozos de un papel. Le propusimos pegar las formas de papel recortado sobre otro mayor para conseguir ponerlas de pie y lograr algo de volumen en el dibujo y dijo que quería hacer una cabaña.

Antonio, el maestro, propone que le acompañe a dar clase a los niños de oncología. No resulta del todo fácil ingresar en un lugar nuevo. Siempre se produce una especie de extrañamiento.



Al llegar, ya había una mesa en medio del pasillo. Cerca de ésta, a lo lejos, distinguía a dos pacientes. Una era Ana, muchacha dispuesta y valiente que no quería ponerse peluca...

Echado sobre el dintel de la puerta de su habitación, reposa, perezoso, Alejandro. Al igual que Ana, se muestra enfadado.

Ambos quieren ir a su colegio y, mientras estén en el hospital, no quieren dar clase. Les aburre.

Alejandro se queja de no haber podido seguir durmiendo. Y con este motivo discute con su madre, que también espera paciente en el pasillo. *"Quiero seguir durmiendo porque estoy malo, porque tengo cáncer. Tengo cáncer y soy adolescente"*, le recrimina a su madre.

Situación tensa, fuera de control. Una enfermera, aprovechando que la madre se aparta, le advirtió *"que no me entere yo que le vuelves a hablar así, que es tu madre, y ella también es humana ¿vale?"*

"Para el personal sanitario la etapa de la adolescencia supone un desafío, y esto implica que se ha de tener más precaución con los contenidos" (Carbelo 2004:146)

Antonio se aproxima con el material para trabajar. Entre protestas, Ana y Alejo ceden a sentarse. Para empezar, esperamos a Carlos, que lo están levantando de la cama. La operación de la pierna le impide moverse él sólo. Carlos se aproxima desde su habitación, sonriente.

Como ejercicio inicial de "la clase" y para tratar de cambiar el estado de ánimo negativo con el que habían empezado Alejo y Ana, Antonio propone hacer una porra con unas fichas. Debíamos adivinar el número de fichas que entre todos teníamos en las manos, en función de lo que cada uno tuviera en la suya y los valores que se van diciendo.

La respuesta de los adolescentes fue positiva y disfrutaron jugando y Antonio aprovechó el juego para explicar y aclarar algunos conceptos matemáticos.

Después, utilizando unos periódicos, hicimos un ejercicio de lectura comprensiva colectiva de un artículo de medioambiente que hablaba de los mamíferos. En la lectura reímos con la difícil pronunciación del nombre de algunos de ellos; varios datos sobre sus costumbres resultaron llamativos.

Llama la atención la sencillez con la que aborda Antonio las clases. Aprovecha cualquier elemento para trabajar con los niños, ampliar su conocimiento y despertar su inquietud: ¡un auténtico maestro!





*“No importa tanto lo que hagan, como el hecho de que tengan algo que hacer que les obligue a levantarse, a vestirse y a mantenerse activos, alejándose así de la enfermedad”.*

Reflexión hecha por Antonio a la autora

(Maestro del Aula Hospitalaria)



*Ilustración 6.07: Antonio,  
Maestro del Aula. (FA)*

“La atención educativa es básica, además de prevenir los desfases educativos, (puede ayudar a través del arteterapia a que los niños se conviertan en parte activa de su proceso de curación), así como a superar mediante las actividades lúdicas y socializadoras la ansiedad y la angustia que la enfermedad y la hospitalización conllevan” (Domínguez Toscano, 2004:198)

Al finalizar la clase, continuamos con la papiroflexia. Les enseñé a hacer un barco. Me sorprendió que, con su edad, no supieran hacerlo.

A Ana le admiró ver el resultado. Lo había conseguido a la primera. Su cara reflejó complicidad y satisfacción, se encontraba más animada que al principio de la mañana. Su gesto y expresión eran más serenos.

Sorprendentemente, se despidió con un sincero y profundo “*gracias*”. A través de aquel “*gracias*” también expresaba que había estado a gusto y lo había pasado bien. Por ese “*gracias*”, ya ha merecido la pena haber ido hoy al hospital.

El martes 13 de enero llega otro niño nuevo al Aula, Martín y tiene 10 años. Estaba sentado en los sillones azules dejando pasar el tiempo. Se había subido un libro pero no le apetecía leer. Le ofrecí hacer plastilina y aceptó.

Sobre la mesa había un libro de animales. Al preguntarle qué quería que hiciéramos, dijo: “*¡Un león!*” El tema era ambicioso pero miramos el libro por si nos aportaba alguna idea.

En un principio no quedó satisfecho con el resultado, pero al terminarlo quiso ponerlo en la estantería, junto a los demás trabajos de otros niños. Una vez puesto lo retocó y arregló varias veces.



Ilustración 6.08: León de plastilina hecho por Martín. (FA)

Miércoles 14 de enero. Javier y Román llegan a la vez. También son nuevos. Sin ser hermanos, ni familiares, su aspecto guarda cierto parecido. Edad similar, muy bien peinados, tímidos... a los dos también les apeteció hacer plastilina.

Román empezó, con ayuda de Isabel, la maestra, a hacer un paisaje sobre una cartulina. Javier no sabe qué hacer... de repente, la idea surgió y exclamó decidido: "un hospital".

El hospital es ahora para él una situación nueva, un lugar dónde en numerosas ocasiones no se encuentra a gusto. Es un lugar extraño en el que no entiende muchas cosas. El hospital es un motivo de preocupación que está muy presente en sus pensamientos. Quizá por éste motivo, la respuesta fue tan efusiva.

Tras preparar el material y explicarle, desde la ventana, cómo era el hospital, con paciencia y delicadeza, le dedicamos casi toda la mañana a esa tarea. Poco a poco, parte a parte, el hospital se iba construyendo.



#### Hospital de plastilina:

Se pueden observar en el aparcamiento los distintos vehículos y dos ambulancias blancas

Ilustración 6.09: Hospital hecho por Román. (FA)





Román continuaba trabajando en su maqueta. Cuando la terminó, comenzó a hacer otro león.

Javier ve la señal de una inyección en el brazo de Román y le pregunta. A partir de ese momento, mantienen durante largo rato una conversación sobre los pinchazos que había recibido cada uno: dónde, cuando, intensidad del dolor... Competían entre ellos para ver quien había recibido más. Realmente llamativo. Eran niños de nueve ¡pequeños años! pero grandes especialistas en jeringas e inyecciones.

Román modelaba una serpiente verde cuando un intenso dolor se apoderó de su abdomen. Permaneció echado hacia adelante unos momentos. Palideció. Tensión. Asombro. Enseguida acudieron las maestras y la auxiliar, que tuvieron que cogerlo de los brazos porque se mareó. Lo bajaron a planta. Su creación quedó allí, solitaria sobre la mesa...

“En lo más intenso del dolor es imposible crear”

(Citado por Sandblom 1995:131)



*Ilustración 6.10: Leones, árbol y serpiente de plastilina hechos por Román. (FA)*

Así transcurren las jornadas, captando tanta vida, ilusión e ingenuidad como surge de esos cuerpecitos, en muchos casos con la semilla de la muerte dentro, y que te aportan mucho más de lo que tú puedas dar. Durante la mayor parte del tiempo se olvida cual es el objetivo que nos mantiene allí, y cada vez se desea estar más tiempo y, como decíamos al principio, simplemente ESTAR, pues se es consciente de la repercusión positiva que nuestra compañía tiene en los menores y también en los familiares.

“Colectivo vulnerable (...) exige adherirnos a un proceso de acompañamiento, largo o corto, en la introspección, (...) supone ofrecer un lugar, ofrecer la escucha y ofrecerse a acompañar a la persona” (Martínez, N. y López Fernández. Cao, 2009:16)



Días similares pero llenos de momentos distintos y enriquecedores se van sucediendo y que son difíciles de resumir, pero siempre, entre dibujos y cuentos, aparecen la ilusión y la vida, como cuando llegó a clase Mairena, de la mano de su madre; en su rostro aún yacía una lágrima. Acababan de ponerle una inyección. Lo primero que dijo al entrar fue *"si mañana me pongo buena ya me voy"*. Su madre lleva varios días preocupada buscando información en Internet. Pedimos a Mairena que se haga un autorretrato. Mientras dibuja nos cuenta que a su hermano no le gusta estudiar.



*"Ésta es la seño, ésta es mi amiga Laura y ésta soy yo, con coletas"*.

Mairena

*Ilustración 6.11: Dibujo descriptivo realizado por Mairena. (FA)*

"No podemos olvidar que la situación en la que se produce el proceso de Enseñanza/Aprendizaje no es la más propicia. Un ambiente anormal en el que se debe infundir un carácter lo más normalizado posible, donde alumnado, familia, docentes y Arteterapeutas están más expuestos a influjos emocionales que en el contexto formal y a imprevistos difíciles de canalizar" (Gata Amaya, 2004:104).

Después de dibujar Mairena se mueve por todo el espacio del Aula. Va de un sitio para otro agarrando su suero ¿Qué estaría pensando?

Los días transcurren con una semejanza y monotonía asombrosas y es igual que sea once de febrero o veinte de octubre; primavera o invierno... son semejantes pero a la vez, distintos, pues los pequeños personajes varían con frecuencia y cada uno, con sus familiares y problemática, configura un mundo distinto. Pero hay días, o fechas que son radicalmente diferentes en el Aula: cuando se acerca un cumpleaños, un santo, una fiesta local y, no digamos cuando se aproxima Navidad o Reyes... es entonces cuando se realzan las diferencias con esos niños que se ven desde las ventanas, paseando por la calle sin pijamas de hospital, ni "farolas" porta sueros; es entonces cuando se encuentra un potencial motivador en Aula para hacerles participar...



Fátima, junto con otras niñas, decora una mesa para su fiesta de cumpleaños y nos reparte invitaciones:

“Hola Cristina te *hemvito* a mi fiesta de cumpleaños deseo que *bengas*”

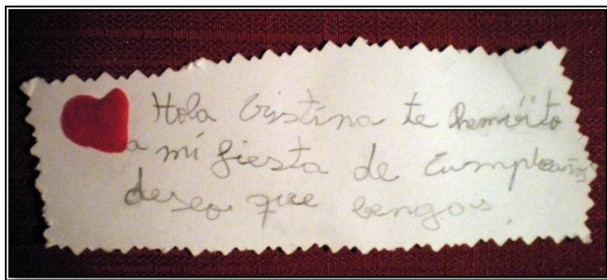


Ilustración 6.12: Invitación autógrafa de Fátima. (FA)



Ilustración 6.13: Preparación con juguetes de una mesa para la fiesta de cumpleaños de Fátima. (FA)

Se les propone la experiencia de pintar los *palos o farolas* (soportes) de los sueros aprovechando la visita de un grupo numeroso de alumnas de prácticas de la educación y en ella participaron también familiares y enfermos y el buen tiempo nos acompañó. ¿A quién se le asignarían esos soportes decorados en un futuro?

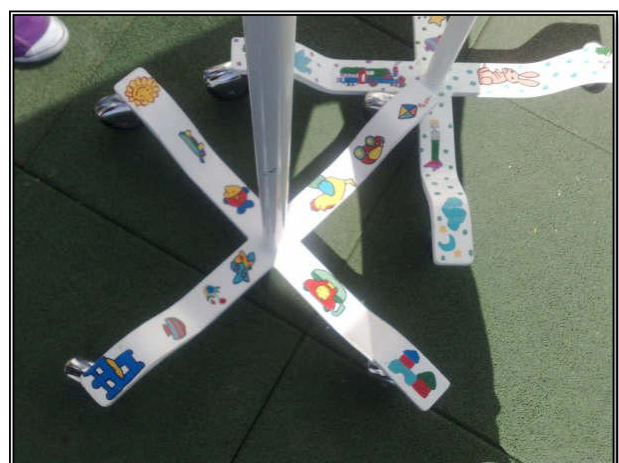


Ilustración 6.14: Decoración de los soportes por personal voluntario. (FA)



Es lunes 23 de febrero y Antonio juega repetitivamente, compulsivamente, con el *scalextric* mientras suspira satisfecho: *"ya me voy hoy, ya estoy curado... ¡ya era hora!"*.

Teresa, Nieves y una amiga, pintan en una mesita con lápices y rotuladores. Teresa tiene un aspecto saludable y el pelo muy peinado, como en la peluquería, contrasta con su chupete. Conforme avanza la tarde, sus manos y su bata empiezan a tomar el color de las temperas y rotuladores. Su alegría quedaba reflejada en el lienzo de su pijama.

Darío trata de dibujar un círculo rojo y enseguida se cansa de ello, todo lo tira. Intenta tirar las cosas, pero no lo consigue porque se lo impide la madre... recurrimos a emplear un juego de *tirar*: unas pelotas; enseguida aprende cual es la grande o cual es la roja. Se le estimula a que nos la eche fuerte. Después lanza las dos pelotas a la vez y eso le gusta.

"La atención de los niños requiere de un tacto especial o de unas características específicas por parte del maestro (...) en definitiva es la experiencia lo que no va a dar la pauta principal para conocer cómo se encuentra el niño, cómo debemos trabajar con él, incluso, cómo se puede ayudar a los padres que en ese momento están pasando una crisis ante la enfermedad de su hijo" (Guillén y Mejía, 2002:22).

Es inevitable hablar con la madre de Darío del problema de su hijo; me dice suspirando: *"...hay que ver que nunca te crees que te van a pasar las cosas y que le van a pasar a otro. Yo, como madre, me di cuenta que no reaccionaba y por eso descubrimos lo que pasaba"* (y nos enseña un video en el teléfono móvil de su hijo en la piscina)

Permanezco a su lado en atenta escucha, con cierta conmoción y sin saber cómo reaccionar...

"Los enfermos y sus familiares, a menudo, parecen esperar la palabra (...) buscan solícitos la palabra, la mirada o el gesto de las personas ubicadas en ese momento junto a ellas, a las que parecen atribuir, aún subconsciente, alguna autoridad sobre su mal" (Fernández Sierra, 1992:119).

A partir de un tema en común los alumnos se relacionaron de una manera diferente compartiendo lugares.

"Es conveniente prestar atención a la visita de los Reyes Magos, a los disfraces en carnaval (Herth, 1990; Dean, 1997). Estas celebraciones en general, son bien acogidas por los pacientes y familiares" (Citados por Carbelo, 2004: 154).

Con motivo del día del Día de Andalucía, 28 de febrero, se desarrollan un conjunto de actividades educativas y distintos talleres lúdico-creativos organizados por las maestras y voluntarios.

En la página siguiente se muestran diferentes tomas fotográficas en las que se evidencia la gran implicación de todos los participantes: familiares, enfermeras/voluntarios y pacientes, algo similar a lo ocurrido en la fiesta de cumpleaños de Fátima y a la que ya se ha hecho referencia.





*Ilustración 6.15: Diferentes momentos de la implicación del triángulo (familiares, terapeutas y enfermos) con motivo de una celebración colectiva (Día de Andalucía). (FA)*

Rocío y Marta llegan al Aula con ganas de seguir haciendo los trucos de magia en los que las iniciamos algunos días antes; rehacemos algunos y paso la mayor parte de la tarde con ellas. María, la Auxiliar, me indica: “Cristi, éstas son tus niñas, tus amigas, son tuyas, encárgate de ellas”. Es realmente un apoyo que la sensibilidad de la Auxiliar perciba esta empatía y fomente la unión cuando se ha producido una buena conexión con unos niños determinados. Resulta curioso cómo se crean los lazos de unión con los niños. Hay algunos con los que es fácil conectar, siendo la afinidad recíproca e intensa desde el principio. Suele ser un elemento de apoyo para ellos, pero



ellos también refuerzan la actividad personal. Con otros niños el proceso es más lento y es más difícil conectar.

“El humor atrae la atención del niño y, al igual que sucede con los adultos, también al niño le disminuye la ansiedad, le da confianza en la relación con el profesional y disipa el miedo asociado a las distintas situaciones clínicas que ha de afrontar” (Wender, 1996, Citado por Carbelo, 2004:145)

Hoy es jueves 5 de marzo y hay cine organizado por los voluntarios de “*La Caixa*”. Darío nos saluda chocando sus manos con las nuestras y nos indica que la proyección será “*en la sala donde hay muchas sillas*”. La psicóloga, David y otra voluntaria terminaban de preparar las cosas. Marta, que estaba sentada en la primera fila, nos hace señas para decir algo. Al aproximarnos comenta: “*Seño, hoy he llegado la primera...*” Su ternura e inocencia me hace sonreír, felicitándola con una caricia en la cabeza.

Manuel estaba sentado a su lado; tras su mascarilla, aguardaba paciente el comienzo de la película. Agarraba con firmeza su bolsa de caramelos que no podría comer hasta llegar a la habitación. Un globo rojo y casi desinflado está atado al *palo* del suero. Sus padres, con gesto cansado, también dispuestos a ver la película que les haría olvidar por un rato sus preocupaciones.

Llegó al Aula un niño de oncología acompañado por sus padres en silla de ruedas. Con mascarilla y cubierto con una manta. Tenía fiebre. Cuidadosamente acomodaron a su hijo y, con numerosas muestras de cariño y preocupación, lo dejaron en la sala advirtiéndole que llegarían antes de que terminara la película.

Una vez empezada la proyección, el pitido de las máquinas de sueros sonaba indistintamente como parte de los diálogos de los personajes que aparecían en ella.

A Rocío, que estaba acompañada de su prima, comienza a dolerle la vía de la mano. Al final, la tienen que bajar para que se la revisen.

“El dolor es un acontecimiento multidimensional y una vivencia individual que influye en la calidad de vida de una persona. Es una percepción personal, sólo conocida por la persona que lo siente, y debe recibir máxima atención por parte de los profesionales, ya que no existen parámetros externos para determinar su intensidad” (Carbelo, 2004:149)

Una enfermera viene a quitarle la vía a un niño que se va a ir a su casa. El niño observa atentamente la labor que la enfermera le hace, sonriente, un gesto de cariño en la nariz y María, la Auxiliar, se despide afectuosamente de él, que ya está curado de cáncer, y afirma en tono melancólico: “*...pero si a este niño lo hemos criado aquí...*”



Los padres de José Luis llegan antes de que termine la película. Muy interesados hacen varias preguntas al pequeño para ver si se encuentra bien. Algo más relajados, deciden volver a irse y venir más tarde.

Ya era tarde y las cenas hacía rato que informaron que estaban listas. Recogimos de prisa y Marta, serena y con cara triste me pregunta: “¿Dónde vas? Tú te vas a tu casa ¿no?”

Aquella pregunta no se me fue de la cabeza en varios días. En efecto, seguía con mi vida mientras las suyas, de alguna manera, quedaban retenidas entre las medicinas y los tratamientos.

Con nuestra labor se pretende cortar algunas de las rejas que genera la enfermedad, tratando de proporcionar momentos de expansión, diversión, acompañamiento... pero también despertamos nostalgias, recuerdos y añoranzas.





### 6.6.3. HILOS DE ESPERANZA



*Ilustración 6.16: Los niños aprenden una nueva actividad: HACER COMETAS DE HILO. (FA)*

El día 6 de marzo, aprovechando unos hilos que había en uno de los armarios del Aula y con unos palillos de dientes, enseñé a Rodo a hacer unas pequeñas cometas de hilo. Rocío también se animó. La propuesta duró poco tiempo porque ya era, prácticamente, la hora de la cena. Hablamos de retomarlo la próxima semana y, a pesar del poco tiempo, Rocío terminó de hacer la suya.

Al día siguiente, al sobrepasar la puerta del Aula, escucho a Martín exclamar “¡Vamos a hacer cometas!”; seguramente, Rodo le habría comentado algo porque cuando las empezamos, él no estaba en el Aula, por lo que decidimos comenzar con esa actividad creativa.

Los menores que allí había, con mayor o menor ayuda, empiezan la tarea.

“Si se logra inducir al paciente a pintar, escribir o tocar, desaparece la barrera y logra restablecer el contacto con su ambiente, lo que le proporciona un intenso sentimiento de alivio” (Sandblom, 1995: 68).

Rodo no está hoy muy animado y Martín, conforme avanza en la realización de su cometa, le gusta más y la hace mejor.



*Ilustración 6.17: Dos momentos de Rocío haciendo una cometa. (FA)*

Propongo a Josema hacer una cometa. La expresividad de sus grandes ojos verdes fue su respuesta. Comienza despacio pero desde el principio demuestra gran habilidad y tesón. Su padre, al verlo se motiva, y comienza a hacer otra.

Rocío también empieza una. La realiza con movimientos rápidos y decididos. Se sorprende del resultado; Mientras ellos las hacen, María, la Auxiliar, pinta una bata con motivos infantiles.

En un momento determinado, Rocío nos llama señalando con el dedo al suelo y exclama: “¡Se le ha caído!”. Gravedad, tensión, miedo, indecisión. El filtro de la traqueotomía de Josema se había caído al suelo. Rocío lo miraba impresionada. Enseguida se lo dije a María, la Auxiliar. Su sabiduría y experiencia afrontó el hecho con calma y normalidad. Era algo que ocurría con frecuencia y no tenía importancia. El padre de Josema, que estaba sentado cerca, bajó a la habitación a por otro nuevo.

Cuando el lunes llego al Aula, Rodo dice que me estaban esperando. Rocío me saluda efusiva: “¡Hola Cristi!”. Observo varios niños nuevos, así es que comenzamos con las presentaciones.

Al comentarle a M<sup>a</sup> José, la Auxiliar, la manualidad que empezamos a hacer la semana pasada, **las cometas**, y con la que queremos seguir esta tarde, porque le hemos dedicado poco tiempo. Con interés observa la que hizo Rodo y, sorprendida, decide hacerlas ella también con nosotros, para aprender.



El padre de Josema dice que su hijo *"se ha pasado el fin de semana entero haciendo cometas"* Es una actividad que le gusta mucho y le entretiene.

Sugiero a Josema y Rocío, que ya tienen más experiencia, que traten de hacer una cometa de tres ejes. La idea motiva a ambos, y lo intentan.

Rodo me regala la que hizo el otro día y me pide que le haga yo una. Y él, que hoy si está muy animado, empezará otra.

Martín y Marta se han ido a su casa el fin de semana; es una ruptura importante cuando la costumbre es la de estar allí todos los días. En el fin de semana suele haber cambios, muchos se van. El distanciamiento se nota el lunes, el ambiente es distinto a pesar de haber transcurrido tan corto espacio de tiempo.

Rodo hoy está emocionado porque le ha salido muy bien la cometa piensa a quién se la regalará.

Mientras estamos haciendo cometas, una enfermera sube para ver a M<sup>a</sup> José. Le gusta tanto la cometa que sugiere que podía ser el símbolo que identificara a las enfermeras de la 7<sup>a</sup> planta, por ser las que más cercanas están al Aula.

Loreto, la psicóloga, llega con un ramo de rosas blancas. Es su cumpleaños y viene a hacernos partícipes de su regalo.

Nuestro pequeño taller también tenía un detalle para ella. Una cometa que Josema había terminado, la suya, de tres ejes, y quiso regalársela. Loreto, emocionada, lo agradeció sinceramente.

La tarde pasó rápido. Al marchar me encuentro al padre de Rosa en el ascensor, Al despedirme pienso: *"yo me voy, pero ella se queda..."*

Al salir a la calle. Hace frío, pero se respira de otra forma. Atrás quedan, los sufrimientos, las esperanzas quebradas, y las ilusiones de volar de allí, completamente curados, algún día no muy lejano... poco a poco, voy recordando la buena acogida que ha tenido la realización de esa manualidad y comienzo a imaginar, que si esas cometas, de alguna forma, les pueden aumentar sus ilusiones, su distracción, sus ansias de libertad... hay que seguir potenciando la actividad; de alguna manera empiezo a madurar la idea de lo más tarde llegaría a ser un...

### **¡Vuelo de ilusiones!**

Es miércoles 11 de marzo... un nuevo día y el Aula se ha llenado de niños. La mayoría se han sumado al taller y ya tienen algunos hilos entrelazados en sus palillos. Rodo, nada más llegar, tenía clara su tarea de hoy: continuar haciendo las cometas; nos comenta que tiene ya tiene varios encargos para ellas.



“Considero que es importante cuando se implica (a los demás) (...), que descubran nuevas formas de relacionarse y divertirse” (Martínez y López F. Cao, 2009:45)

En la zona de los pequeños una madre juega con sus dos hijos. Presta más atención al menor, aún bebé, que es el que está enfermo. Un pequeño cuerpo frágil unido a un suero, que se mueve explorando lo llamativo, desde los brazos de su madre. La lógica inquietud termina por acaparar su atención por completo, dejando al hermano mayor a las puertas del aburrimiento.

“Los hermanos del niño enfermo son los grandes olvidados. Los padres, sometidos a una gran tensión emocional y a las exigencias de los tratamientos, descuidan las necesidades emocionales del niño sano, las cuales, en muchos casos, son infravaloradas por unos padres ansiosos y agotados. Estos niños tienen que hacer frente al miedo y preocupación por lo que le sucede a su hermano enfermo, a sus padres y a ellos mismos”. (Grau, 2002:14)

Prudente y con una sonrisa, el hermanito mayor se acerca a la mesa y, en tono vergonzoso, pregunta si puede hacer una cometa. M<sup>a</sup> José, la Auxiliar, lo acoge con su dulzura característica; cariñosamente le prepara el material y comenta: *“Esto de hacer cometas me parece una actividad muy interesante porque te permite relacionarte con los otros niños y los aleja de los ordenadores que tan ensimismados los tienen.”*

Alejo, prudente y con una amplia sonrisa decorada de pecas, se acercó a M<sup>a</sup> José con sus manos unidas en hueco formando un recipiente. *“Toma, me los ha dado mi abuela para que hagamos cometas”*. Para alcanzar las manos de la Auxiliar, aproxima sus manos rollizas, inocentes, desbordadas de pequeñas bobinas de hilos multicolores que trata de elevar, con los pies de puntillas y el gesto agudo de sus facciones.

M<sup>a</sup> José, sorprendida, acogió la ofrenda. Emoción, admiración, ilusión. Sentimientos que quedaron unidos y expresados a través de un enorme abrazo.

En la zona de los pequeños una niña juega y pasea en un triciclo con ayuda de sus padres que conducen el portasueros (ilustración en la página siguiente); al poco tiempo se cansa y lo abandona. Ofrezco contarle un cuento. Sentadas en la mesa infantil, abrimos el grueso y colorido libro que desplegaba desde su interior enormes animales. Sindy, que tiene aproximadamente dos años, los conocía perfectamente a todos y los iba nombrando conforme aparecían: *“pótamo”* *“cocolilo”*. Todos tenían unas grandes bocas que salían hacia el exterior. Bromeé con ella simulando que nos comían la mano, les dimos de comer, repasamos sus colores... Nuestro recorrido por la selva de aquel libro permitió a su padre atender con tranquilidad numerosas llamadas telefónicas mientras que, confiado, paseaba de un lado para otro en el Aula. Winnicott, según Martínez y López F. Cao (2009:154), defendía que: *“Para jugar hay que arriesgarse, poder internarse en terrenos desconocidos y compartidos al mismo tiempo, en los cuales sea posible la transformación”*.





*Ilustración 6.18: La madre de Sindy la pasea por el Aula. (FA)*

Pepe, uno de los niños, no sabía hacer las cometas y decidió aprender. Aunque es tímido, su corta estancia en el hospital le deja un buen sabor, tanto que, cuando viene a recogerlo su madre, reconoce: *“me dan el alta mañana y tengo pena de irme del hospital”*

Alejo, al oír el comentario de Pepe afirma: *“Yo tampoco me quiero ir. Por fin se sabe que mi hermano se queda hasta el miércoles. A mí me gustaría estar malo para estar aquí”*. M<sup>a</sup> José salió airoso a aquellas inconscientes e incomprensibles afirmaciones: *“Vosotros podéis venir aquí cuando queráis. Cuando se está aquí es porque no se está bien, porque está uno malito y se siente mal”*



Recojo, mientras Alejo y Rodo terminan sus cometas. Les propongo para mañana hacer un avión. Con decisión Rodo comenta que lo hará, pero después de hacer las cometas, que aún tiene muchos *encargos* que atender. Sorprendida por su acogida continúo recogiendo.

*“Debemos explotar esa manualidad de las cometas que tanto ha enganchado a todos. Debemos seguir haciendo. Podría convertirse en el logotipo del Hospital, o de las enfermeras, es un distintivo original”.* (Reflexión de M<sup>a</sup> José, Auxiliar de Clínica).

Los niños deben bajar, informan que ya han llegado las cenas. Rodo desde el ascensor se despidió alegre: *“¡Hasta mañana Cristi!”*

Una enfermera subió al aula para visitar a M<sup>a</sup> José. Al ver la cometa sobre su bata quedó sorprendida de aquel símbolo que comenzaba a ver entre los niños de la planta. Comentaron que podría convertirse en el logo distintivo de las enfermeras, del hospital infantil...

Al llegar al Aula el 13 de marzo, los niños, puntuales, ya me estaban esperando. Acababa de traspasar la puerta cuando recibí mi saludo y una efusiva bienvenida por parte de Alejandro, que aguardaba impaciente en una de las mesas: *“¡¡Vamos a hacer un avión!!”*.

En otra mesa una linda niña, acompañada por su madre, pintaba alegre un dibujo en el papel. Su precioso vestido y su pelo ondulado de oro ponían celoso a un radiante rayo de sol que caía sobre la mesa al traspasar la ventana.

La inquietud y el cansancio de la madre parecía mantenerla ajena de aquel espacio. *“Carmela, que cole más bonito vas a tener”*, repetía con frecuencia. Al acercarme a ella y sentir mi presencia, se desmoronó exclamando dolorosamente una de sus mayores preocupaciones en aquel momento. *“Se va poner muy fea...”* dijo, dejando brotar sus lágrimas y, seguramente, pensando que el tratamiento le haría perder su precioso pelo.

Aquella expresión y aquella tensa situación, me traspasó; mi cuerpo se estremeció con un escalofrío. No sabía la envergadura del problema, pero aquella manifestación de sufrimiento me dejó inundada de preocupación.

Preparé el material para hacer el avión y le mostré a Alejo uno ya terminado.

Su asombro y sorpresa le motivaron aún más para empezar a construir el suyo. Ilusionado seguía los pasos que le iba indicando.

Lo construía con precisión y esmero y, curiosamente, en los tiempos de espera de secado del pegamento, aprovechó para hacer otra cometa.

Rodo y M<sup>a</sup> José, siguen haciendo cometas. Una niña nueva, su madre y su abuela, también se habían unidos a ellos como se aprecia en la siguiente ilustración.





*Ilustración 6.19: La madre y la abuela de una menor se unen a las tareas de los niños. (FA)*



*Ilustración 6.20: Alejo construyendo su avión. (FA)*



Mientras ayudaba a construir el avión. Sugiero a Rodo construir una cometa más grande con “palos de polo”. La idea le gusta y comienza a hacerla. Orgulloso contempla su evolución retirándola para observarla en conjunto. Al terminarla decidió ponérsela en la sudadera. Prometió no regalársela a nadie. Le gustaba para él.



Ilustración 6.21: Detalles de la cometa de Rodo. (FA)

A última hora, cuando apenas había niños, llegó a hacernos una visita la pequeña Berti. Vestía un bonito trajecillo. Asombrada de volverla a ver exclamé su nombre desde el otro extremo de la clase. Mi alegría y admiración la acogían con el cariño y el recuerdo que guardaba de ella de nuestros primeros días en el Aula. Pizpireta dice que *“he venido porque me duele la cabeza y también aquí”* señalando con precisión en la nuca con su índice *“...y han empezado los mareos y tengo fiebre”*. Sorprendida por su exactitud la acaricié con tristeza.

Alguien más subiría para despedir el día: Carmela acompañada de su padre. Su precioso vestido se había convertido en pijama hospitalario y ya vigilaba sus pasos el portasueros unido a su pequeño brazo.

Cada día deja un sentimiento nuevo; el de hoy: impacto, incertidumbre, perplejidad y resentimiento por la abrumadora realidad.

Hoy al llegar al Aula el lunes 16 de marzo no hay pequeños todavía. María me pidió que bajara a la planta para subir a un niño. Rodo estaba decaído y no quería subir: *“Pásate y lo animas para que venga”*

Ya en la planta, Rodo paseaba por el pasillo con pasos mustios y desangelados. Al verme sonrió levemente. *“Hoy estoy malo. Me duele la barriga y estoy devolviendo. No creo que suba, no tengo ganas...”* Sorprendida bromeé *“¿Quién será el maestro de las cometas hoy...? Arriba estoy, sube aunque sea para un rato pequeño y luego te bajas. Si no, tanto tiempo aquí, te vas a aburrir,*



*además la barriga te va a doler igual en donde estés...* ” Mis palabras lo estimularon y aunque no dio seguridad, su gesto fue esperanzador.

En el Aula varias niñas pequeñas trabajaban sentadas en la mesa. Loreto, la psicóloga hablaba con María. Al terminar, se aproximó a mí para presentarme a Olga, una niña de oncología que, acompañada por su madre, iniciaba una cometa. Sugirió que estuviera atenta a ella. Era tímida y estaba débil. Al poco tiempo comenzó a sentirse mal por la fiebre y quiso bajarse a la habitación, pero convencida de que con paciencia podría terminarla, continué a su lado explicándole, lentamente, el proceso. Finalmente, bajo el asombro de su madre, acabamos la bonita cometa. Aquella cometa que inició nuestra amistad, fue una complicidad, que nos impulsó a jugar un buen rato aquella tarde.

Rodo sube al Aula acompañado por su madre. Me sorprende al verlo llegar y me aproximo a la puerta, contenta, para recibirlo. Se queja de la barriga, con rostro fatigado y camina arrastrando los pies hasta llegar a una silla donde deja caer su flácido cuerpo. Dice que no quiere hacer nada. Le propongo escribir un cuento. Comenta que quizá después y que sólo estaría allí un rato.

La madre comenzó a hacer una cometa, ilusionada. Quería aprender a hacer aquello que tenía tan motivado a su hijo.

*“Cómo algo tan sencillo como las cometas... puede hacer tanto...”*

(Reflexión de la Madre de Rodo)

“... la Pedagogía Hospitalaria se vertebra según un eje en el que ha de integrarse la experiencia hospitalaria de cada día, con todo lo que ésta tiene de enriquecimiento acumulativo y de sorpresas improgramables e impredecibles, mientras que sólo integra aquellos contenidos que pueden ser naturalmente asimilados por el niño, dadas sus características clínicas, psicológicas y personales” (González-Simancas y Polaino Lorente, 1990, citado por Gata Amaya 2004:106).

Cuando acabamos de recoger me despedí de María. Baje en el ascensor hasta la séptima planta para hacerlo también de Rodo: *“espero que mañana ya estés mejor”*. Unas amplias gracias y una tenue sonrisa me correspondieron.

Esa noche, no podía dejar de pensar en la buena acogida que habían tenido y seguían teniendo las cometas de hilo ¿Hasta cuándo? Llevábamos varias semanas con la actividad. Los que iban participando seguían cada vez más motivados contagiando su interés. Se estaban convirtiendo en algo especial cada vez más extendido. Familiares y enfermeras ya empezaban a participar. Las cometas, ya no eran una simple actividad. Las cometas comenzaban a cargarse de significados de quienes las hacían.

Mientras pensaba en la trayectoria de la actividad, me distraía esbozando sobre un papel la idea del “logotipo” que propuso M<sup>a</sup> José, unos días atrás.





Entre las ideas para plasmar en él y crearlo, barajaba conceptos que hacían referencia a la utilidad y simbolismo de las cometas: “Colores, Infancia, Libertad, Volar...” y, de pronto, me surgió un sueño: ¿Por qué no volar las cometas? El día 7 de abril es el *Día Mundial de la Salud*, sería un buen momento para volarlas, para desear que ese día culminaran todas las ilusiones que estaba generando aquel entorno. Cada uno podría escribir un deseo en su cometa... Inquieta e ilusionada comencé a hilvanar las ideas.

Consideré que podrían volarse todas juntas, enganchadas en una tela y, con globos de helio, elevarlas al mismo tiempo, prendidas en esa especie de “gran cometa”.

Con algunos bocetos de la idea, la mañana del **17 de marzo** he ido a ver a Mercedes, Coordinadora General, para proponerle el proyecto.



Ilustración 6.22: Boceto de la autora de una gran cometa. (FA)

Mercedes me recibe en su despacho, sonriente.

Le informé del taller de las cometas que estábamos haciendo en el aula. Le presenté la actividad regalándole una, que aceptó ilusionada. Por las auxiliares, ya estaba al tanto de la actividad de las cometas y de su buena acogida entre los niños, los familiares y el personal sanitario.

Al proponerle la idea de ampliar el taller más tiempo con el fin de volarlas el Día Mundial de la Salud se mostró emocionada y dispuesta a todo lo que estuviera en su mano para hacerlo posible. Afirmó con un amplio: “¿Qué necesitas?” que, con su entonación, ya eliminaba todas las posibles barreras.



Solicitamos algunos materiales. Otros, como el helio, que eran más difícil de conseguir, quedaron pendientes de gestión. La idea ya estaba en marcha.

Aproveché la ocasión de pedir las autorizaciones que debían firmar los padres, para hacer fotografías a sus hijos durante el taller. Mientras las preparaba, dijo que a muchos padres no les importa. Recuerda emocionada el caso de Berti; su madre desea que le hagan fotografías para que su caso se conozca.

Cuando al llegar al Aula le comento a los niños lo que íbamos a hacer con las cometas: ¡volarlas hasta el cielo con nuestros deseos! emocionados deciden empezar cuanto antes. Rodo recuerda que aún le quedan muchas por hacer, para su hermana.

Nos instalamos con el nuevo material en la mesa. La madre de Manuel dice: *"ayer hice una en la habitación, porque me enseñó a hacerlas Rodo"*; *"haciéndolas se pasa el tiempo muy rápido"*. Satisfecha por la difusión y acogida, la animé a que construyera una grande. Son más bonitas.

"(...) no podemos planificar intervenciones educativas, ni sanitarias olvidando el medio en el que se desenvuelve el individuo. La actuación directa con los familiares, llega a ser, en muchos casos, tan necesaria, o más, como lo es para los mismos pacientes" (Fernández Sierra, 1992: 140).



*Ilustración 6.23: Fotomontaje sobre el Taller de Cometas. (FA)*

Mientras tejíamos las cometas; comentábamos los deseos, los sueños y las ilusiones de nuestra vida. Conversábamos igual que en los corrillos de vecinos en la puerta de la casa de cualquier pueblo.



Momento de reunión. Momento de compartir. Hablamos espontáneamente de distintos temas: noticias de actualidad, de nuestras rutinas, preocupaciones, preferencias en la comida, los gustos... de las pruebas médicas que duelen y las que no, de las enfermeras que caían mejor y las que peor...

Ya Adam Smith, en su *Teoría de los sentimientos morales* nos pone de manifiesto que “conversación y sociedad, son los remedios más poderosos para restituir la tranquilidad a la mente si en algún momento, desgraciadamente, se ha perdido; y también son la mejor salvaguardia de ese uniforme y feliz humor que resulta ser tan necesario para la satisfacción interna y la alegría.”

Ayer, en mi ausencia, continuaron con el taller. Ya es una actividad que marcha “por sí sola”, sin depender de alguien en concreto. Ya es el grupo el que la impulsa, la activa y la genera. Además, ilusionada, descubro que han introducido una nueva variación en el proceso de fabricación para hacerlo más fácil y eficaz. Pegan los palillos antes de comenzar a hilar. También propusieron anudar los extremos de los hilos al cambiar de color. Proceso que cada día, los participantes iban haciendo un poco más suyo, más personal, único.

Martín, separado del grupo, trabaja en una cometa cuando su madre, agitada, desde la puerta del ascensor, lo reclama. La ambulancia había llegado para llevarlos a casa. De repente el joven exclama orgulloso “¡Justo! Acabo de terminarla”. En el momento en que él salía, llegaban Carmela y su padre, que se sentaron con nosotros.

El padre de Carmela, con normal desorientación por el reciente ingreso, le preguntó a la madre de Manuel que quién es su hijo. Ella responde, sonriente, informándole que son compañeros de habitación. En un atisbo de lucidez el padre la recuerda y al tiempo le pregunta: “¿cómo va?”. Ella optimista, comenta que bien. Estaban de vuelta de su primera ida a casa desde que empezaron el tratamiento. Va mejorando.

Sumido en su desconsuelo permanece, aparentemente abstraído, dando la impresión de casi no escuchar a la mujer. La preocupación y la necesidad de asesoramiento lo inducen a seguir preguntando. “¿Desde cuándo lleváis aquí?”

“Los pacientes acuden con una sintomatología específica, pero al mismo tiempo, éstos y sus familiares, van cargados de problemas, angustias, expectativas y esperanzas que transmiten a los de su alrededor buscando apoyo, consuelo y solución para su dolencia (...) los enfermos y sus familiares, a menudo, parecen esperar la palabra (...) buscan solícitos la palabra, la mirada o el gesto de las personas ubicadas en ese momento junto a ellas, a las que parecen atribuir, aún subconsciente, alguna autoridad sobre su mal” (Fernández, 1992:119).

Entre palabras y confesiones que buscaban alivio, la intimidad iba generando tensión en el ambiente. Tras unos instantes de silencio surgió de sus labios la duda más aguda y grave





formulada desde la afinidad, que le permitía omitir y sobreentender la palabra que daba nombre a la enfermedad: “¿...**de qué es**...?”.

Del relato de la madre, que le daba respuesta, cargada de un montón de términos médicos y palabras extrañas sobre, trayectoria y proceso, extraje un diagnóstico: leucemia

Carmela ajena a la conversación, de forma involuntaria y sorprendente, parecía retratar en su pintura la emoción que transmitía la conversación. El color azul comenzaba a adornar tímidamente el papel cubierto de pintura negra.



Ilustración 6.24: *Acuarela 1*, realizada por la pequeña Carmela. (FA)

Enseguida, ya identificado con la situación, el padre de Carmela reclamaba complicidad y consuelo con su entonación: “...*tiene igual que mi hija... yo tengo el 13 de Marzo marcado...*”

“La reacción ante el diagnóstico y la aceptación de la enfermedad es un aspecto importante (...) tiene una gran trascendencia para la vida de la persona que ha de convivir con su enfermedad y que ha de relacionarse con los otros desde esa peculiar realidad” (F. Sierra, 1992:75).

También la madre de Manuel habló de su fecha... “*Vinimos esa noche del pueblo en el coche...*”.

El aula, era testigo de aquellas voces de relato en las que mis oídos, irremediabilmente presentes y oyendo, al mismo tiempo no querían escuchar...

El padre de Carmela, angustiado, comenta el vaivén de su diagnóstico: “*Primero le diagnosticaron cáncer, después... un período de alivio, porque nos dijeron que no... Luego otra vez que sí y ya la ingresaron... tosía sangre...*”. El padre de Carmela confesó que había estado con calmantes. “...*Parece que Dios la está ayudando... nos está echando una manecilla...*”.



Emocionado comenta con asombro que su hija aún no ha empezado con el tratamiento. “...esta noche le podrán algo en el pecho...”

El armónico sonido del teléfono móvil interrumpió la conversación. La voz al otro lado de la línea, le hacía agradecer constantemente. Al colgar, comentó que eran los padres de una niña que está ingresada allí, con la que habían coincidido en urgencias. Identificó: “... la que tiene algo en la cabeza”.

La llamada me sorprendió. La empatía creaba lazos de unión y amistad, entre los usuarios del hospital que se desconocían. En otras ocasiones me he dado cuenta de que tienden a agruparse por patologías y desde ahí, se relacionan.

Carmela acababa de dar los últimos retoques a su segundo dibujo golpeando alegremente con el pincel sobre el papel, punteaba manchas rojas. Sin querer, se ensució el pijama con pintura. Para evitarlo de nuevo, le remangué y descubrí su brazo marcado con un morado verde de una inyección. Huella de algo que sólo era el principio...

El dibujo se concluyó a modo de arco iris. Casualmente el ambiente había tomado un tinte más relajado.



Ilustración 6.25: Acuarela 2, realizada por la pequeña Carmela. (FA)

Sus dibujos reflejaron en cada momento la evolución de la conversación. Del negro al color; de una tensión cargada de desesperanza, a la calidez y apoyo que mostró la llamada.

“...sus dibujos son así, su historia, su voz y su memoria”

(Rico, 2005:139)



El día llegaba a su fin y los niños comenzaron a bajar a las habitaciones. Rodo se despidió con dos besos, cariñosamente, como de costumbre.

Carmela salía por la puerta alegre mientras sumida en el juego, agitaba su varita mágica morada con esencia de princesa, que por un descuido casi deja olvidada en el Aula.

“Es indiscutible el primordial papel que el paciente juega en la superación o mejoría de cualquier enfermedad. La colaboración que se necesita de éstos es, en muchos casos, nada más -y nada menos- que contar con un positivo estado anímico por su parte” (Fernández Sierra, 1992:99).

Agotada por las emociones del día, salía del hospital. Atrás quedaba una jornada intensa con la realización de bastantes cometas, con un proceso de trabajo acompañado de experiencias de vida.

El tiempo transcurre y sin buscarlo, acabé reconocida por todos como Cristi, “la maestra de las cometas” y me galardonaron con lo más auténtico y hermoso del ser humano: el cariño”

El jueves 19 de marzo Loreto, la psicóloga, me pide acompañamiento para un niño de una habitación que no puede subir al Aula. La tradición de las cometas arraigada en el Aula había bajado volado a las habitaciones, donde también los pacientes, familiares, y algunas enfermeras, las construían. Mientras quedaba a mi cuidado, los padres salieron a dar un pequeño paseo; al regreso, la madre me dice que ha comprado hilo dorado para las cometas. Ilusionada comenta cómo quedaría, imaginándola combinada con un montón de ropa. “¿Te imaginas ponerte una cometa realizada con este hilo dorado en un traje para una boda...?”

“(…) atreviéndose con levedad, a ayudar, intentando y consiguiendo, en muchos casos que la creación se aliase de nuevo con las ganas de vivir” (López Fdez. Cao, 2008:10)

Volví a subir al Aula; allí estaban, Mairena y Cristina y nos pusimos juntas a hacer algo nuevo, mientras, la madre de Mairena hacía una cometa. Para quitarle la vergüenza comienzo a habar con ella. Éramos tocayas. Al advertir la coincidencia bromeo con ella. La risa comenzó a despejar su vergüenza y me acordé de una frase que una vez me dijo una *Doctora. Sonrisa*, ¡Mi querida *Flora Sapo Frita!*: “Con la risa se abre la boca... ¡también el corazón!”.

Asombrada, la madre de Cristina se acercó con su hijo menor para unirse y jugar con nosotras. Me comentó que el juego lo consideraba muy importante y me dijo que, “*Antes de llegar al hospital sacaba libros de juegos de la biblioteca para aprender a jugar*”.





Ilustración 6.26: La autora jugando con Cristina. (Foto de Celia)

En la cercanía del hospital me encuentro una cara conocida, me detengo y advierto que son los padres de Julián cargados de cosas. La madre empuja un carricoche en el que va subido el niño. Al aproximarme la mujer me reconoció y me saludó efusivamente; con tono alegre, comenta *“Nosotros ya nos vamos... Julián está como loco, lo va mirando todo, se fija en los autobuses, en la gente... ahora le sorprenden después de tantos días en el hospital”*. Será signo de salud, de despertar. Antes de alejarse, agradeció efusiva y cariñosa la atención de la otra tarde. Su respuesta me sorprendió dado el poco tiempo que coincidí con ellos. El padre reiteró con la mirada y el gesto las palabras de la esposa. *“...espero nos veamos por ahí, de tapas... y no en este lugar.”*

Entró por la puerta un niño nuevo, pequeño, acompañado de su madre que, al verme, nos lo presentó: *“Se llama Iván”*.

Después llegó Martín que nada más entrar me saludó alegrándose con una larga exclamación *“¡¡eeeeeeeeeeeeeyyy!! Vamos a hacer cometas”*.

Potenciando su motivación comenté: *“Imaginas hacer una cometa gigante con palillos de pinchito”*. Con asombro acogió mi propuesta y comenzó a ello pegando primero los palillos. Al rato, decidió hacer otra grande, pero de menor tamaño, con palos de helado.



Ilustración 6.27: Martín iniciando la cometa con pinchitos y familiares también tejiendo cometas. (FA)

Al momento llegó Rodo con su hermana Rocío que había ido a visitarlo; me la presentó y al saludarnos me comentó que a ella también le gustaría hacer algo parecido, ser voluntaria o algo así; luego, dirigiéndose a su hermano, le dijo: *“¡Ay Rodo!... que tu no tendrías que estar aquí... tienes que estar en tu casa... yo estoy sola”*. Él, sin embargo, por su larga estancia, prácticamente se siente más a gusto en el hospital.

Rodo me pidió que le ayudara a colocar un hilo que él no podía. Rápida acudo a ayudarle mientras le dice a su hermana: *“no ves que buena es la Cristi y que cariñosa”* y a continuación y acercándome la cara, emitió una tierna exclamación *“Ayyyyy”* uniendo su mejilla contra la mía. Cara contra cara. Frío sobre caliente. Rocío, enternecida, alabó a su hermano: *“...tú también eres un mimosin”*

La mesa comenzaba a llenarse de bobinas y madejas de hilos...

Quizá atraída por los de colores de las madejas, la madre de Iván interesada se acercó. Dudando de su capacidad comentó: *“no soy habilidosa”* pero se dispuso ilusionada a hacer una. Al ver el resultado se enorgullece recordándome a Martínez y López F. Cao (2009:43) cuando afirman que *“todos somos infinitamente creativos: sólo hay que permitir que cada uno pueda “ser”, es decir, que cada uno pueda identificarse consigo mismo a través de la expresión”*.



Ilustración 6.28: Madre de Iván. (FA)

Mairena, nada más llegar, se acercó a mí con dulzura y me pidió un puzle. Su madre prefirió hacer una cometa. Mientras trabajaba comentó: *“Pues sí que con esto de las cometas se pasa el tiempo que es una alegría”*. *“...Será por tiempo... yo, toda esta semana, que estoy aquí, voy a hacer una cometa cada día y cada una va a llevar su deseo... ¡Vaya que sí!... ¿Te imaginas que se cumple...?”*

“La voluntad de crear es la misma que la voluntad de sobrevivir” (Ullman, citado por Martínez y López Fdez. Cao, 2009)

Aquellas palabras cargadas de ilusión, humildad, sencillez y entrega me emocionaron.

Su mensaje me hizo reparar, sobre el concepto de tiempo en el hospital y reflexioné que allí el tiempo va de manera más tranquila. La resignación que aporta la enfermedad hace vivir en una continua espera vacía de ocupación. Espera a la recuperación, a un soplo de vida. No existen quehaceres y cuando surgen, pueden esperar o no hacerse, justificados por el cansancio de la enfermedad. El tiempo en el hospital es lento, pesado y, además, es más largo porque se toma conciencia de que, hueco, transcurre más temprano al tener que amanecer por los ajetreos clínicos. Sin embargo es un tiempo puntual, exacto, adelantado al de la vida fuera del hospital. Un tiempo, que en cada uno de sus segundos reclama esa puntualidad para la salud.

Subo al Aula. Al llegar una imagen y una frase me hicieron reír en mi interior: la madre de Mairena tenía un montón de hilos sobre la mesa colocados delante de ella, en fila, interrogándola, haciéndola dudar. Al verme me miró apurada: *“te estaba esperando porque no sé con qué color continuar”*. Cualquier color que se le ponga a las cometas queda bien. Aquella pequeñez que hacía, le importaba y quería hacerla lo mejor posible. Me alegró.

Viendo la desbordante respuesta que está teniendo la realización de las cometas y la ilusión que genera en el entorno, y a fin de recoger testimonios autógrafos, decido preparar un DIARIO DE LA COMETA (punto 6.7.7) para que, todo el que quiera, pueda reflejar en él su sueño o el deseo, que le gustaría que una cometa elevara al cielo, o con quién la volaría, o hacia dónde...





A la actividad se había sumado Melissa, una voluntaria de la Asociación contra el Cáncer, de Estados Unidos, que aprendía asombrada el proceso. Su participación me ilusionó. La propuesta estaba contagiándose, borrando límites e involucrando cada día a más personas.

A los que estaban construyendo su cometa les faltaba por escribir el deseo. Preparé recortes de cartulinas. Melissa, la voluntaria prefirió escribir en el Diario de la Cometa (6.7.7). (Ilustr. 6.29)

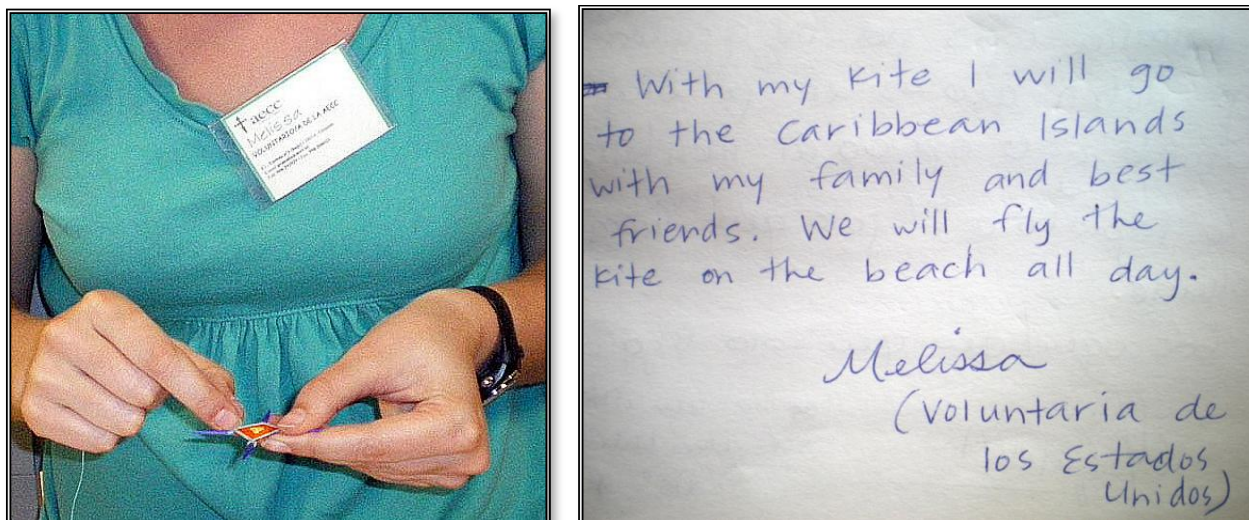


Ilustración 6.29: Melissa: haciendo una cometa y detalle de su deseo en el Diario (FA)

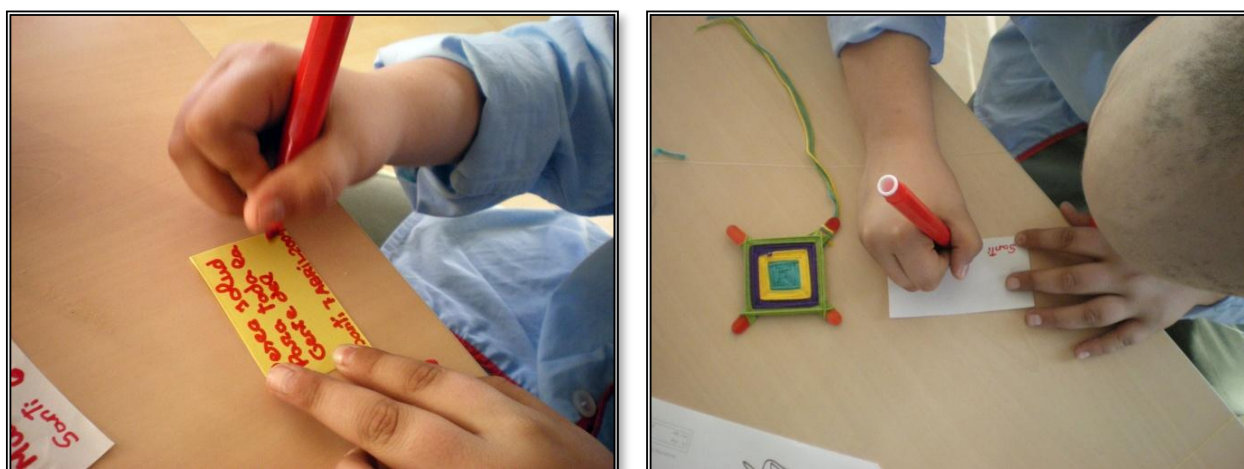


Ilustración 6.30: Niños escribiendo sus deseos. (FA)

“La forma artística no se construye como forma terminada y unívoca, sino relacional, carece de sentido previo, aun cuando exista una intención, o al menos no un sentido previo que permanezca siempre, de manera constante. La cualidad que la recorre sin romperla, por la cual puede comenzarse a recrearse nuevamente cada vez que se advierte, no solo la actualiza, sino que la convierte en portadora de transcurso, de un intervalo vital que nos remite a lo imposible de lo idéntico, al cambio” (Diéguez del Río, 2006:74)



Mairena y su madre, comentaron risueñas, pensativas, mirándose con gestos de complicidad, con ilusión, sondeando qué iban a poner como deseo en sus papeles.



Ilustración 6.31: La madre de Mairena escribiendo su deseo. (FA)

La Madre de Iván escribió con decisión y rotundidad su deseo en la tarjeta:



*“Con la cometa de los deseos iría con mi hijo Iván al fin del mundo porque todos los niños merecen que les den cariño, los mimen. De lo que les demos, recibiremos. Y los niños son la alegría”*

(Reflexión de la Madre de Iván)

Ilustración 6.32: Deseo de la madre de Iván. (FA)

Muchos niños han hecho hoy cometas y han escrito en el Diario de Cometa; como pone de manifiesto Domínguez (2005:158):

“Los niños se convierten en parte activa de su proceso de curación, así como superan mediante las actividades lúdicas y socializadoras la ansiedad y la angustia que la enfermedad y la hospitalización conlleva”.

“(…) como en arteterapia no es tan importante la producción de objetos más o menos decorativos, como el proceso mismo de la creación artística. En dicho proceso junto con las capacidades cognitivas y motoras se despliegan a la vez y de forma natural otros potenciales del individuo que no dependen de su disfunción, tales como la capacidad apreciativa y de expresar emociones, el disfrute, la interiorización. El proceso reconoce





estas capacidades y ayuda a potenciarlas contribuyendo a mejorar la calidad de vida del enfermo o usuario" (p.163).

En estos días ya le había puesto nombre al acontecimiento "**Vuelo de Ilusiones**" y barajaba bocetos para anunciarlo. También había comprado una caja para ir metiendo las que estuvieran terminadas. Una caja especial, única, alegre, simpática que, por su aspecto, acogería cálidamente las cometas en espera de su vuelo.



*Ilustración 6.33: Caja con las cometas terminadas. (FA)*

Para mañana he quedado con la periodista del hospital para comentarle el proyecto de las cometas. Quieren publicar algo en "*Ciudad Salud*", periódico interno del Hospital.

Salgo a la calle. Hacía buena temperatura y el aire olía a noche. Respiré con satisfacción antes de subirme al autobús. Mi ventana dejaba atrás el hospital.

Ya estamos a final de marzo; hace días que entró la primavera aunque dentro del hospital no se tenga una especial percepción de ello...

La entrevista de hoy con el periodista ha ido muy bien; como terminé antes de lo esperado decidí pasar por el Aula para saludar a los niños, especialmente a Martín, que desde ayer me esperaba.

Al llegar allí los maestros organizaban a los niños mientras ellos también hacían cometas. Quedé sorprendida al ver que la actividad se había extendido, por si sola, al horario de la mañana. Mi ilusión comenzó a crecer. Asombrada ayudé a algunos niños a terminarlas.

Bajé a la cafetería para comer. Iba contenta pensando ver allí a los payasos de la Fundación Theodora, con los que me había citado esta mañana. Podría compartir y comentar con ellos el proyecto, animándolos a participar.

Los acompañé mientras se vestían. Sentada en una silla miraba fascinada el ritual que me recordaba la maravillosa experiencia que compartí con ellos el año pasado. Con satisfacción me



enseñaron sus trajes nuevos. Relucientes, con más formas y dibujos. Los iban llenando de simpáticos objetos multicolores, globos; fueron momentos de sencillez, de transformación, preparando la magia en sus bolsillos...



Ilustración 6.34: El Doctor Bugui Bugui colocando la cometa en su sombrero. (FA)

Momentos de juego, bromas y risas...de complicidad. Compartieron la ilusión del proyecto de investigación que estábamos llevando a cabo, ofreciéndose gustosos a cualquier colaboración y, como no podía ser de otra manera, les obsequié con una pequeña cometa que, orgullosos, incorporaron a su indumentaria y, con la ternura que les caracteriza, bromearon con ella.



El *Dr.Cambembo*, cuando la tuvo colocada, tarareó: “volaré, oh, Cantaré lalalalala...” mientras, que con el gesto, transformaba sus brazos en alas.

Ilustración 6.35: El Doctor Cambembo con una cometa en su indumentaria. (FA)





Les comenté la existencia del DIARIO DE LA COMETA (6.7.7) y los dos, motivados, decidieron incorporar sus opiniones. (Ilustración 6.104)



Ilustración 6.36: Los Doctores Sonrisa escribiendo en el Diario de la Cometa. (FA)

Como aún era pronto, decido acompañar a los Doctores Sonrisa, *Cambembo* y *Bugui Bugui*, en las visitas que tienen programadas a las habitaciones.

La primera que visitaron fue la de Martín y Carlos.

A Carlos venían de hacerle unas pruebas y ya era evidente la huella de sus días de estancia en el hospital, como nos recuerdan Noel, D'Anello, Araujo, y De Sousa (2012:142), "Durante los ciclos de quimioterapia puede presentarse alopecia, cambio físico que hace que el paciente se perciba diferente a los demás, pudiendo presentar conductas de evitación social". Después la Auxiliar nos aclararía que Carlos llevaba varios días sin querer subir al Aula desde que una niña pequeña y sin maldad, le preguntó que "porqué no tenía pelo", lo que confirma el planteamiento de Caballo (2005:143) cuando afirma que: "(...) entre los chicos que se niegan a salir de la habitación y no tienen un problema físico especial (...) están los adolescentes avergonzados por su el cambio de imagen". De camino hacia otra habitación me comentaron que en una ocasión habían leído una fábula en la que el protagonista despreciaba la medicina y al enfermar, no se resignaba a ella sino que le temía y a los médicos que le mandaban medicamentos les pedía que, por lo menos, esperaran hasta que hubiera recuperado las fuerzas y la salud para poder soportar el esfuerzo y el riesgo que implicaba tomarlos.

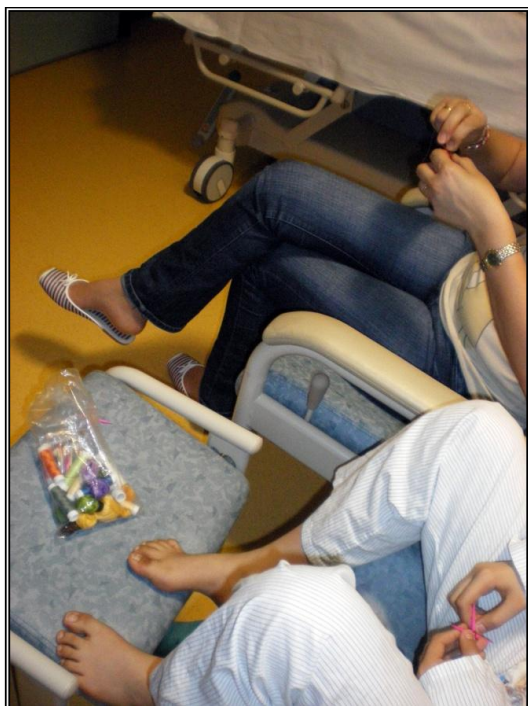


Al entrar en la habitación de Carmela, el ambiente estaba tenso. Acompañada de su madre mostraba un gesto de enfado. El *Dr. Cambembo*, para llamar su atención, le dice: “*Cazuela (en lugar de Carmela) yo te reconozco...*” *Bugui Bugui* empezó a hacerle pompas de jabón con su sortija. Unos momentos de juego cargados de luces rojas que aparecían y desaparecían por todo el espacio dieron lugar a la despedida con la correspondiente receta “médica” que el *Doctor. Cambembo* dio a su madre: “*Un beso cada minuto*”.

En el aula había pocos niños y decidí bajarme con Carlos para enseñarle a hacer las cometas y dar compañía a Martín, que esta mañana lo he visto poco rato. Cogí algunos hilos en una bolsa y bajé a la habitación de Martín y Carlos. Enseñé a Carlos a hacer una cometa. Cuando la acabó, y recordando a Martínez Díez (2000:321) que, hacia 1968 “sustituyó el término artista por <el que propone>”, le *propuse* hacer una muy grande, con palillos de pinchito.

Más tarde Loreto, la psicóloga, me sugiere que vaya con Carmina, que estaba decaída; me acompañó a su habitación y me volvió a presentar como “la maestra de las cometas”. Una vez más, se les propone participar en esa manualidad que es muy entretenida.

Empezamos a hacer esos pequeños juguetes de hilo en un ambiente silencioso, plomizo; sentía que cualquier palabra mía podría herir su intimidad; para evitarlo, permanecí atenta a todo gesto coincidiendo con el planteamiento de López F. Cao (2009:44): “(...) es necesario estar atentos permanentemente para observar la tensión muscular del paciente, su postura, sus gestos de agrado, o desagrado, porque de alguna forma estamos conectados con él por hilos invisibles de los que tiraremos con amor para ir tejiendo una delicada labor. Cualquier hilo que se tense se romperá, pero el que quede flojo no se anudará bien” y, en este caso, también era mediante hilos materiales como anudábamos nuestra relación, como conectábamos nuestra compañía...



Y así la tejíamos poco a poco porque conseguíamos que al “enhebrar cada hilo al curso de los otros para encontrarse, a través de ellos, con la vida. La trama de lo humano se va tejiendo” (p.134).

*Ilustración 6.37: Carlos y su madre tejiendo cometas en la habitación. (FA)*





La voz de Martín, casi un grito, desde una habitación contigua llamó mi atención haciéndome ir. Al entrar dijo: *"¡¡¡Ya la hemos acabado. Mira qué bonita!!!"* Era primera cometa que veía tan grande; se la mostramos a Carmina y su madre, a Rodo y a un grupo de enfermeras, niños y padres que también les sorprendió su aspecto y, una vez más, recordamos que "sigue siendo un misterio porqué la obra de un artista hace vibrar nuestras cuerdas más profundas..." (Sandblom, 1995:44).

En la habitación entró una joven enfermera. No venía para asuntos clínicos. La madre de Martín y la de Carlos, le habían comprado un regalo porque se casa pronto; espera, ruido de papel de embalar, emoción, y surgieron, de entre sus manos unas velas rojas perfumadas; de su alma, un cariñoso agradecimiento.

Aquella escena me llamó la atención; podría decirse que, por el tiempo que habían compartido con la enfermera, la consideraban como una familiar. El círculo de relaciones personales de los niños se reduce al personal sanitario y la vida familiar se centra en la enfermedad del niño. Así lo ponen de manifiesto De la Huerta, Corona, y Méndez, (2006:49): "Las familias con un paciente crónico tienen menos tiempo para las relaciones sociales, igualmente los amigos no saben cómo actuar, ya que las relaciones pueden resultar incómodas, por lo que disminuyen los contactos precisamente cuando se necesita un mayor apoyo emocional" y esa larga estancia, ese período de tratamiento "se caracteriza por una mayor receptividad y aceptación de la situación, acompañada de un cambio de humor en sentido positivo en todos los miembros de la familia. Los padres y el niño se sienten integrados en el medio hospitalario y más seguros ante la aplicación de un tratamiento destinado a curar la enfermedad" (p.46) quedando ratificado por la expresión de una de las protagonistas: *"Cuando nos vayamos de aquí no quiero perder el contacto con esta gente del hospital. Me han ayudado, y he compartido mucho"*. (Reflexión de Sonia, madre de Carlos).

Ya era tarde. Me despedí y salí de la habitación. Sin darme cuenta la madre de Carlos siguió mis pasos. Cuando me estaba alejando me llamó para decirme algo que ya colmó el vaso de mis emociones de ese día, derramándolo un poco, humedeciéndome los ojos: *"Cristina que sepas que estás haciendo mucho por Carlos. Él no te lo dice porque es tímido pero a mí me comenta que contigo está muy bien. Gracias"*. (Sonia, madre de Carlos)

Trate de secar mi mirada saludando a una limpiadora que aseaba el suelo; debía conocerme de otras veces porque me saludó cercana. También portaba una cometa en su bata. Aprovechando que llevaba el Diario de la Cometa, le pedí que escribiera algo en él, e ilusionada lo hizo: La cometa que me regaló Darío ya volaría hasta Roma. La volaría junta a él en la playa... en primavera y la llamaría *colorines*" Carmen Ortiz. (Ilustración 6.110, Punto 6.7.7).

Hoy salgo muy tarde del hospital. No me quería ir; ha sido un día muy bonito.

El miércoles 25 de marzo al llegar al Aula, se me acercó tímidamente un niño pequeño y me enseñó una cometa que había estado haciendo. Sus colores me sorprendieron. Eran demasiado



oscuros. Quizá se hubiera esperado de un niño que la hiciera con colores más llamativos. Le faltaba colocarle un deseo; le di una cartulina, lo escribió y se lo puso...

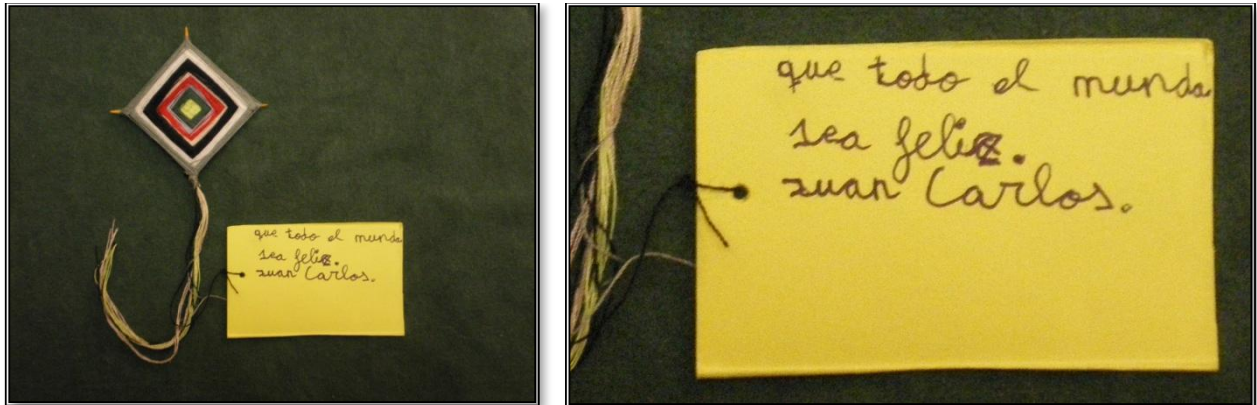


Ilustración 6.38: Cometa en negro y gris con su deseo. (FA)

¿Por qué había elegido esos colores tan tristes? Quizá sólo fue una casualidad o quería transmitir un mensaje oculto, teniendo así algún significado, como Ligia Clark (2006) defiende que los “objetos relacionales” aquellos que pueden expresar significados diferentes para diferentes sujetos o para un mismo sujeto en diferentes momentos, integrándose en la parte viva de la persona a través de ese nuevo significado.

Al bajar a la planta, Rita, la enfermera, bromeó con Ramón, que estaba a su lado: “¿Sabes que ayer este muchacho me vendió una cometa por tres euros?” Sorprendida, le acaricié su cabeza tratando de justificarlo y aproveché para que Rita escribiera sus deseos en el Diario de la Cometa. Sentada en una mesa de la Unidad de Día escribía concentrada:

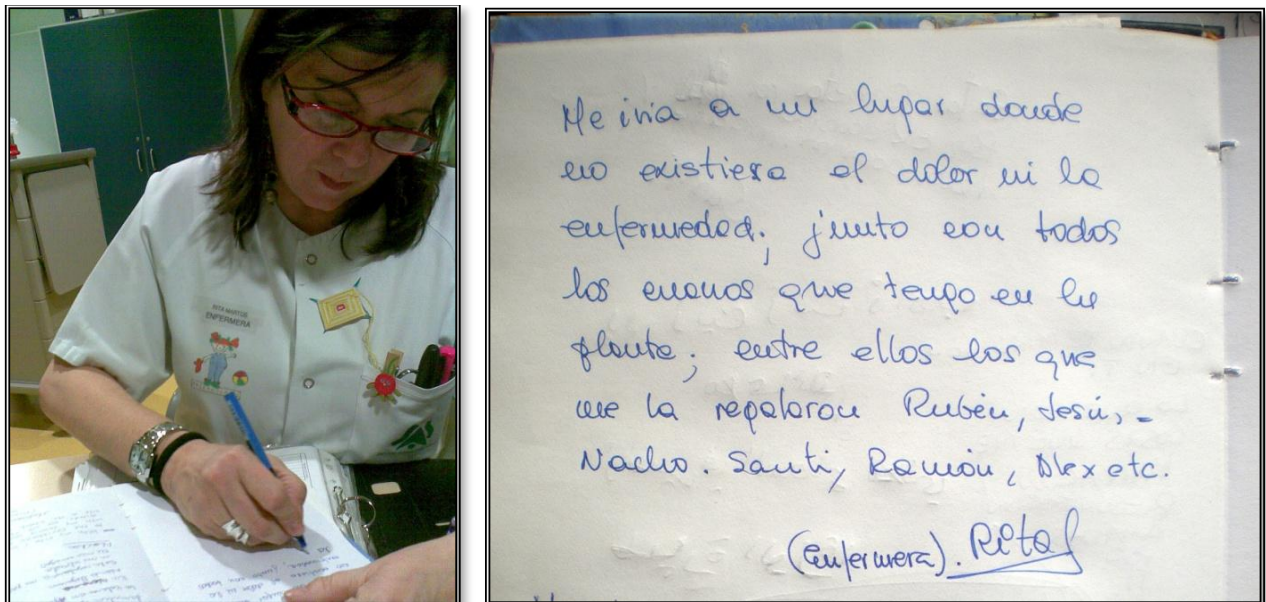


Ilustración 6.39: La enfermera Rita escribiendo en el Diario de la Cometa. (FA)

El proyecto del “Vuelo de Ilusiones” había tomado cuerpo. Ya teníamos algunos materiales y, sobre todo, una enorme sábana que sería la base de la “Gran Cometa”.



Algunos niños estaban en el cine y en el Aula, se preparaba la tela para colgar las cometas. Rodo, su hermana Carmen -voluntaria- Rocío y Sergio, colaboraban en la decoración. Todos alrededor de la mesa en la que extendimos la gran tela, comenzamos, ilusionados, a darle color.



Ilustración 6.40: Ramón y la autora decorando la Gran Cometa (Foto de M<sup>a</sup>. José)

Pasadas las cinco, entró por la puerta Servi, un niño en silla de ruedas avanzando gracias a un motor. Controlaba sus movimientos con un mando. Al vernos comenzó a saludar alegremente. Se acercó a M<sup>a</sup> José que lo animó para decorar la cometa. Al llegar a su lado, el pequeño le preguntó su nombre de una manera muy especial: *“Eres muy guapa ¿cómo te llamas?”*. Aquel piropo causó sorpresa en M<sup>a</sup> José. Aquellas palabras le impactaron más, dadas las circunstancias del niño, tanto que, al final del día, la Auxiliar no se había liberado aún de aquella emoción que la llevó a preferir quedarse sola recogiendo, sumida en sus pensamientos, aislada, sin querer comentar el día, como solíamos hacer, sólo, al marcharnos, dijo: *“estaba preparada para tratar a los niños de oncología pero no para el niño de huesos de cristal y más con esa forma tan tierna de ser”*.

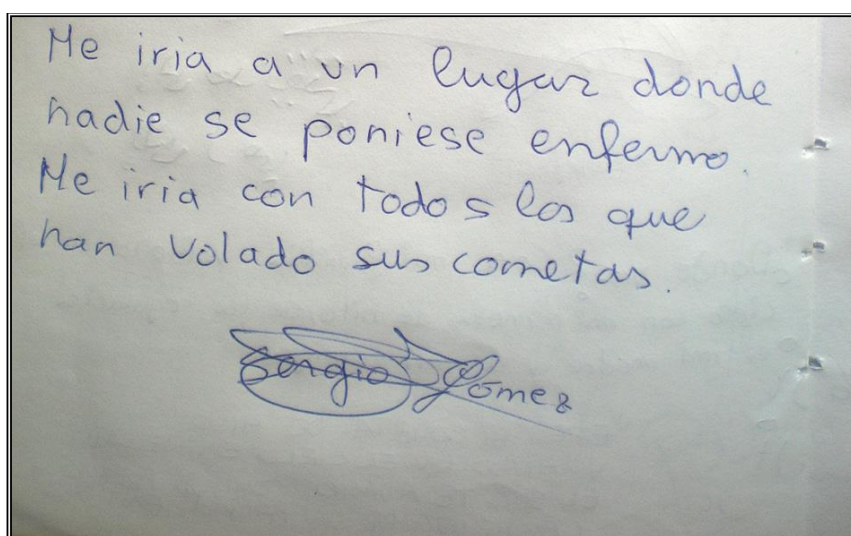


Ilustración 6.41: Detalle del deseo que dejó Servi en el Diario de la Cometa. (FA)





Mientras trabajábamos, advertí que Rodo se había salido del cine. Le pregunté qué porqué no continuaba viendo la película. Camufló el motivo real de su salida diciendo que allí dentro hacía calor. Aquel gesto resultó extraño y caímos en la cuenta de que él siempre tiene frío debido a su enfermedad (TCA) y el motivo real era que no quería estar sentado, para “no engordar”, por ello cobra vigencia la afirmación de Fernández (1992:25) cuando nos advierte que: “Hemos de prestar atención especial al conocimiento tácito, -que no se puede expresar en forma lingüística-. Es preciso descubrir lo que no se dice, el lenguaje de los silencios, de las dudas, de los titubeos, de las excusas, de los gestos de los hechos”.

Un nuevo día que, al llegar al Aula M<sup>a</sup> José ya está allí con Ramón. La mesa se teñía con los colores de los botes de pintura y los trabajos que estaba haciendo el pequeño.

Concentrado pintaba una botella que usaría como jarrón para unas flores que había hecho. Orgulloso me muestra su labor. Me senté junto a él y esperé a que subieran los demás niños.

Ramón no cesaba de quejarse de la incomodidad de la mascarilla. Le daba calor y no le dejaba respirar bien. A pesar de estar solo, debía tenerla puesta como prevención.



*Ilustración 6.42: Ramón decorando una botella, como jarrón. (FA)*

El plan de actividades para hoy sería hacer, con los niños, a modo de cartel, una cometa gigante en papel continuo para ponerla en la pared del patio el día que volemos las cometas. Y en el centro un poema que un gran amigo escribió para el evento. Como complemento lúdico, los pequeños dejarían sus huellas de manos y pies, con pintura, sobre el papel.

Comentándole la idea a la Auxiliar, pensamos que quizá sería conveniente buscar unas manos y pies pequeños para que quedara mejor, cuando entró por la puerta José Antonio, un niño muy pequeño -¿otra casualidad?- acompañado de su madre que, con calma, empujaba el portasuelos. Al vernos el niño, emitió un claro saludo que continuó con balbuceos: él sería uno de los protagonistas. Ilusionadas cubrimos el suelo con papel de periódico para que no se manchara y

preparamos la zona adecuadamente. Le explicamos la propuesta y ella aceptó alegre, pero sin demasiada seguridad en que él quisiera hacerlo. Nos pusimos manos a la obra para intentarlo...



El pequeño nos miraba extrañado. Atendía con asombro a nuestras efusivas explicaciones y ademanes.

Puso sus manos y pies alguna vez pero pronto se cansó queriendo irse a jugar a otra cosa.

*Ilustración 6.43: José Ant<sup>o</sup>. su madre y la Auxiliar, dejando sus huellas en el cartel. (FA)*



Esperamos que llegaran otros niños aunque, los viernes, y a esa hora, ya no solían ir muchos; aún así, esperamos. Cuando ya estábamos recogiendo, llegó Mairena con su madre. La acababan de subir de la U.C.I. Le habían hecho una intervención que había dejado en ella un aspecto diferente. A pesar de eso venía contenta, sonriendo. Nos alegramos de vernos. Sin muchas esperanzas de que por su situación aceptara, le contamos lo de las huellas. Asombradas, hija y madre se unieron en una afirmación ilusionada al unísono. Preparamos los utensilios y comenzamos de nuevo pues como dice Lygia Clark, en la publicación de Martínez Díez (2000:324), “una hoja de plástico colocada de forma abierta en el suelo todavía no es nada. Es la persona que al penetrarla, la crea y la transforma”.

Le ayudamos a darse color en manos y pies para dejar sus huellas en el enorme y casi inmaculado cartel.

A Mairena se le olvidó de dónde venía y se sintió feliz mientras se preparaba para aquella singular experiencia... ¡también a su madre!

*Ilustración 6.44: Mairena preparada para dejar sus huellas en el cartel. (FA)*



Pronto, contagiados por la alegría de los colores y el disfrute de la pequeña, todos se animaron a la acción: Rodo, M<sup>a</sup> José...

*Ilustración 6.45: M<sup>a</sup> José, la Auxiliar, dejando sus huellas. (FA)*





Ilustración 6.46: José Ant<sup>o</sup>. su madre y la Auxiliar, dejando sus huellas en el cartel. (Fotos de M<sup>a</sup> José)



Ilustración 6.47: La madre de Mairena también dejó sus huellas. (FA)

La madre de Mairena, desenfadada, sonriente, como olvidando dónde estaban, mientras dejaba sus huellas, le decía a su hija: "Vaya salida de la UCI que hemos tenido ¿Eh, Mairena? Esto no nos lo esperábamos; venimos tarde y nos llevamos lo mejor"



Ilustración 6.48: Composición con diferentes fases del proceso de huellas. (FA)

En esta parte de la investigación, consideramos imprescindible reproducir el párrafo de la publicación *Papeles de Arteterapia* (2006:73) pues no podríamos describir mejor las circunstancias y el entorno en que se desarrolló la experiencia:

“Este espacio sin función, inútil, vano, que pudiera parecerse al vacío, que no es pensable, es también real, existe el sentimiento de vivirlo en tanto desarraigo profundo de sí mismo, y sólo puede ser puesto en relación como forma poética, como metáfora vital, representación, creación artística o delirio. ESPACIO DE LIBERTAD si conseguimos dejar de lado ciertos prejuicios que nos conducen a concebir todo hecho artístico como corolario natural de una formulación creativa, y a soluciones innovadoras o bellas, caeremos en la cuenta que toda creación es, un proceso de transformación de lo real a través del cual surge la apariencia de lo sensible, un lugar que no tiene como objeto sino servir de crisol donde fundir y mezclar experiencias, emociones, deseos, recuerdos, con formas y materias (objetos, olores, texturas, imágenes), desde el que la vivencia del silencio que se impone ante la inoperancia del lenguaje dé nombre a qué se siente, y esta vivencia se vuelva llevadera o saludable”.

y es que el arte podría ser un recurso y un medio para encontrar sentido en un momento de dificultad o de crisis así, un creación artística elaborada en ese momento, podría ser como una huella de vida que desvela la historia personal de quién la elabora.

La pequeña disfrutó en un momento delicado. Su madre, al participar, se desahogó y liberó de la tensión que había conllevado la operación. El resultado provocó gran satisfacción en los participantes.



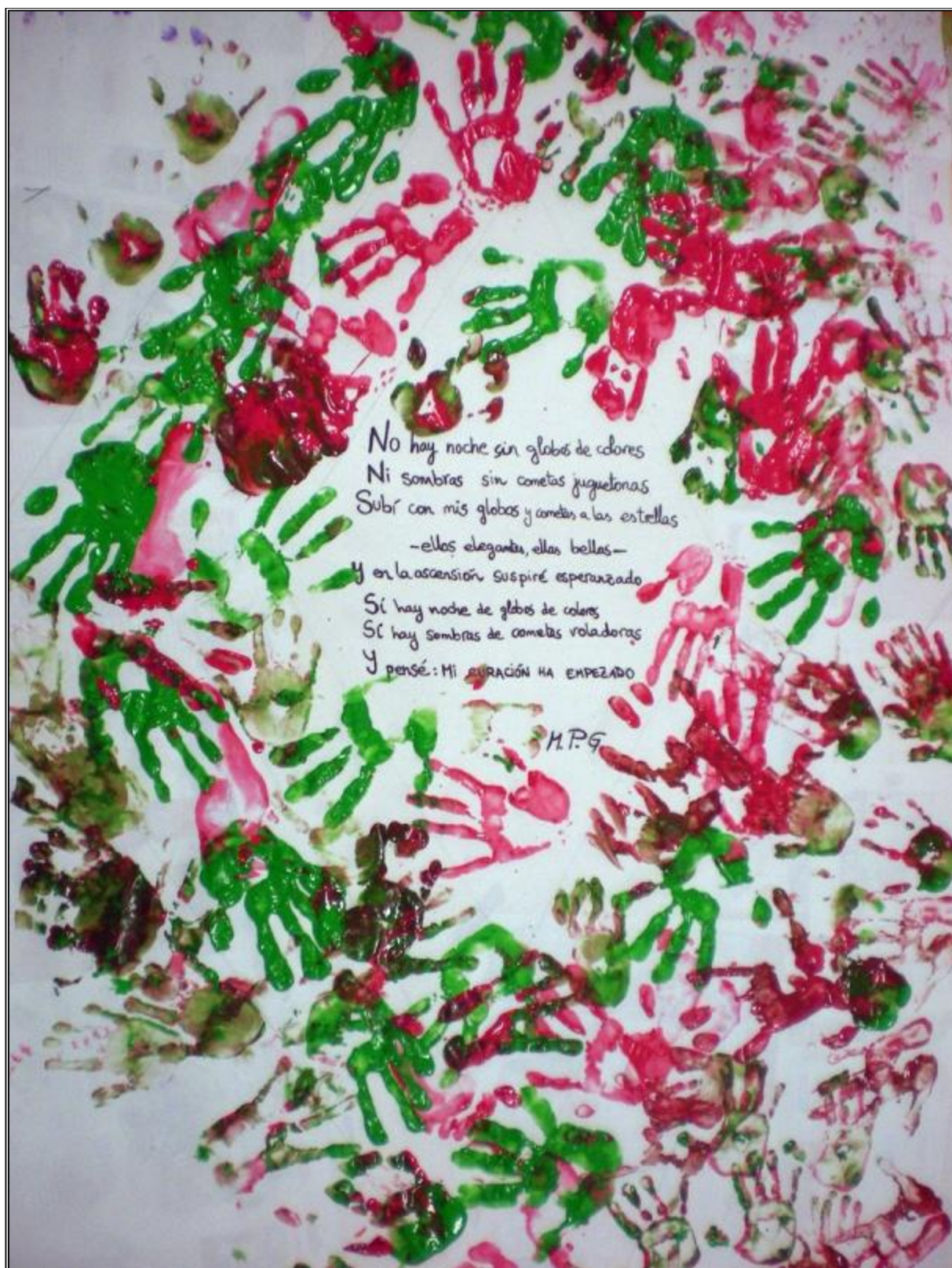


Ilustración 6.49: Cartel terminado con el poema de M.P.G. en el centro. (FA)

Enseguida llegó Carmen, la señora que limpiaba el Aula todos los días. El enorme papel multicolor llamó su atención haciéndola exclamar: “¡Pero bueno... qué habéis hecho hoy!”. Nuestras palabras de explicación la emocionaron.



Estaba terminando de hacer fotos al resultado y M<sup>a</sup> José, espontánea, pidió hacernos una las tres. Quería recordar aquel día, aquel momento, aquella tan buena sensación que le dieron un aspecto más iluminado a los ojos. Se la veía feliz. Las dos al unísono respirábamos radiantes aquella tarde después de esa vivencia. Hoy nos despedimos con una sonrisa y una imagen de amistad



Ilustración 6.50: Carmen, M<sup>a</sup> José y la autora. (Foto de María)

Ya en el pasillo, me encontré con la auxiliar Pifi, que cariñosa me saludó. Al ver en mi carpeta el *Diario de la Cometa* pidió escribir en él y, como algo muy importante para ella, decidió dedicarle la mejor atención, tomándose su tiempo y sentándose en una mesa del control de enfermeras para concentrarse.

Al principio comenzó a escribir con incertidumbre, pero las palabras fueron brotando de su alma conforme transcurría el tiempo. Al terminar de escribir decidió leerlo en voz alta atrayendo la atención de niños, madres y auxiliares. Había compuesto un hermoso poema que, satisfecha, volvió a releer con lágrimas en los ojos de la emoción. Lo había escrito para Miguel Ángel, “*su Miguel Ángel*”, un niño al que había tomado mucho cariño y que recientemente había fallecido. El escrito original puede verse en la Ilustración 6.113, del *Diario de la Cometa*.

Ya el *Manual de Formación del Voluntariado*, publicado por la AECC (1994:69), habla de la sensibilidad que en este tipo de situaciones se genera en los protagonistas:

“Somos sensibles a las informaciones, alegrías, tristezas, y sentimientos de los demás porque oímos y vemos las expresiones verbales, los gestos, la expresión de la cara, el tono de voz, la mirada, la proximidad o la lejanía. Desde ésta manera nos comunicamos con el comportamiento, y lo hacemos a través de conductas de carácter verbal y no verbal”

coincidiendo con la sensación experimentada, pues la emoción no quería irse de mí aquella tarde. Alabé, agradecí y abracé a Pifi por su entrega, muy por encima de su profesionalidad, ¡que ya es mucha! Ella me devolvió el agradecimiento diciéndome que le había servido para mucho escribir aquello.



Excusó nuestras lágrimas unidas y comentó, dirigiéndose a la madre de David que la escuchaba recitar: *"Nosotras no hay tarde que no nos abracemos y lloremos juntas ¿verdad?"*.

De nuevo, y para cerrar este apartado, recurrimos otra vez al Manual arriba citado:

"El llanto es, en la mayoría de los casos, un modo adecuado de reaccionar ante una situación que nos genera tensión emocional, actuando como válvula de escape que nos permitirá estar más serenos para afrontar la situación. También es un modo de comunicación con los demás. (...) Si se corta o evita el llanto se está inhibiendo la comunicación del sujeto con nosotros y su entorno" (p.75).

Salí del hospital emocionada. Hoy había vivido demasiados sentimientos que necesitaba ordenar...





#### 6.6.4. "VOY A VENCERLA"

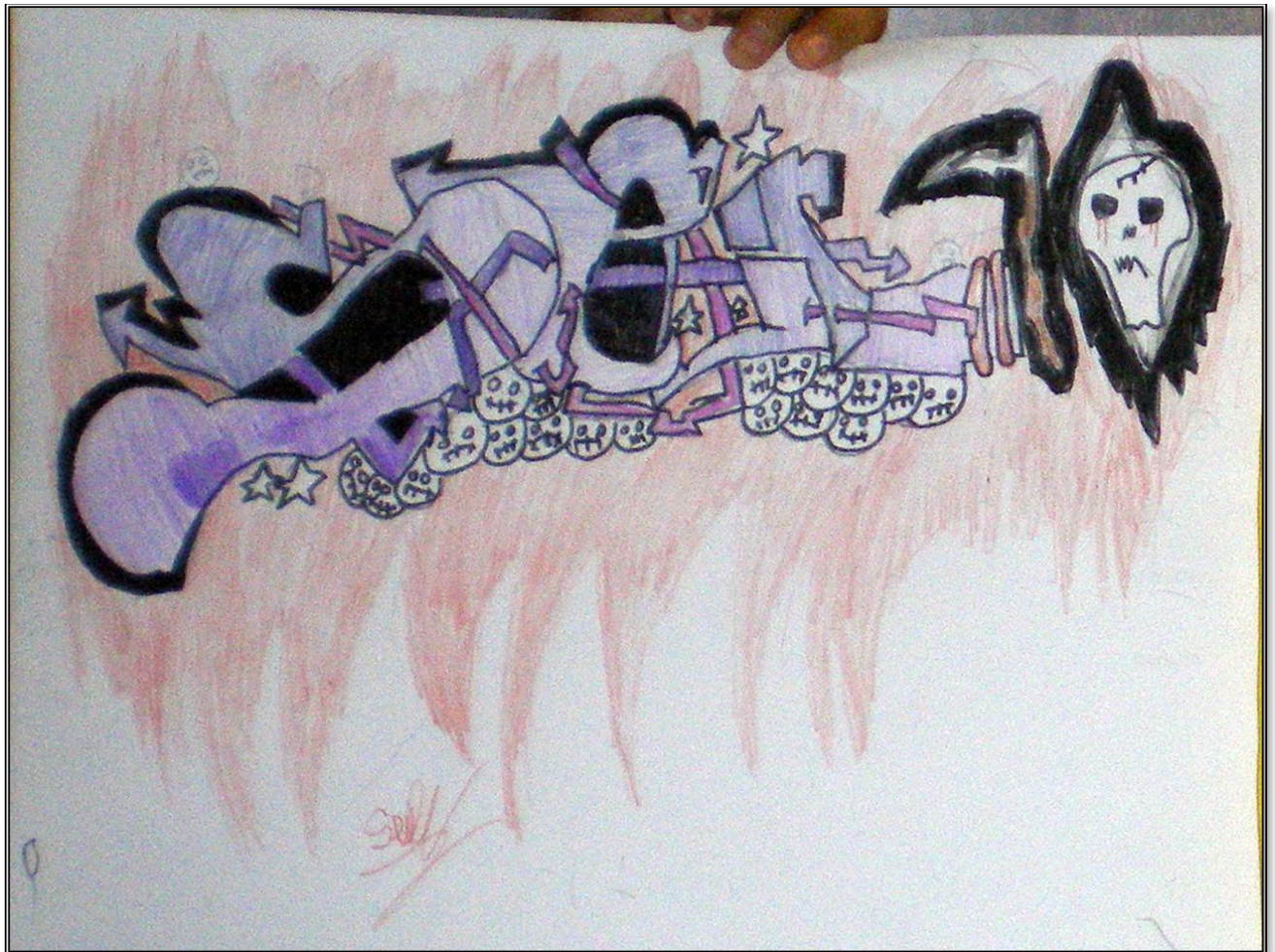


Ilustración 6.51: "Grafiti" realizado por David, en A3, para el concurso de la Diputación. (FA)

Marzo está acabando cuando María José, la Auxiliar, me comenta el caso de David, un chico de catorce años que debido a un cáncer en los huesos, ha tendido varios y prolongados ingresos en el hospital, pero el último, para él ha sido muy duro: le han tenido que amputar una pierna a causa de la enfermedad...

Permanece en su habitación, taciturno, y no quiere tener contacto con otros jóvenes. Encerrado en sí mismo, no quiere participar en ninguna de las propuestas que desde el Aula le hacen, incluso Rodo, el pequeño gran entusiasta de las cometas, ha estado viéndolo, intentando enseñarle a hacerlas, pero tampoco ha tenido éxito.

M<sup>a</sup> José me pide que baje a su habitación y esté un rato con él y su madre y trate de darles algún apoyo; así lo hago y tras saludarles y presentarme a ellos, trato, con un nudo en la garganta, de contener mis emociones y aparentar normalidad.





Poco a poco el hielo se va fundiendo y me cuenta que es de fuera de Granada y que añora mucho su tierra. Hablamos de los demás chicos ingresados y de lo animados que están confeccionando cometas de hilos de colores, pero no parece interesarle demasiado ese tema... pero, al hablar de colores, su madre intervino diciendo que a él le gusta mucho dibujar y que lo que más le gusta, es hacer grafitis, que tiene varios colgados en la habitación de su casa y que son muy vistosos...

Mi no muy larga experiencia en ese tipo de situaciones, ya me había enseñado que, aún en los momentos más angustiosos, siempre puede surgir un rayo ilusionante de luz que ilumine una puerta a la esperanza y, en esta ocasión, el instante mágico surgió de la palabra "grafiti". A David le cambió el semblante y, como en mi presentación le dije que yo había hecho Bellas Artes, enseguida comenzó a interesarse y a hacerme preguntas al respecto. Una vez más, la casualidad había hecho aparecer un punto de empatía que nos acercara y que no podía desaprovechar con aquel chico. Comencé a hablarle de algunos artistas que recordaba, de algunas obras importantes y de nuestro famoso granadino "el niño de las pinturas"...

La ilusión crecía rápidamente y, en ésta ocasión, había sido el arte el causante de revertir una situación triste, tensa y oscura en otra expectante, iluminada y, sobre todo, *normal*. El último tramo de la conversación transcurrió con rapidez y, cuando quisimos acordar, ya estaban entrando la cena. Me despedí de ellos, no sin antes prometerle a David que le iba a llevar algunas revistas y libros sobre el particular, pues tengo una amiga que también posee gran afición a ese tema y seguro que nos va a poner al día. Con una incompresible alegría, inexplicable tan sólo unas horas antes, se despidieron de mí muy agradecidos y sonrientes.

Al día siguiente contacté con mi amiga Helena, excelente aficionada al grafiti, y le conté mi experiencia del día anterior... como no podía ser de otra manera, me dejó algún libro y varias revistas especializadas y, lo mejor de todo fue, que me facilitó la información de un concurso juvenil de grafitis que organizaba la Diputación Provincial de Granada.

No podía esperar hasta la tarde y a mediodía llamé por teléfono al hospital para informarle que ya tenía información para llevarle; me respondió la madre y, en un tono muy cercano al reconocerme, confirmó mi sospecha: su hijo llevaba toda la mañana ilusionado con el tema y esperando que llegara la tarde. Le confirmé que iría y, muy agradecida, se despidió de mí.

Estaba empezando a atardecer cuando llegué al pasillo de oncología y me encontré a Martín y a Rodo, e ilusionada por el material que llevaba para David, se lo enseñé y los hice partícipes de mi alegría; les pedí que me acompañaran a la habitación para entregárselo, pero Rodo, un poco triste y muy responsable, me dice que está resfriado y que la enfermera le ha aconsejado no ir a otras habitaciones, por lo que sólo me acompañó Martín. Al entrar en la habitación de David, él y su madre me saludaron muy efusivamente. Rita la enfermera terminaba de colocar un bote en el portasueros. Con su característico humor y simpatía me saludó al verme por allí. Por señas, reclamó mi atención señalando el bote de suero que acababa de poner. Sin comprender qué tenía de especial, lo observé extrañada con detenimiento sin entender su interés...



Una muesa de complicidad y un guiño, descifró la situación: había escrito, como es costumbre, el nombre del paciente, pero además había añadido de broma la palabra “Tonto”, Todos comenzamos a reír. Aquella enfermera, como era habitual, sembró un resquicio de alegría en la habitación lo que nos recuerda a Des Camp y Thomas (1993) que determinaron los efectos beneficiosos de la diversión en el trabajo de las enfermeras, concretándolo en juegos y que según relata Bellert, (1989), el apoyo con humor a pacientes oncológicos, especialmente en sujetos adolescentes, fue descrito hace ya más de dos décadas.



*Ilustración 6.52: Bote de suero con la broma del nombre con el calificativo de “TONTTO”. (FA)*

Todos comenzamos a reír. Aquella enfermera, como es natural, con su broma sembró un resquicio de alegría en la habitación.

“El cuidado que un profesional de la salud ha de prestar, es más efectivo desde una actitud personal más alegre, siendo optimista y sobre todo aprendiendo a transmitir buen humor. Tener buen humor, finalmente resulta tan beneficioso para el profesional como para el paciente, porque a través de éste, uno y otro tienen la posibilidad de controlar y superar la impotencia”. (Carbelo 2004: 23)

“Las enfermeras que evidencian la práctica de la risa con los pacientes tienen una irrepetible e incommensurable experiencia de estar conectadas con ellos en una comprensión que va más allá de lo que se conoce como empatía y sobre la que ambas partes (enfermera y paciente) dialogan”. (Carbelo 2004:70).



Enseguida Martín, orgulloso y protagonista, quitándose el libro de las manos se anticipa mostrándoselo efusivamente y diciendo: *"te traemos el libro de grafitis"*. Con cierta complicidad y su cara ilusionada David me mira y, cogiéndolo, pronuncia un profundo *"¡gracias!"*. La madre orgullosa dice: *"él sabe dibujar muy bien grafitis"*.

Al poco rato, cuando veo que ha asimilado la sorpresa, vuelvo a llamar su atención mostrándole el papel que le llevaba con las bases del concurso *Espacio Libre*. Con gesto de satisfacción, abrió su amplia sonrisa con ortodoncia, que le daba un aire pícaro y bonachón. La madre y él lo leen detenidamente y con gran entusiasmo. Otro instante mágico que les abstrae de la triste monotonía cotidiana y les plantea una ilusionante tarea.

David, muy contento, comenta sus primeras ideas para dibujar y cuenta que en su casa tiene muchos bocetos, que me los traerá para que los vea. Le animo diciendo que, entonces, con tantas ideas, seguro que lo puede ganar, se trataba, como afirman Martínez y López F. Cao (2009:44) *"de poner a volar la imaginación, ya que esto facilita la expresión del deseo y jugar con él"*.

Mientras que Martín también se siente protagonista del ilusionante momento, Madre e hijo releen el papel del concurso y se detienen en el premio. David se asombra considerándolo de mucho valor. La madre dijo: *"bueno... para la prótesis"*. Parece increíble pero, de una forma natural, la madre y el hijo, comentaban que, el importe del premio del concurso, sería para una prótesis de la pierna...

Martín y David hablan de dibujos, de juegos, de cometas... mantienen una conversación distendida mientras que su madre y yo también charlamos de cosas intrascendentes. La tensión ha desaparecido y hay un ambiente familiar y relajado.

David muestra interés por la pequeña cometa que lleva Martín en su pijama y le dice que le gustaría también hacer una, a lo que el compañero le responde que *"mañana le va a ensañar a hacer unas muy grandes y chulas"*...

Cuando al día siguiente me dirijo a la habitación de David, la voz de Martín, casi un grito, desde el pasillo llamó mi atención: *"¡¡¡Ya le hemos acabado, mira qué bonita!!!"*. Efectivamente, era la primera vez que veía una tan grande y él venía de ensañársela a los demás niños: *"la ha hecho David, vamos a dársela"*, me dijo.

Al entrar a la habitación a devolvérsela, le dije que debía ponerle un deseo. El tamaño de la cometa, quizá le indujo a pensar que debía pedirle varios deseos porque seguro podría "tirar de ellos" cuando la lanzáramos; escribía sus peticiones lentamente, pensándolas bien, mientras comentaba con una sonrisa: *"Dónde irá a parar la cometa cuando se vuele"*, imaginando entre bromas posibles lugares y ante la observación de su madre, orgullosa por el resultado, David finalizó de escribir sus esperanzas: ***"Salud para todos. No volver a tener nunca cáncer. Y volver a andar bien y ganar el concurso de grafiti"***

Aquellos deseos realmente me conmovieron.



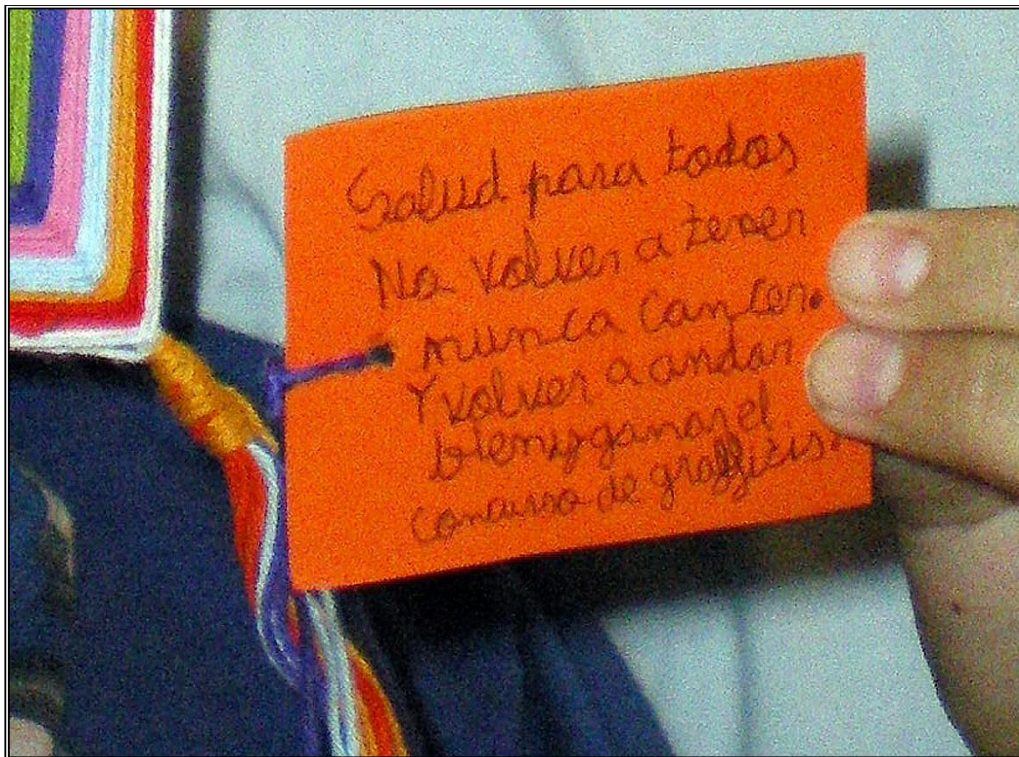


Ilustración 6.53: David con su cometa y vista ampliada del deseo. (FA)



No cabe duda, como mantiene Seligman (2003), que fomentar y potenciar las fortalezas de la persona enferma es una práctica que funciona “como barrera y que es ajena al modelo de enfermedad, que sólo plantea compensar carencias” (capítulo 2)

Después la tarde transcurrió hablando de dibujos y enseñándole fotos del proceso de ejecución de un grafiti que vi hacer en la calle; también le enseñé en su ordenador un vídeo de las manos bailando Break Dance, con lo que la tarde la pasó muy distraída.

Muy cariñoso, al despedirse de mí, me dijo que al día siguiente me enseñaría su grafiti terminado cuyos bocetos, celosamente, había tapado cuando entré en la habitación; le animé a que lo terminara pronto, pues el plazo de admisión de propuestas terminaba a final de mes.

Ya es 28 de marzo, sábado, y aunque normalmente ese día no suelo ir al hospital, estaba ilusionada por llegar y ver el trabajo de David que ayer no me lo había querido enseñar; además, teníamos que preparar el lema y la descripción de la obra pues no teníamos mucho tiempo para entregarla.

Con gran alegría me reciben su madre y él al entrar en la habitación; siento como si ya fuera algo de ellos, como si nos conociéramos desde siempre, como si fuésemos familia... y siento que la sensación es recíproca y ha sido el simple pretender *estar ahí*, sin más, el que de nuevo, y esta vez con el apoyo del arte y la creatividad, lo que ha creado hecho posible que broten la unión cómplice y la ilusión.

David, incorporándose de la cama con dificultad, se inclinó sobre la mesa auxiliar cogiendo de entre un montón de papeles un grueso cuaderno de dibujo. Me mostró orgulloso bocetos de grafiti que tenía dibujados en él. Se detuvo orgulloso en el que iba a presentar al concurso. Lo mostró expectante. (Ilustración 6.54).

Lo observé sorprendida tratando de descifrarlo. La ilusión y alegría que llevaba quedaron congeladas al intuir con un escalofrío el significado que David comenzó, tímidamente, a esbozar con sus palabras.

“<Seil> es mi nombre artístico”, me dijo. Su pseudónimo estaba rodeado de calaveras de niños que representaban estar enfermos de muerte. En un extremo, como dominando la situación y con gruesos trazos negros, había dibujado a la enfermedad con un arma: el hacha del cáncer que recientemente había cortado su pierna.

Al oír la explicación las ganas de llorar se anudaron a mi garganta. La conmoción, el impacto, la rabia, la pena, me pedían huir de aquella habitación. La dificultad fue mayor cuando reparé que debía permanecer para soportar una situación más difícil: rellenar el título, descripción de la obra, etc. para la ficha del concurso. Era algo que debía hacer con el autor, ¡y había ido para eso!, pero como dice Sandblon (1995:44), “sigue siendo un misterio porqué la obra de un artista hace vibrar nuestras cuerdas más profundas”.





Mi conmoción y la timidez de David no facilitaron el trámite. Traté de sonreír y bromear imaginando en voz alta lo bien que lo pasaríamos pintándolo cuando el comité organizador del concurso seleccionara su trabajo, pero hay momentos, según Wooten (1997) como ya indicaba un cartel realizado por personal sanitario en la sala de espera de un hospital "(...) en los que la tensión es máxima (...) y en los que no debe malinterpretarse nuestra sonrisa, pues es lo que evita que nos pongamos a gritar"(s.p.).



Ilustración 6.54: David muestra su boceto y las bases del concurso. (FA)

Debíamos rellenar la ficha, no quería, no me atrevía indagar más. Estaba pisando un terreno difícil y sabía que el mal rato aún no había acabado. A David no se le ocurría nada, del porqué lo había dibujado. No sabía como titularlo...

La madre, sonriente, tratando de aligerar el ambiente ayudó a David, haciéndole recordar la conversación que mantuvieron anoche sobre el dibujo. Por sus palabras advertí que sabía muy bien por lo que no quería hablar...

Dejé pasar unos minutos en silencio, que parecieron años de afonía. Pensativa, me resguardaba en el bolígrafo y papel que sostenía inquieta.

Finalmente la madre comenzó a describir. "Ayer pensamos que el título podría ser **"Voy a vencerla"...**a la enfermedad, claro", matizó.

Otro duro golpe se adueñaba de mí. Pena, angustia, impotencia, malestar...





¡El hacha de la enfermedad que había quitado una pierna al niño, protagonista del dibujo! Impactada por su respuesta traté de asumir la coherencia del planteamiento.

Comenzamos a rellenar la lista de materiales que harían falta. Me sorprendí de los conocimientos de David, que con soltura enumeró una lista de colores, marcas, y materiales, algunos para mi, desconocidos. Lo alabé y sonrió. El ambiente comenzaba a ser más relajado.

Sabía que por mi parte, estar dedicando aquel tiempo, por duro que me resultara, era bueno para el joven y me emocionó su enorme implicación en el proyecto.

Después de preparar la lista de materiales, comenzamos a redactar la ficha con la descripción de la obra y la que contenía sus datos:

<p style="text-align: center;"><b>CONCURSO DE GRAFFITIS</b> <b>ESPACIO LIBRE 2009</b></p> <p><u>Título o lema de la obra:</u> <b><i>Voy a vencerla</i></b></p> <p><u>Descripción:</u> <i>Por "Seil" me identifico. Esta identidad se hace plena en este graffiti porque a través de él pretendo contar mi historia a partir de un medio que me apasiona: el graffiti. Soy un niño de 14 años que estoy en el hospital donde estoy venciendo al cáncer. Es en este lugar donde he realizado el boceto en el que he pretendido reflejar mis sentimientos.</i></p>
---

*Ilustración 6.55: Ficha en A5, de presentación de la obra de David al concurso. (FA)*

Cuando terminamos ya habían traído la cena y consideré que debía marcharme. Me despedí de David y de su madre que me abrazaron en una entrañable despedida.

Al día siguiente, hablando con Loreto, la psicóloga, le comenté la experiencia de David y su ilusión con el concurso; se mostró interesada y comenta que cree conocer a los organizadores y que hablaría con ellos, por si pudieran apoyar que su obra quedara bien clasificada.



Pasaron los días, semanas... se produjo el fallo del jurado y el grafiti de David no salió premiado, pero, el objetivo inicial se había conseguido: el era otra clase de muchacho. Participaba en todas las actividades, compartía proyectos y compañía con los demás jóvenes y ya era *un personaje* en la planta, considerado como el gran artista *grafitero*...

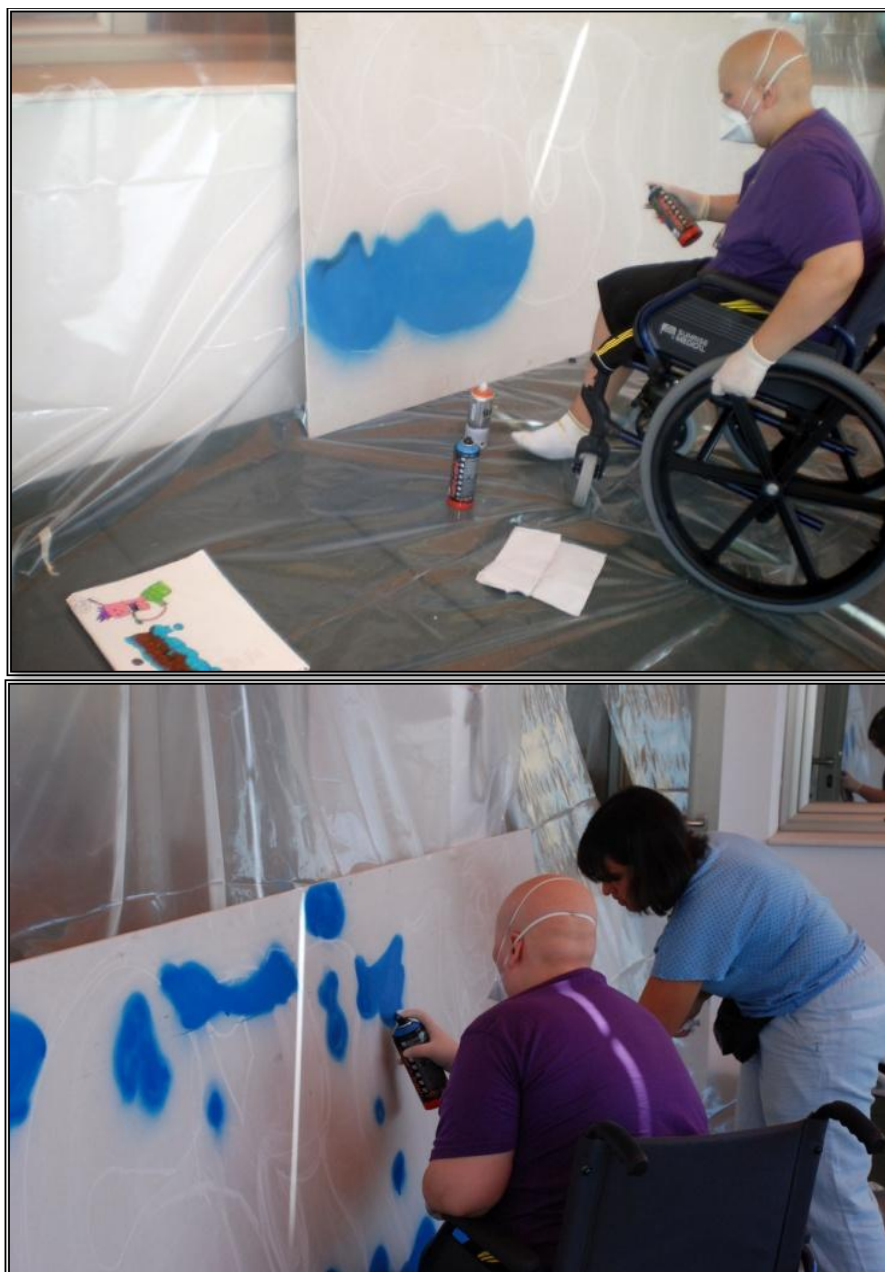
Hable con la coordinadora del Aula buscando su complicidad para que David pudiera realizar un grafiti de verdad, incluso que podría decorar alguna pared, o sala. Mercedes, con su disposición habitual, se mostró ilusionada y aceptó la idea enseguida. Cambiando impresiones, llegamos a la conclusión de que era mejor hacerlo en un panel de escayola, tipo *pladur*, y que así se podía exhibir en el sitio que resultara más adecuado.

A los pocos días me dijo que ya tenía conseguido el panel y que yo me encargara de comprar los spray que fuesen necesarios: ¡nueva alegría para David! que rápidamente se apresuró a darme una lista con el material y enseñarme algunos de sus últimos bocetos. Me llamó poderosamente la atención del cambio tan radical en el colorido, tonos claros y vivos- y en la temática –motivos alegres y juveniles- que había experimentado en el último tiempo.

Preparé toda la infraestructura en la terraza de la Ciberaula para poder hacer la pintura, materiales, coberturas con plástico etc. para lo que conté con la colaboración de mi amiga Helena, una gran amante del grafiti, que gustosamente se ofreció a echar una mano. Con cierto nerviosismo, pero con mucha profesionalidad, David se acercó al panel.



*Ilustración 6.56: David, junto a la autora, mira el panel y sus posibilidades. (Foto de Helena)*



*Ilustración 6.57: Momentos iniciales de la pintura. (Fotos de Helena)*

Después de realizar unos suaves trazos en la superficie blanca, y delimitar unas marcas que proporcionaban el panel con arreglo al dibujo que había planteado.

David había preparado un boceto en una hoja de bloc aunque no estaba muy satisfecho de él y comentó que sólo era una idea para las proporciones. Ese boceto, una vez más, estaba basado en su nombre artístico, <Seil>.

Comenzó a rociar el spray con bastante destreza; parecía que lo hubiese hecho toda la vida.

Me limitaba a observarlo y a acercarle los envases y sólo en puntuales ocasiones, y a su requerimiento, le hice alguna sugerencia. También en segundo plano permanecían Helena y su madre, como queriendo no perturbarle nadie su concentración.





*Ilustración 6.58: Dos instantes de David concentrado en su creación. (FA)*





*Ilustración 6.59: Pinturas y material de trabajo sobre reflejo del artista. (FA)*



*Ilustración 6.60: Momento de la pintura del grafiti. (FA)*





Ilustración 6.61: Graffiti terminado. Sobre escayola (3,00 x 1,20m.). Título: "Seil Feliz". (FA)

Para el final, le había preparado una pequeña sorpresa: había diseñado para él un diploma con su nombre, que conmemorara aquel día, y que le entregaría cuando hubiese finalizado de pintar.



Ilustración 6.62: David con su madre y la autora, muestra su Diploma. (Foto de Helena)





Como última consideración de ésta gratificante y positiva experiencia artística querríamos señalar al lector, y que sea él quien saque sus propias conclusiones, sobre las patentes diferencias que se aprecian en los dos grafitis de las ilustraciones 6.51 y 6.61 realizadas, por la misma persona, con menos de un mes de diferencia entre ambas creaciones, de un marcado carácter autobiográfico, resumido en su título, y que por medio de su pseudónimo, -su nombre artístico como él gusta decir-, que ocupa un gran porcentaje de la obra, expresa las circunstancias de dos momentos distintos.



*Ilustración 6.63: Helena junto al Grafiti de David, colocado en el pasillo de oncología. (FA)*

David, una vez más, nos sorprendió con el título que dio a su pintura: "**<Seil> feliz**".

Al día siguiente colgamos el mural en el pasillo de oncología infantil y él, en su silla de ruedas, gustaba de pasar de vez en cuando a verlo y recibir los piropos que a su obra le dedicaban las enfermeras y el resto de pacientes y familiares.



### 6.6.5. EL VUELO DE LAS ILUSIONES



Ilustración 6.64: Cartel anunciador realizado por la autora en tamaño A3. (FA)



*“¿Qué es la vida? Un frenesí.  
¿Qué es la vida? Una ilusión  
(...) y el mayor bien es pequeño;  
que toda la vida es sueño  
y los sueños, sueños son”*

Calderón de la Barca  
(Segismundo, Acto I de *“La vida es sueño”*)

Esta mañana he visitado a la Coordinadora del Aula, para llevarle el boceto realizado para el cartel de difusión del “Vuelo de Ilusiones”. Le ha encantado el resultado y se ha quedado encargada de hacer copias y distribuir las por el hospital. Se interesa por los preparativos y nos confirma que podremos disponer de gas helio para ese día. Nos lo suministraría el propio personal de mantenimiento del hospital.

También he visto a la madre de David y me comentó, profundamente apenada, que su hijo había recaído, por lo que vuelvo a acudir de nuevo al *Manual de Formación del Voluntariado*, publicado por la AECC (1994), ya que en él anticipa la descripción de las situaciones de recaída: “Para los padres éste es un momento aún más difícil que el de la confirmación del diagnóstico. Supone para ellos una mayor amenaza de muerte y, en el mejor de los casos, perciben que tienen que volver a empezar de nuevo (...) el niño permanece más pasivo, apático, triste e inhibido. Es una situación muy complicada de manejar” (p.49-50) como pudimos constatar en aquel breve encuentro y en la extraña metáfora con la que la madre lamentó su nuevo ingreso: *“Otra vez estamos aquí... Conocemos las pistolas, ahora tenemos que ponerle otras balas”*.

El Aula estaba casi vacía; sólo María, la auxiliar, conducía a Manolo en su silla de ruedas, que regresaban del cuarto de baño y bromeando nos dijo: *“¡Toda una odisea!”*. El flácido cuerpo del pequeño, paralizado por la enfermedad de *“los huesos de cristal”*, necesitaba para sostenerse una firmeza que la auxiliar, escasamente, podía aportar. En un intento por sobrellevar la tensión de la situación la cuidadora sugirió, con algo de ironía pero sin maldad alguna, la posibilidad de, *“llegado el caso de no aguantar, dejarlo caer y tirar de la cisterna”*.

Aquella alternativa nos hizo sonreír a los tres, haciéndonos sobrellevar mejor la tensión del momento; Martínez y López (2009:93) ya hablan del bálsamo que puede suponer el humor en situaciones extremas:

“Con el humor se dinamiza el potencial humano en situaciones límite, y es otro de los recursos para activar la resiliencia. Es bueno saber reírse de uno mismo, significa poderse contemplar con ternura y respeto: significa reconocer, sin dolor, la imperfección o el fracaso; significa haberse perdonado y poder ser de nuevo libres”.





*Ilustración 6.65: María con Manolo, el niño de huesos de cristal. (FA)*

En esto llegó Santi al Aula. Su mirada nos saludó alegre. Hoy había sustituido el pijama hospitalario por un vestuario juvenil. Respondiendo a mi sorpresa, comentó que se quedaría poco tiempo porque se iba a su casa. Ya estaba mucho mejor y tardaría en volver al hospital. Decidí ponerse un rato con el ordenador. Al verme con la cámara de fotos, con cierta tristeza por irse, sugirió inmortalizar el momento.



*Ilustración 6.66: Santi el día que se iba de alta, con la autora. (Foto de María)*



Mientras ayudaba a Santi a buscar algunos juegos en el ordenador me sorprendí al ver a María y a Manolo jugando al "pilla pilla". Entre ellos no había barreras. Manolo tenía gran vitalidad y con seguridad transmitía mucha destreza con la mano derecha al mando de su silla, mientras sonreía. María corría delante de él asegurando que la pillaría, porque era un campeón. También Carbelo (2004:114) indica lo adecuado que les puede resultar el humor a los profesionales: "El humor puede ayudar a los profesionales a pasar por alto lo antiestético, a tolerar lo desagradable, a superar lo inesperado y a sonreír en medio de lo insoportable".

El ruido del ascensor avisaba que alguien llegaba al Aula. Una muchacha en silla de ruedas, avanzaba empujada por una mujer que su cultura le cubría la cara.

Me aproximé para atenderlas. Nuestros lenguajes tuvieron que darse tiempo para comprenderse, tenían sonidos distintos. Al presentarnos, nuestros nombres fueron acogidos en reciprocidad con extrañeza, produciéndonos una mueca de sonrisa al tratar de pronunciarlos.

Propuse enseñarles a hacer cometas, mostrándole algunas que había ya empezadas encima de la mesa. Sin entender muy bien, asintieron contentas con la cabeza.

Chamy, cabizbaja en su silla de ruedas, trataba de tejer, ordenando el hilo entre sus manos. Descubrí que las movía con dificultad. No controlaba su movimiento que se producía por intermitentes espasmos.

Sorprendida, amparé con dulzura su dificultad. Cogí sus manos y la cometa tratando, poco a poco, de guiarla. La lentitud fue construyendo su seguridad, su sonrisa al ver crecer el tejido de la cometa.

Aquella niña transmitía algo especial. Mucha dulzura, sensibilidad... apenas había intercambiado sonidos con ella, pero desde el primer momento en que la vi, hubo una conexión de nuestras almas a través de una mirada. Intuía que era recíproco. Una sensación especial.

Les ofrecí escribir en el *Diario de la Cometa*. La mujer que la acompañaba tomó el bolígrafo con decisión. La duda la paralizó. Inmediatamente caí en la cuenta invitándola a escribir en su idioma. Mis palabras la tranquilizaron y comenzó a escribir.



Ilustración 6.67: Chamy y su madre escribiendo en el Diario de la Cometa. (FA)

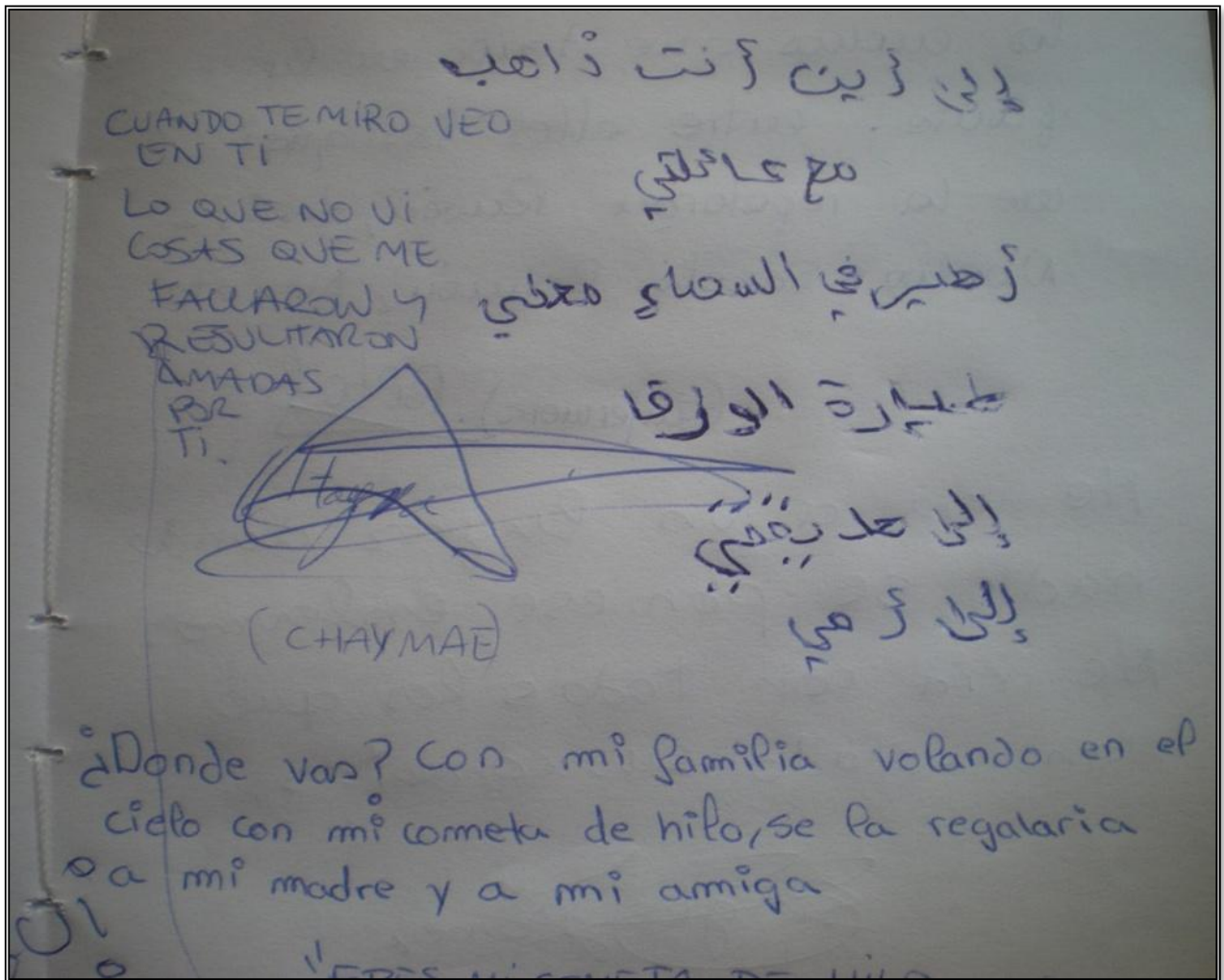


Ilustración 6.68: Detalle del texto dejado por Chamy y su madre. (FA)





Situaciones similares están descritas por Kawulich (2006) al referirse a la representación simbólica de los sentimientos, citando a Paul Kutsche quien asevera a su vez que los sistemas culturales no son simples reglas de comportamiento que puedan restringir la libertad de expresión y remarcando que todas las culturas también son música... danzas de vida.

La joven dejaba caer su cuerpo sobre la silla de ruedas. Le sugerí componer un poema sobre las cometas que yo le ayudaría a transcribir. Aceptó con una mirada alegre. Tras unos segundos de silencio sus, hasta ahora mudas, palabras comenzaron a modelarse en la claridad, sencillez y armonía de un poema: *"Eres mi cometa de hilo..."*.

Sentada frente a ella observé perpleja su brote de inspiración mientras trataba de anotar. La implicación y sentimiento le hacían detenerse emitiendo balbuceos de vergüenza. La animé a continuar... *"Volando por el cielo... estrellado. El Sol te admira... y las olas te miran... como si fueras la dueña del cielo.... Y la reina de un paisaje entero..."*. Descubrí que su sensibilidad era especial, por lo que nos recuerda cuando Thomas Mann se congratula diciendo: "Mi salud es mala, no puedo decir que desgraciadamente, pues estoy convencido de que mi talento está inseparablemente unido a mi enfermedad del cuerpo" y así es recogido por Sandblom (1995:30)

Fue una composición que comenzó a pronunciar mientras lo imaginaba, con sorprendente decisión, habilidad y sentimiento. Me sobrecogieron especialmente las palabras finales de su poema: *"Veo en ti, lo que no vi. Cosas que me fallaron y vuelven a resultar amadas en mi corazón. Este poema te lo dedico ti, el día de salud 7 de Abril"*.

Sólo llevaba un breve tiempo con ella y, sutilmente, se había acercado a mi emoción como nadie lo había hecho nunca antes. ¿Serían aquellas palabras reflejo de empatía? Como escribe Tortosa A. (2003:9): "Cuando pasó el poeta por aquel camino -su libreta en mano el corazón en la otra- el campo se ruborizó (...) ¿Escribiría para mí?".

Manolo se acercó a la mesa, expectante, animándose también participar en el Diario de la Cometa (Ilustración 6.115). Respondió a las preguntas con profunda imaginación e intensa fantasía y perfiló respuestas sorprendentes: él volaría con la cometa *"al espacio"* y la llamaría *"Batman"*.

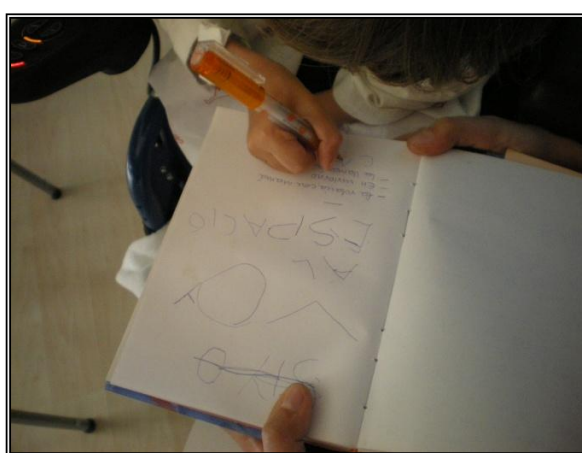


Ilustración 6.69: Manolo, ayudado por la autora, escribe en el Diario de la Cometa. (FA)



Al poco tiempo vinieron a recoger a Manolo. Su padre, sonriente, lo reclamó desde la puerta del Aula, debía bajar a la habitación. La forma de sobrellevar la enfermedad de aquel padre me conmovía. La madre se mostraba también con entereza. Quizá el largo tiempo de convivencia con la enfermedad los había curtido. Esa serenidad que llama la atención, de alguna forma la referencian Guillén y Mejía (2002:41):

“Una familia emocionalmente madura, suele mostrar una conducta de firmeza, serenidad, confianza ante la nueva situación (...) son familias que transmiten serenidad, son colaboras, haciendo ver a su hijo/a que esta situación es algo que se debe aceptar”

Ya casi era la hora de la cena y debíamos empezar a bajar niños a las habitaciones. Al acompañar a Chamy a la suya, la madre de David me llamó la atención desde el otro extremo del pasillo; me acerqué a ella y me enseñó contenta y con cierta timidez, lo que habían escrito, ella y su hijo, para el Diario de la Cometa, acompañado por unas profundas gracias.

Sorprendida, contemplé aquellos hermosos poemas, aquel caligrama increíble, con delicada y bella redacción. Esta mujer se estaba convirtiendo en una referencia por lo que humanamente nos aportaba: su valor, coraje, fuerza, su ternura... Impresionada, alabé el resultado de aquella imagen, de aquel poema. Belver y Moreno (2005:134) han profundizado en el estudio de las formas poéticas y discursivas de la imagen, que en este caso, tienen un original exponente en la obra de David y su madre: “La amplia zona de intersección entre los recursos expresivos que ofrecen los medios visual y verbal hace que, con frecuencia, se utilicen integradamente. En efecto: poesía visual y formas documentales del arte conceptual ratifican esa interpenetración y difusión de límites entre la dimensión formal de la escritura y la función discursiva de la imagen”.

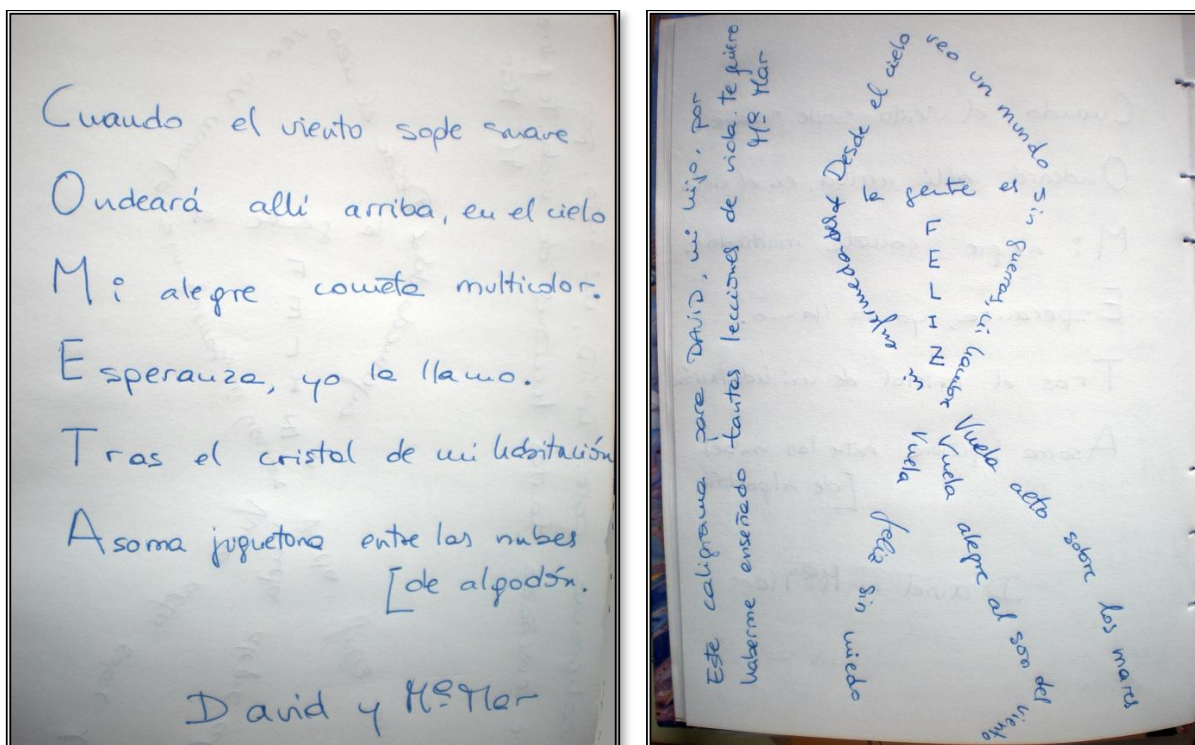


Ilustración 6.70: Acróstico y caligrama hecho por David y su madre. (FA)



En éste caso no expresó la realidad del marco sincrético de acción que el juego narrativo de la creación visual nos propone, como lo denomina Yanes Córdoba (2007), configurando una actividad motivada por el placer de su ejecución y continúa, definiendo la narrativa visual como instrumento técnico: "que favorece el autoconocimiento puede incrementar la actividad creadora del individuo, tornando accesibles las puertas de la fantasía; el individuo comprenderá que el mundo puede ser transformado y emprenderá la lucha contra lo convencional y lo preestablecido (...) cuestionando nuestra visión del mundo e incrementando la capacidad para conformar nuestra propia subjetividad" (p.242). Como hemos argumentado, aquella mujer, desde la emoción y el sentimiento, había convertido su aportación en arte.

Tuvo que ser una caricia, un gesto amable, una sonrisa que le ofrecí inconsciente, lo que motivara aquel especial acercamiento con la madre de David. Me miraba y cuestionaba perpleja, con asombro, mi estancia allí y la energía positiva que decía yo le irradiaba casi como si fuera un milagro para ella; se creó una fuerte unión entre las dos sobrecogiéndome sus palabras: "*No puedo entender cómo puedes dedicar tanto tiempo, de manera voluntaria, a estar aquí; que disfrutes ese tiempo tan intensamente y trasmitas tanto... Gracias porque es increíble y admirable lo que haces*". Reflexioné advirtiendo la importancia que había supuesto para esa madre y su hijo elaborar aquellas composiciones. Con unos poemas, la madre había logrado captar la atención de su hijo, involucrándolo. David no llevaba bien la situación. La aceptación de la enfermedad la exterioriza, normalmente, con apatía; a veces con momentos depresivos. Aquellas letras hicieron posible romper con su rutina negativa sirviendo de incentivo, de comunicación para el hijo y la madre animándolos a compartir juntos. Al respecto, Dalley (1987:16) afirma: "La actividad artística, entendida como medio para facilitar la expresión de contenidos emocionales, puede ayudar a las personas a abordar con mayor claridad sus problemas".

Rodo me recuerda contento que sólo quedan dos días para volar las cometas; de pronto me pide el Diario de la Cometa diciendo: "*Como yo siempre estoy aquí, ya verás cómo se me va a olvidar escribir en el diario... dámelo que ahora mismo escribo en él*".

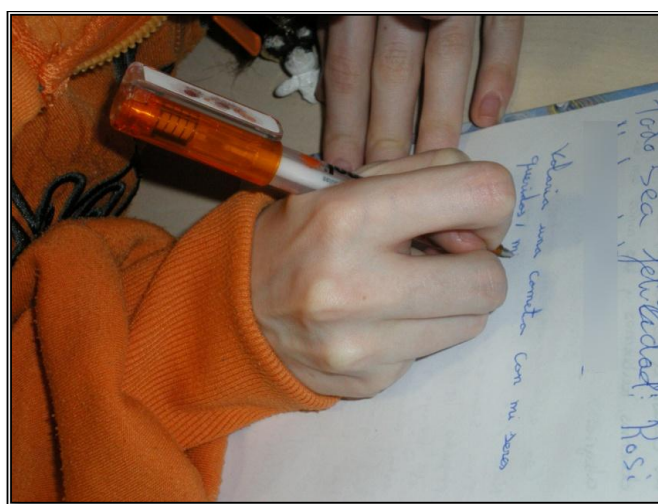


Ilustración 6.71: Rodo escribiendo en Diario de la Cometa. (FA)



Los carteles colocados por el hospital habían motivado aún más a los menores. Junto a Rodo, estaba Oscar, un niño nuevo que comenzaba a hacer una cometa que el veterano Rodo le había enseñado a fabricar. Cuando terminaron de hacerla, les propuse que crearan una poesía o un cuento para leerlo “*el día del vuelo*”. Oscar, a pesar de la timidez del recién llegado, se animó a ello y, sin pretenderlo, fue creando poco a poco una poesía, que tituló “**La cometa**” y de la que él mismo quedó sorprendido:

*“Volando sobre el alba, colores y colores deslumbraban sobre el Sol, brillo de amor, quitando el color del racismo y la enfermedad.*

*Ligeramente volaba sobre gritos de guerra, ansiados por el inalcanzable hilo de su sujetar.*

*Volaba y volaba la preciosa cometa gritando “libertad”*

*Cuando el hilo se perdió por las calles oscuras pidiendo ayuda se encontró con su conciencia.*

*Nunca se ha visto a la ligera cometa, perdida en el rincón del anhelo”.*

Con mis alabanzas y gestos de cariño, el joven se fue mostrando más integrado. María, la Auxiliar, sorprendida, lo escuchó recitar y propuso bajar a leérsela a las enfermeras de la planta; ya en ella, Pifi le dedicó su mejor halago confesándose como su admiradora. Lo hizo pasar a la sala contigua al control de enfermeras haciendo venir a varias auxiliares. Todos en corro. Expectación. Su voz comenzó a recitar tímida, y conforme avanzaba sobre sus versos, ganaba seguridad, firmeza, entonación, reflejándose en todo su ser, la satisfacción de la lectura. Al terminar, un sonoro aplauso lo recompensó, haciéndole respirar profundo. Su poesía se elevaría al cielo prendida en la gran cometa, el día del vuelo...



Ilustración 6.72: Oscar leyendo su poesía al grupo. (FA)





### 6.6.5.1. TALLER POÉTICO LITERARIO

La excelente respuesta que tuvo la simple sugerencia de pedirle a Oscar que hiciese una poesía para leerla el *día del vuelo*, me llevó a generalizar una propuesta sobre esa actividad: y establecer, paralelamente al taller de cometas, un **Taller Poético – Literario**, que motivara a los menores a realizar creaciones literarias que serían expuestas y leídas el día que se lanzara la cometa.

“El sufrimiento inspira al poeta, le da grandeza, sinceridad y seriedad a su manera de ver las cosas, estimula su imaginación psicológica y le da un vivo realismo a sus expresiones de ira y pasión (...) Su necesidad y empeño de producir una creación original, que inmortalice su concepción personal, pueden vencer hasta la dolencia más grave. La pasión por crear genera una fuerza de voluntad lo suficientemente poderosa como para vencer la peor enfermedad”. (Esaías Tégner, citado por Sandblom 1995:180)

La acogida fue ilusionante por parte de los menores ingresados que, una vez más, mostraron su avidez ante cualquier estímulo nuevo que pudiese -quizá de forma inconsciente- distraerles de su monótona, lenta y poco agradable estancia hospitalaria. Pronto se difundió la noticia y comenzaron, como en un juego, a redactar sus composiciones.

En Merino (2006:82) encontramos una referencia a Freud (1994) afirmando que:

“Todo niño que juega se comporta como un poeta, pues crea su mundo propio, o mejor dicho, inserta las cosas de su mundo en un nuevo orden que le agrada. El niño diferencia muy bien de la realidad su mundo de juego, a pesar de su investidura afectiva; y tiende a apuntalar sus objetos y situaciones imaginados en cosas palpables y visibles del mundo real. Sólo ese apuntalamiento es el que diferencia aún su jugar del fantasear. Ahora bien, el poeta hace lo mismo que el niño que juega: crea un mundo de fantasía al que toma muy en serio”

hecho que estábamos constatando permanentemente en las múltiples facetas artísticas y creadoras que estaban aflorando en los menores.

Al día siguiente, al leer la poesía de Oscar y sorprendidos por la composición, Rodo y Carmen decidieron ponerse también a escribir un cuento. La hermana de Darío, que acababa de llegar, les ayudó.

Era tarde de inquietudes. Emocionados, Rodo, Carmen y Rocío, esbozaban sus palabras uniendo sus ideas, ordenando los sentimientos que plasmarían en la historia. Agrupados alrededor de la mesa, mantenían en secreto el contenido de su relato, tapando el folio, todos a la vez, si alguien se acercaba; cuando lograban hilvanar una idea con una expresión bonita se aclamaban, se exaltaban, vitoreaban...



Ilustración 6.73: Carmen, Rodo y Rocío con su poema terminado. (FA)

Satisfechos y orgullosos acabaron el cuento que titularon: “*Encuentro de Ilusiones*”. Lo leyeron en voz alta para reafirmarse y, después de pasarlo a limpio, decidieron hacerse una foto con él; recordándonos a M.D. Hodges (1981) cuando “utiliza formas complementarias entre arte y poesía para tratar a niños leucémicos en estado terminal”. (Citado por Belver y Moreno, 2005:134)

#### ***Encuentro de ilusiones*** (Darío, Rocío y Carmela)

*Erase que se era un pequeño pueblecito en el que sólo había una cometa. La cometa estaba sola y triste, no tenía amigos con los que volar y jugar, solo unas cuantas personas que la trataban muy mal, y estaban demasiado ocupadas para poder jugar con ella.*

*Pero todo esto cambió cuando una mañana vio aparecer, arriba en el cielo, unos bonitos globos iluminados por el sol que traían consigo una grata sorpresa. La hermosa cometa, que era muy curiosa, se acercó a ver lo que era, y cual no fue su sorpresa, cuando descubrió que eran un montón de cometas que traían consigo mensajes de alegría, esperanza, amor, felicidad...*

*Pero para nuestra cometa eran algo más, alguien con quien poder hablar, volar, jugar, eran un montón de amigos que además traían las ilusiones de todos los niños del Hospital Materno Infantil.*

*Desde aquel momento todo cambió en aquel pequeño lugar, donde las cometas siempre fueron bien recibidas y la sonrisa de los niños iluminó el lugar para siempre.*





También Oscar, el ya *consagrado* como pequeño poeta, dedicó otro poema a las enfermeras, auxiliares y celadores, que colocaron en el tablón de avisos del control de enfermería, como se aprecia en la ilustración de la página siguiente, y del que se sentía muy orgulloso.

### **A las enfermeras** (Oscar)

*Enfermeras, corazones abiertos*

*sin parar y sin parar*

*¡Ayudar y ayudar!*

*Vestíme mi corazón azul,*

*que tengo frío como la nieve*

*Vestíme mi corazón perenne*

*de hojas: rojo y platino*

*Cual pinchazo ocupado*

*ya dicho mis hojas penurias*

*rojo y platino.*

*Cada hoja es una pena sin parar,*

*que alegría ¡Ayudar, ayudar!*

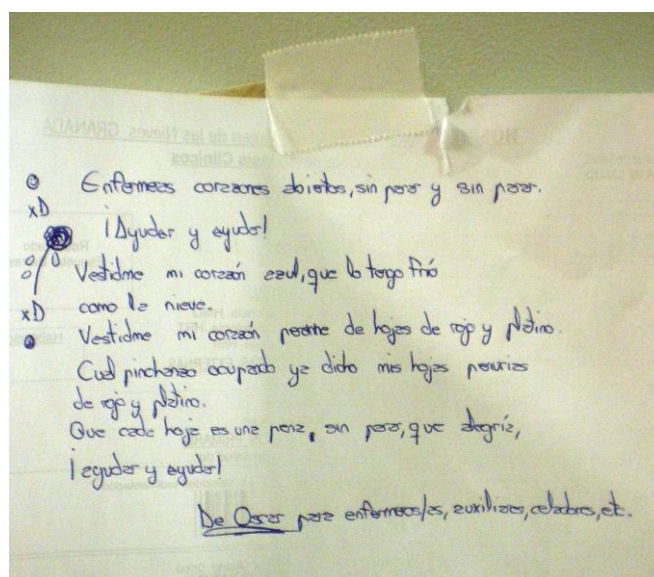


Ilustración 6.74: Poesía de Oscar a las enfermeras (FA)



**Parte de mí** (Chamy)

*Eres mi cometa de hilo,  
volando por el cielo estrellado.  
El sol te admira y las olas te miran  
como si fueras la dueña de cielo  
y la reina de un paisaje entero.*

*Cuando te miro veo en ti, lo que no vi,  
cosas que me fallaron  
y que vuelven a resultar  
amadas en mi corazón.*

Miguel Ángel, niño oncológico fallecido recientemente en la planta, estaba muy presente en la mente de todos y algunos participantes quisieron dedicarle a él sus poesías.

**Poemas a Miguel Ángel**

**La Rosa** (Oscar)

*Una Rosa liberada  
Un pétalo un amor.  
Llamando al escriba del olvido  
Cada pétalo es una pena,  
La pena de mi amor  
Tu eres pena, tu eres temblor  
Que sin rencor  
Yo llamo al escriba del amor*

**(Autor anónimo) \***

*Con tanto sufrimiento  
estoy yo viviendo  
y siento que estoy  
muriendo en esta vida  
de sufrimiento.  
Muerte acuérdate de mí  
que no quiero sufrir”.*

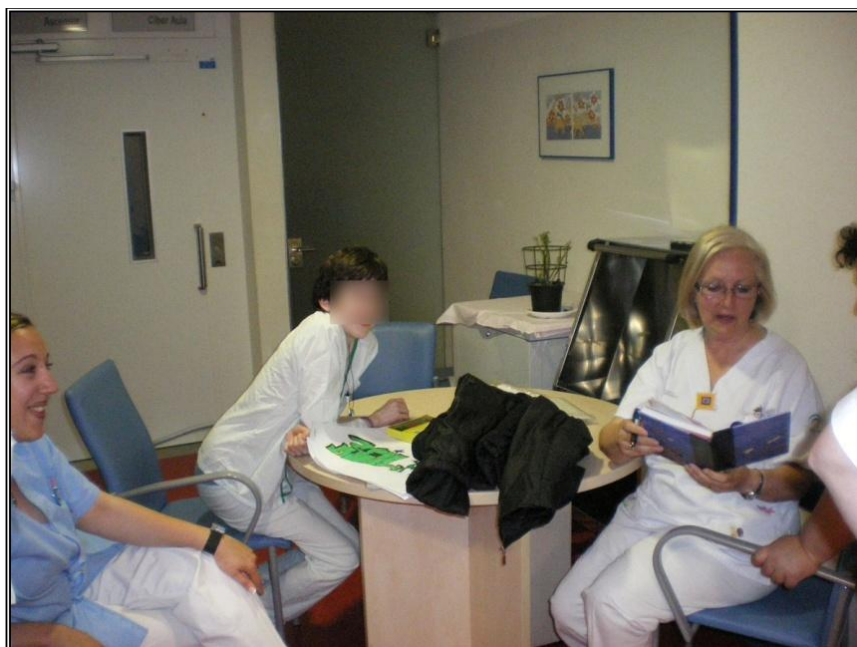
(\* ) Este poema de autor desconocido, alguien lo dejó junto a mis cosas el día del vuelo de la cometa.



**Sentimiento (Pifi)**

*Mi cometa la llevaría  
hacia un monte verde, verde, verde.  
Iría con mis niños,  
volando con alas de algodón  
en el otoño,  
Cuando las hojas se ponen rojas.  
Mis pensamientos  
tienen que ser libres y lo son.  
La llamaría y la llamo Confianza.  
Se la voy a regalar a un Ángel  
que tengo en el cielo...  
...La recibiría muy feliz ese Ángel.*

Fue creado, en principio, como relato para el Diario de la Cometa (Ilustración 6.107), pero al leerlo y releerlo (Ilustración 6.75), orgullosa su autora, le puso nombre al poema, sorprendida porque jamás había escrito algo tan bonito. Se quedó con una copia que enmarcó en el salón de su casa. También se la dedicó a Miguel Ángel.



*Ilustración 6.75: Pifi leyendo el 'Poema a Miguel Ángel'. (FA)*

“La escritura en el momento de hacerse y en el momento de leerse, y como raíz de ésta comprensión, está presente el encuentro humano, en el que lo similar y lo distinto se necesitan mutuamente para apreciarse”. (Sanmartín 2003:144)



Un autor granadino (M.P.G.), que deseó permanecer en el anonimato, al conocer la actividad, quiso sumarse a la misma con el poema "Mi curación ha empezado"

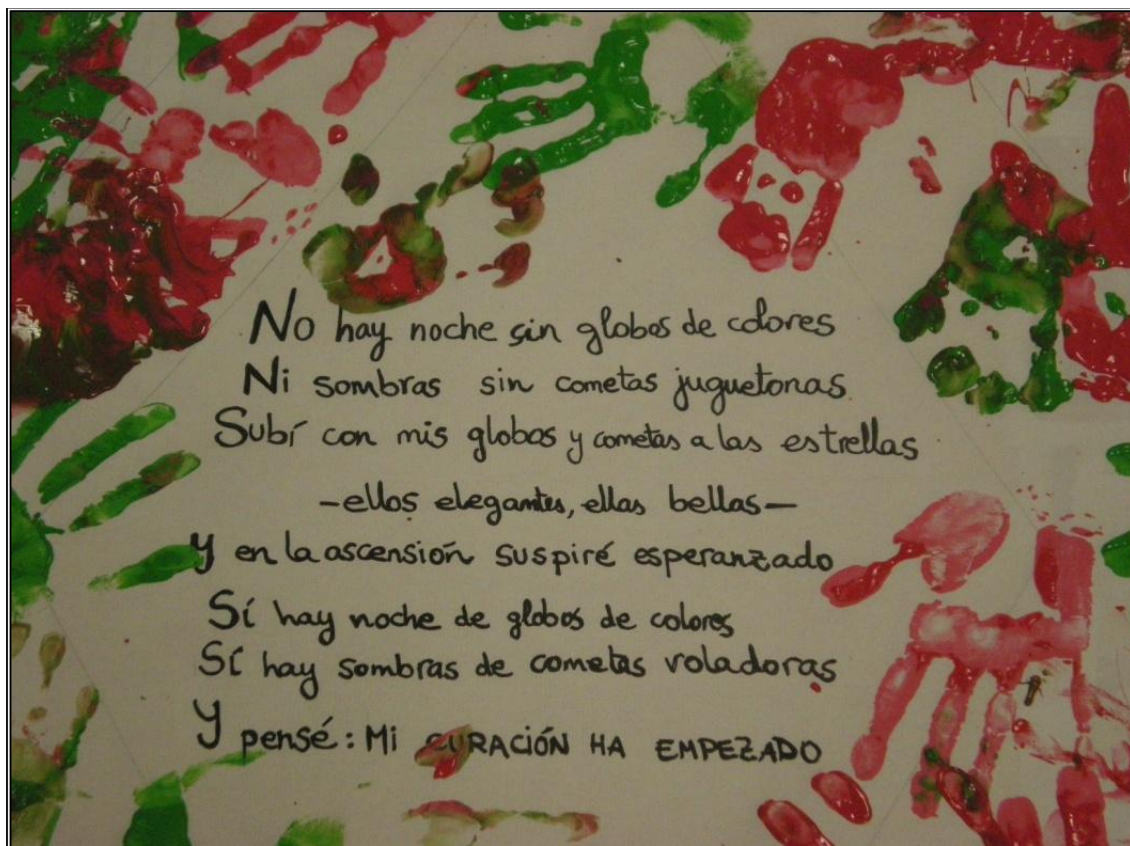


Ilustración 6.76: Poema de MPG, que ilustró la Cometa de Huellas (FA)

#### 6.6.5.2. REFLEXIONES Y VIVENCIAS

Conforme van transcurriendo mis días de estancia en el hospital, voy percibiendo más vivencias y, bien por la amistad y confianza que se genera con mi reiterada presencia, bien por la patente necesidad de abrirse a alguien que tienen las personas que están en ese entorno, surgen revelaciones, confidencias, reflexiones, como hemos ido viendo a lo largo del Cuaderno de Campo, y se seguirán narrando a lo largo de la experiencia...

La enfermera me pidió que fuera a ver a Ramón, que estaba muy decaído. Sin dudarlo fui a ofrecerle compañía.

Su puerta estaba cerrada. Llamé cuidadosamente confirmando autorización para entrar. La madre sonriente salió a recibirme invitándome a pasar y agradeciendo mi visita. Ella debía salir para hacer cosas en la calle y aprovechó ese momento. Ramón estaba absorto en la televisión. No parecía interesarle demasiado lo que había porque la observaba con cierto ademán de aburrimiento. Le propuse hacer un avión con palos de helado. Su gesto levemente se mostró interesado por mis palabras. Todo cambió cuando le enseñé un modelo terminado. Con un inesperado impulso lleno de vitalidad y asombro se levantó de su silla tomando entre sus manos la maqueta. Comenzamos a hacer uno.





Después de ordenar el material sobre la mesa le expliqué el proceso. Entrelazando nuestros brazos conseguimos crear una estructura que unía y sostenía las primeras piezas untadas con pegamento. La espera en aquella postura, aguardando a que la cola se secara, nos hizo reír y bromear... El bote de pegamento estaba prácticamente vacío. Tuvimos que ingeniárnoslas para extraer el contenido. Mi insistencia, agitando el bote y arrugándolo, volvió a unirnos en la risa. Exageré y repetí la acción a modo de juego estableciendo el mágico puente que Carbelo (2004:33) cita: "La risa es como un puente que se tiende al paciente, una complicidad necesaria para que se sienta acogido y comprendido, y al profesional le proporciona sentimientos de utilidad"; así fue en nuestro caso.

Decidí abrir el bote para extraer el pegamento con ayuda de un palo. Al principio la idea fue buena y útil. Así Ramón pudo usarlo un par de veces hasta que, sin darnos cuenta, el palo se quedó introducido en el bote. Asombro, complicidad de miradas y... más risas. Al tratar de sacarlo nuestros dedos quedaron manchados de cola aumentando la diversión. Ramón balanceaba su pequeño cuerpo sumido en una continua carcajada que entrecortaba con profundos suspiros para poder respirar. Una vez más juego y humor iban de la mano, casi una misma esencia como refiere Tizón (2001): "El humor es como un juego, una forma de juego que se asemeja al juego, incluso en su misma esencia" (Citado por Carbelo 2004:142)

En aquel momento la importancia de la construcción del avión había pasado a un segundo plano. De hecho estábamos tardando en acabarlo, pero estábamos jugando desde la sencillez, y disfrutando ¿Qué importaba el resultado? Mientras Ramón secaba sus lágrimas de tanto reír, seguía bromeando para continuar riéndose.

Reflexioné con asombro el buen ambiente que se había creado en la habitación. No eran necesarios grandes juegos para pasarlo bien.

Finalmente terminamos el avión. Ramón lo cogió para jugar con él y se le desprendió una pieza. Al unísono volvimos a reír. Nuestra risa no quería abandonarnos aquella tarde. Volvimos a pegarlo, entre bromas; la madre entró y se sorprendió de nuestra la diversión y con nuestras explicaciones, también se contagió y comenzó a reír con nosotros.

Ya era tarde y debía marcharme. Me despedí de Ramón y él lo hizo de un modo completamente distinto a cómo me recibió. Salí de la habitación orgullosa con la sensación de haber compartido mucho con el pequeño recordando, una vez más a Herrán (2001:169), al referir que "Cuando se ríe juntos se crea una complicidad, una conexión que transforma el contacto personal en algo más efectivo, *feeling*, un sentimiento y conexión entre las partes".

María, interesada, me preguntó cómo me había ido la tarde. Al comentarle el cambio que había notado en Oscar asintió con la cabeza: "*es un primor de niño, que necesita que le refuercen la autoestima*". Aquella frase se me quedó grabada para poder intentar potenciarla en sucesivos encuentros con el joven poeta.



Me despedí de María, aún debía quedarme un rato en el hospital colocando carteles del *Vuelo de Ilusiones*. Al salir a la calle llevaba conmigo una estupenda sensación de satisfacción. Había sido una buena tarde.

...Hoy he llegado al Aula antes. Había que dejar terminadas las cosas para el día siguiente. Preparé el material para acabar de retocar y pintar algunas zonas de la tela en la que irían puestas las cometas. Cuando llegó María propuso subir a Ramón para que ayudara. Además, como estábamos en una habitación aparte, podría quedarse más tiempo al no estar en contacto con otros niños por sus bajas defensas y tener mascarilla.

Pintó con esmero algunas letras de la pancarta; después Rodo llegó y decidió ayudarnos. Al poco tiempo, Carmen, una voluntaria, también se interesó por el proceso animándose a colaborar. Todos pintábamos mientras compartíamos nuestras anécdotas del día. Así, poco a poco, la pancarta fue llenándose de color.

Recordé a Rodo la idea que días atrás le propuse de escribir un cuento para leerlo el día del vuelo; Carmen apoyó la iniciativa y sugirió ayudarle a escribirlo.

Muchos menores, padres y personal que han participado en el taller de las cometas se acercaron al Aula para ver los preparativos. También vino la psicóloga, Loreto, que al ver la cometa con las huellas no pudo resistirse a dejar la suya. Un signo de identificación respaldo y apoyo a la experiencia.



*Ilustración 6.77: Loreto (Psicóloga) también quiso dejar su huella. (FA)*



Cuando Ramón terminó su trabajo lo observó diciendo que sus padres eran los más buenos del mundo. Su sencillez y sinceridad sobrecogían. Para que aquel piropo no se perdiera en el aire le conté la actividad del taller literario y le animé a escribir un poema para que lo regalara a sus padres con la manualidad realizada.

La idea le gustó y comenzó a escribir sus cariñosos pensamientos, convirtiéndolos en un emotivo poema: *"Mis padres son los más buenos del mundo. Los quiero mucho como a ninguno en el mundo. Como el corazón de mil enamorados en el puerto donde todos se quieren y se aman"*



Ilustración 6.78: Ramón leyendo el poema escrito a sus padres. (FA)

En la ponencia de Laura Caballo Rico *"Salud y arte infantil en oncología y trasplantes"* y que recogen Belver y Moreno (2005:139) refiere experiencias en las que se ha fomentado la creación literaria en ese entorno: "Nuestro trabajo ha tratado de potenciar la auto-narración infantil y ayudar a la expresión de esas historias que permanecían mudas en las mentes de los niños en el proceso de la enfermedad y la hospitalización. Para ello se les ha proporcionado material y la seguridad de que hacían algo valioso y eran acompañados en el camino"; así lo pudimos constatar nosotros cuando Rodo nos devolvió el *Diario de la Cometa* mostrándonos las reflexiones de sus compañeras de terapia. No deja de causar asombro leer esos relatos escritos que, mediante unas profundas y sinceras palabras, escalofrantes por la verdad que manifiestan detrás de la enfermedad que les afecta, la anorexia, buscan un suspiro de esperanza. Palabras que también **reflejan que la enfermedad está recibiendo el correcto apoyo terapéutico** por los nombres que le darían a la cometa:



*“La llamaría **Fuerza-Salida**, tienes que sacar tus fuerzas... para que nadie tenga que sostenerte”.* (Ilustración 6.121).

Lo que, una vez más, nos obliga a recordar a López Fdez. Cao y Martínez (2008:15) cuando refieren que: “(...) sus propias historias crean de nuevo narrativas de vida individual y global, interseccionándose, entretejiéndose: todas ellas hebras necesarias para un tejido común”

Al tiempo que a la cometa la llamaría Fuerza-Salida, María Jesús, escribía que deseaba volarla en una isla desierta, donde nadie pudiese verla. (Ilustración 6.121 ¡Increíble! La enfermedad la había llevado también a desear la soledad, el aislamiento que, de alguna forma coincide con lo expresado por Watteau en sus últimas pinturas, donde encontramos estos intentos patéticos y desapasionados por atrapar la fugaz alegría y permanecer para siempre en Citeria, **la isla donde no existen las penas ni los sufrimientos**.

Son conmovedoras las frases de apoyo y esperanza que ésta muchacha, M<sup>a</sup> Jesús, dedica a Rodo (Ilustraciones 6.121 y 6.122) empleando palabras que ponían de manifiesto la enfermedad, en términos como:

*“Yo siempre tengo frío...”*

*“Me gustaría que Rodo volara así...”*

*“Tengo la ilusión de verte fuera de aquí”*

También, de forma similar, Helena escribe palabras que, desde la enfermedad, parecían confesar ocultos sentimientos a la hora de expresar de quién querría recibir el regalo de una cometa: *“Me gustaría recibirla de cualquier persona que me quiera o de ti Rodo! (indirecta). Un abrazo! Te quiere mucho. Helena”* (Ilustración 6.119)

Ambas chicas fueron similares en su escritura, pero cada una con su huella, con su historia y comprobamos la implicación de las personas que participaban, volcando sus sentimientos de forma autobiográfica en el *Diario de la Cometa*.

La cometa de las huellas y todas las pequeñas cometas, con su deseo colgado, estaban ya preparadas para el añorado **Vuelo de Ilusiones** y el día se despedía de nosotros deseándonos suerte con un hermoso atardecer...



Ilustración 6.79: Cometa de huellas y pequeñas cometas con sus deseos. (FA)

Como en la noche de Reyes, había en el ambiente una inquietud mágica por dormirse pronto y que enseguida llegara **el día soñado**...

La jornada la cerró Magdalena, Auxiliar de Enfermería, dedicándole a Rodo y a todos los niños una tierna página en el Diario de la Cometa (Ilustración 6.117) y un cariñoso beso de despedida.

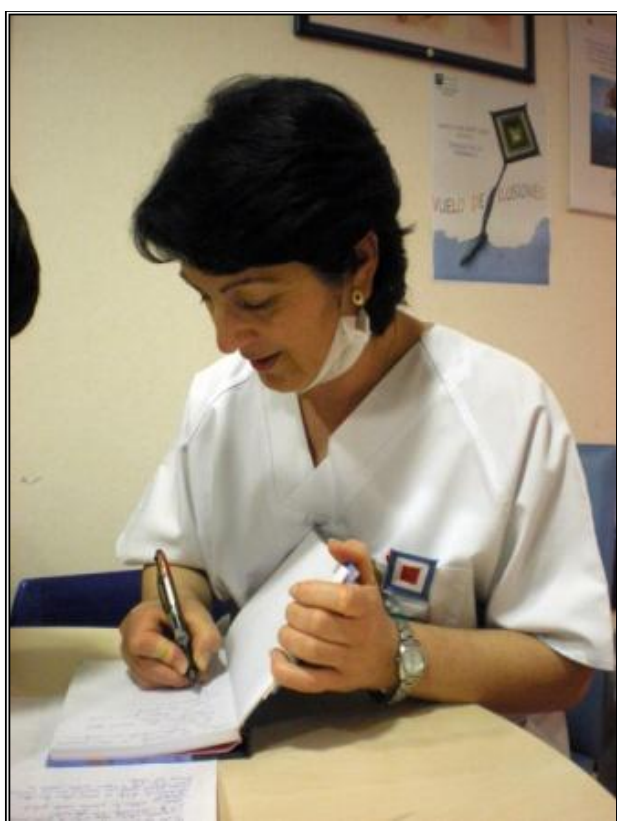


Ilustración 6.80: Magdalena (Auxiliar) escribiendo en el Diario y besando a Rodo. (FA)





### 6.6.6. EL DÍA SOÑADO



Ilustración 6.81: Niños viendo elevarse la Gran Cometa. (Foto de Elena)

Hoy es el gran día; en el Aula, los maestros y otros voluntarios trataban de revisar los últimos detalles. Mercedes se nos acercó sonriente e ilusionada. Los voluntarios, las enfermeras, Manuel –el técnico que inflaría los globos con helio- y cómo no, los niños, los auténticos protagonistas, que daban los toques finales a sus cometas y a los textos con sus deseos.



Ilustración 6.82: La gran cometa, portadora de los deseos. (FA)



Se empezaron a hinchar los globos mientras que M<sup>a</sup> José nos ayudaba con la tela a la que, tumbada en el suelo, se le iban prendiendo las pequeñas cometas y las etiquetas con los deseos.

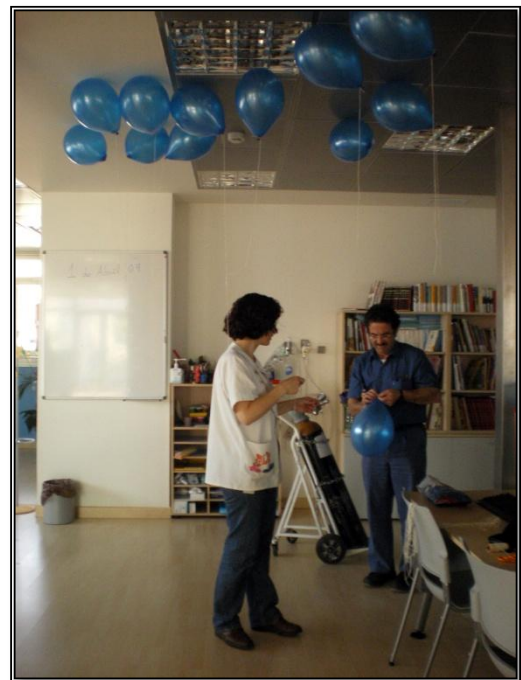
Los maestros, algunas voluntarias, Rober... comenzamos a anudar los globos y a atarles cuerdas.

La emoción de ver el primer globo inflado ilusionó a todos los presentes. Observar cómo ascendía y se quedaba pegado en el techo, nos hizo sonreír a más de uno, que continuamos colaborando cada vez más animados y divertidos. Las primeras bromas surgieron. Todos sentimos la necesidad de hacernos fotos con aquellos globos que, por elevarse solos, parecían ser mágicos.



*Ilustración 6.83: Rodo con los globos (FA) y Globos en el techo (Foto de Rodo)*

Debíamos trabajar y coordinarnos en grupo para conseguir tenerlo todo preparado.



*Ilustración 6.84: M<sup>a</sup> José (Auxiliar) y Manuel (Técnico) colaborando en los preparativos (FA)*





En la terraza, y también con forma de cometa, se empezaron a exponer las poesías que habían escrito los menores para la ocasión



Ilustración 6.85: M<sup>a</sup> José y Rodó colocando los poemas en la terraza (FA)

Con un enorme ovillo de lana que M<sup>a</sup> José había traído de su casa íbamos atando los globos; era como un día mágico en el que todo era posible. Los que estábamos allí formábamos un eficiente equipo de trabajo; todos aportábamos nuestra pequeña colaboración. Terminamos pronto y muy contentos decidimos hacernos una foto para el recuerdo:



Ilustración 6.86: Equipo de trabajo con la Gran Cometa terminada (Foto de Manuel)





Pronto llegó la hora anunciada y el Aula comenzó a llenarse de gente, de miradas, de deseos...



*Ilustración 6.87: Familiares y enfermos empiezan a llegar al Aula (Foto de Elena)*



*Ilustración 6.88: Incluso los niños más delicados también subieron al Aula (FA)*

No sólo se fijaron en la sábana cometas con deseos, al final la ilusión y la esperanza colectiva hicieron que la mayoría de los asistentes al acto graparan en la tela un papel con su deseo. Para participar en la ilusión ya no eran necesarias las cometas, bastaba un trozo de papel para integrarse en aquella alegría y esperanza generalizada.

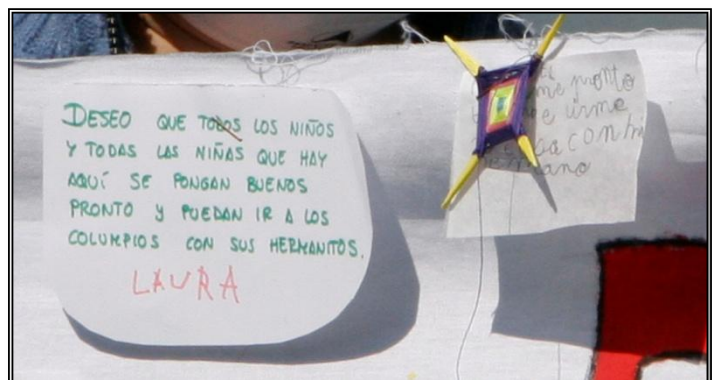
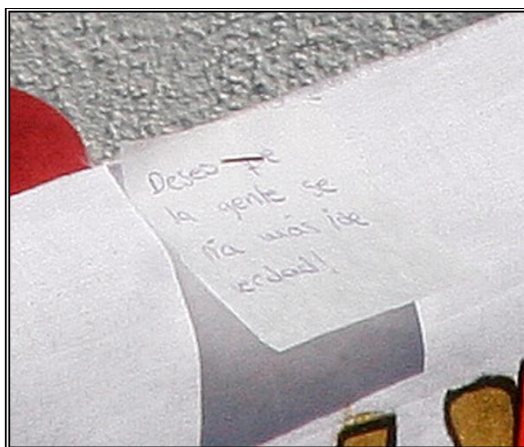
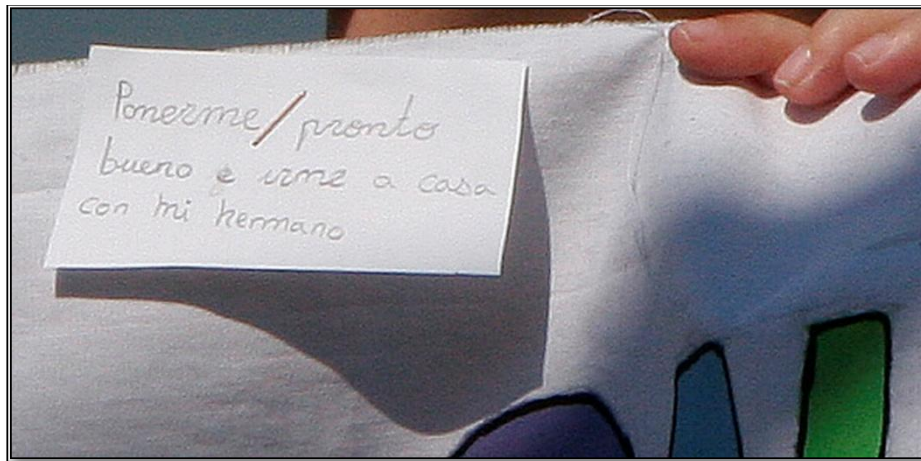
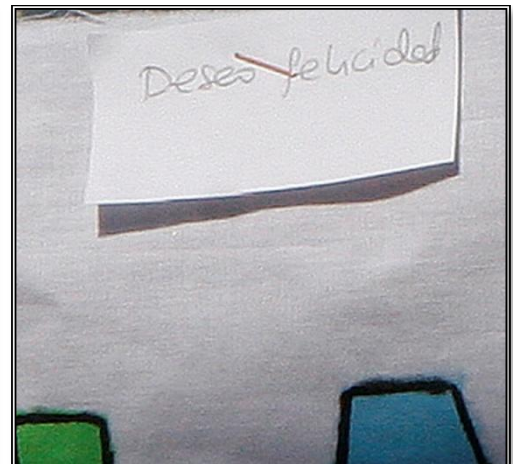
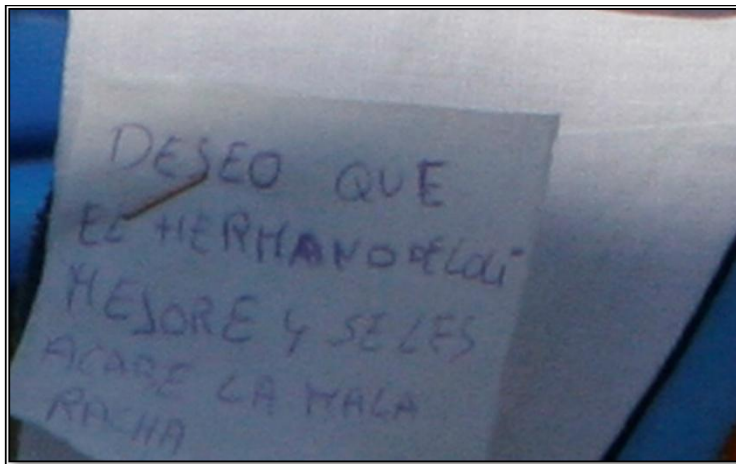


Ilustración 6.89: Deseos de los asistentes fijados con grapas a la cometa (FA)

Nos sorprendimos al ver a Manuel y a su madre llegar al Aula. Sabíamos que quería estar pero dudábamos si podría hacerlo porque su salud había empeorado últimamente.

A pesar de ser un niño que no se ha implicado demasiado en el taller de las cometas, sus ganas de venir hicieron convencer al médico, que le concedió el permiso para subir, aún sin encontrarse recuperado del todo.





La madre comentaba, sonriente, nada más llegar al Aula que: *"en cuanto le han dicho que podía salir de la habitación, le cambió la cara y ha querido subir corriendo, ilusionado; parecía que se le había quitado todo"*. Durante el acto lo vimos sonriente, sin molestias y con un ánimo alegre.

En López Fdez. Cao (2008:15) se recoge esa especie de metamorfosis: "Lugar paradójico para la magia y lo innombrable (...) ofrece un espacio para la transformación, porque la participación en la creación nos resitúa, nos desplaza para emplazarnos de nuevo, nos transforma. Por ello, estas acciones suponen algo terapéutico:(...) activando la cura a quien abre su herida y la muestra al público, aliviando el dolor en quien lo comparte..."

Mientras ultimábamos los preparativos nos sorprendió ver que Jesús estaba allí, a pesar de su *traqueotomía* y su regular estado, pero el padre nos dijo que habían **venido de su pueblo expresamente al acto** *"porque no querían perderse"*... y continuó diciendo *"que no venían para un ingreso, que hoy habían venido al hospital con otro motivo mejor, un motivo de diversión... aunque tengamos que volver por necesidad en unos días, para el ingreso"*. Conmovidos por su interés y participación nos alegramos sobremanera, porque el pequeño había sido uno de los inauguradores del taller. Su sonrisa y su cara de emoción se mantuvieron durante toda la mañana.



*Ilustración 6.90: Josema, que desde su pueblo, vino con su padre al acto (FA)*



El Aula era un bullicio de familiares, pacientes, personal sanitario, fotógrafos, periodistas... Antes de salir a la terraza donde se volarían las cometas, tuvimos que permanecer esperando bajo la atenta mirada de los asistentes que solicitaban un tiempo para grabar aquel instante en la memoria de sus fotografías. La emoción de los pequeños y mayores iba creciendo.



*Ilustración 6.91: Los niños preparados para Salir a la terraza del Aula con la Cometa (Foto de Elena)*

La intensa labor que describe Sandblom (1995:43) había llegado a su fin; “La obra de arte es arte y trabajo; es arte que surge del trabajo invisible. Aún cuando se conciba con ardiente pasión y se haya creado con placer, el arte normalmente surge tras una intensa labor” o como refiere Gustav Mahler (en Sandblom 1995:15): “El arte real y la experiencia real son una misma cosa (...) continua intensificación del sentimiento, desde la existencia elemental confusa e inmovible (de las fuerzas de la naturaleza) hasta la tierna conformación del corazón humano, que a su vez apunta hacia una región más allá de sí mismo y la alcanza”

Con unas nerviosas y emocionadas palabras iniciamos el acto mientras los menores aguardaban leer las composiciones literarias que habían escrito para ese día, generalmente poesías, lo que nos recuerda a Gadamer y Argullol (1998) en su obra “La actualidad de lo bello” cuando afirman que: “Mientras la historia sólo narra lo que ha sucedido, la poesía cuenta lo que siempre puede suceder. Nos enseña a ver lo universal en el hacer y el padecer humanos” (23)

Una vez más la propuesta sobrepasó las expectativas. A última hora y con nuestra agradable sorpresa, se sumaron a la lectura, otros pacientes que, por su cuenta, habían creado narraciones, para unirse al acto.





*Ilustración 6.92: Los portadores de la Cometa, posando para los fotógrafos (Foto de Elena)*

Tras las palabras de agradecimiento a todos los menores y al personal por su implicación los niños comenzaron a leer sus composiciones poéticas. El nerviosismo y la felicidad les invadía y se apreciaba el orgullo de saberse auténticos protagonistas...

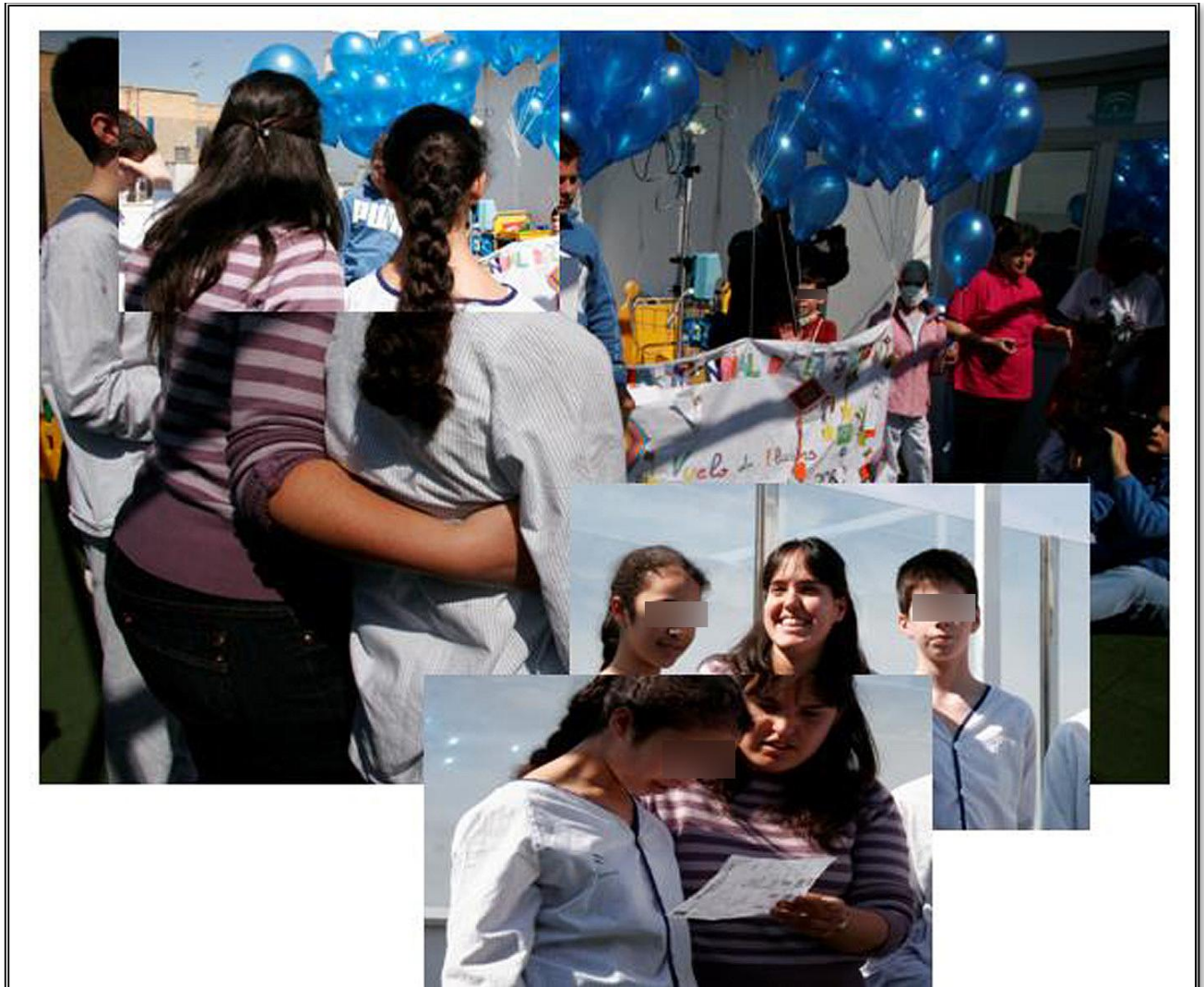


*Ilustración 6.93: Oscar lee su composición en compañía de Rodo y la autora (Foto de Elena)*





Mientras los menores leían, sostenía a Fátima, la pequeña con la que había que dialogar alma con alma, -porque nuestras culturas y lenguas eran distintas-, ya que su enfermedad, le impedía mantenerse de pie por sí sola... unos momentos de apoyo mutuo, pero recordando a Vigotsky (1934, citado por Baquero 1997) el pensamiento no era necesario expresarlo simplemente con palabras si no que es el propio pensamiento el que nos llevaba a establecer relaciones, y crecía y se desarrollaba la relación resolviendo el problema inicial de la barrera del idioma.



*Ilustración 6.94: Fotomontaje de la autora del momento de la lectura (Foto de Elena)*

Los intensos aplausos que sucedían a cada lectura reconfortaban a los menores y les producían muecas vergonzosas. La actitud de Oscar nos sorprendió; recibió los aplausos con total orgullo. Enderezó su cuerpo, ensanchó su pecho y dedicó una amplia mirada al público llena de satisfacción. Con aquel reconocimiento había recobrado la seguridad que, durante la lectura y en su vida habitual, no tenía.

Tratábamos de retener cada detalle, cada palabra, cada gesto que iba sucediendo, embriagados por la emoción. Cada pequeño detalle parecía inmenso. Era un privilegio estar rodeada por... **tanto.**



Aquel acontecimiento era como una metáfora tejida (Hernández Merino. 2006:80) por los/as niños/as ayudándoles a suturar, en medio de su proceso doloroso, su enfermedad, abriéndose el caudal que les permitiría a ellos, a familiares y participantes, a seguir creciendo a través de los sueños, de la creatividad y del juego; a través de esas hebras de continuidad de la vida.



*Ilustración 6.95: Fotomontaje de la autora de algunos menores durante la lectura (Foto de Elena)*

Al terminar las lecturas, supimos que el momento cumbre había llegado. Emoción, incertidumbre, expectación. "¿Se *elevará...*?" Se llevó la tela hacia el extremo de la terraza. El volumen de los globos dificultó, en un principio, que las cometas ascendieran. Parecía que aquellos deseos, de sentimientos tan profundos, no querían despegarse de sus autores. Quizá fue de nuevo la ilusión, la que posibilitó que los deseos ascendieran...

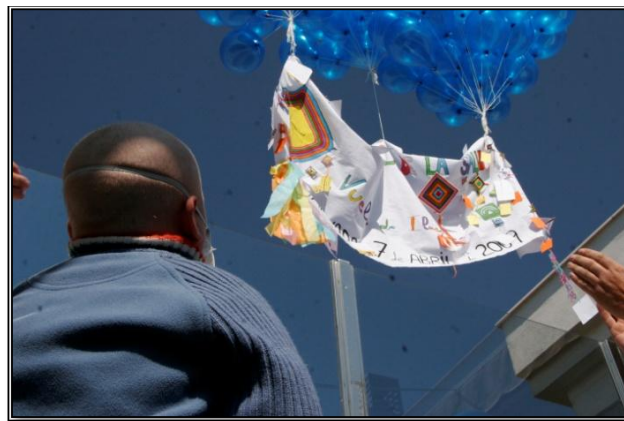


Ilustración 6.96: Momentos de inicio del vuelo de la cometa (Foto de Elena)





*Ilustración 6.97: Dos menores junto a un familiar contemplan el vuelo (Foto de Elena)*

La gran cometa se despidió de nosotros en el cielo con una bella danza que le agradecemos con aplausos, alabanzas, piropos...

La emoción hizo que nuestros ojos y los de algunos asistentes, no pudieran evitar inundarse de lágrimas de alegría, de esperanza... que descargaban la tensión acumulada de la jornada.

***¿A dónde llegará? ¿Quién leerá los mensajes? ¿Se harán realidad?***

Un montón de preguntas surgían en nuestras mentes. Quizá aquellos instantes de ilusión permitieron cumplir, parcialmente, muchos deseos que ya volaban al cielo. En la tierra quedábamos nosotros llenos de la satisfacción por el mágico hecho.

Algo vivo brillaba en mi alma con varios colores. Colores de agradecimiento, de ilusión, de satisfacción. Algo que me hacía crecer y crecer, como si yo también fuera alcanzar el cielo.

Felicitaciones, abrazos, besos, caricias de manos desconocidas... Las lágrimas se fueron secando mientras acompañábamos a Fátima a sentarse en el interior del Aula.

Mercedes nos abrazó cariñosamente mientras que me llevaba de nuevo a la terraza. Allí nos aguardaba la Delegada de Salud, D<sup>a</sup> Elvira Ramón, y varios representantes de medios de comunicación, que cargaban con aparatosas cámaras



De repente, y sin ser demasiado consciente aún, me vi rodeada de micrófonos, hablando con personas desconocidas interesadas sobre el origen y desarrollo de la experiencia.



*Ilustración 6.98: La autora, junto a la Delegada de salud, ante algunos medios. (Foto de Elena)*

Aún sin ser ese nuestro objetivo, el área de prensa del Hospital se encargó de anunciar el día en que iba a tener lugar el “Vuelo de Ilusiones” y, en el Anexo 1, se ilustra la difusión que el acto tuvo en los medios locales.

Sentí la necesidad de agradecer el trabajo a Manuel, el técnico que infló los globos. Sin él no hubiera sido posible la experiencia. Quise recordarlo haciéndome una foto con él. Bromeé en mi agradecimiento sugiriendo que, para la foto, “nos haría falta coger un globillo”. Su risa y la mía se desbordaron unidas en una cariñosa carcajada.



*Ilustración 6.99: La autora, junto a Manuel, Técnico del Hospital (Foto de Elena)*





Cuando casi había acabado todo, vimos aparecer por la puerta de la terraza a Lorena y a su madre. Tristes, pero sonrientes, lamentaron no haber podido llegar unos minutos antes. Le habían estado haciendo una prueba a Lorena que les impidió llegar a tiempo. Aunque no físicamente presentes, sí estuvieron allí con el alma, por el sentimiento y emoción que pusieron con la construcción del mural. Resignadas, conformándose, decidieron hacerse una foto con él.



“Lo que realmente se experimenta en una obra de arte, aquello hacia lo que uno se polariza en ella, es más bien en qué medida es verdadera, esto es, hasta que punto uno conoce y reconoce en ella algo, y en este algo, a sí mismo”

Gadamer (1993:158, en Bech, 2012)

Ilustración 6.100: Lorena y su madre junto a la cometa de huellas (FA)

El punto de emoción final llegó mientras recogía algunos materiales de la terraza, cuando ya estaba vacía; Antonio, el Maestro, se acercó y se unió a mí en un profundo abrazo

“Lo que has hecho es realmente terapéutico”

Antonio



Ilustración 6.101: La autora, junto a Antonio, Maestro del Aula (Foto de Elena)



Citaré a este respecto, identificándome plenamente con ella, la reflexión de E. López Pérez, (2007:76) que afirma: “Así, me dispongo a abrir mi preconsciente al abrazo, al encuentro con el otro. No en la búsqueda del sentido último, aséptico, de sus palabras, de sus actos o de sus productos, sino en la comprensión de su emoción, para entrar en sintonía con él, en un espacio de inclusiones recíprocas. Yo, dispuesta a ser sostén del otro, encuentro asimismo, en esta comprensión empática, el sostén que necesito yo misma. Me devuelven el abrazo, sin ser conscientes de que sus miradas, sus palabras y sus gestos también me envuelven a mí”



Ilustración 6.102: Antonio, M<sup>a</sup> José e Isabel, también maestra, con la autora (FA)

En una entrevista abierta con Antonio después del acto, comentó que la actividad ha sido terapéutica y de gran valor, asegurando que *“se había conseguido mucho, había sido algo terapéutico. Es muy importante que los niños tengan actividad, pues cuando pegan la oreja a la almohada, malo...”*

Antonio, que a mi llegada no entendía la presencia allí de una Licenciada en Bellas Artes y receloso, me preguntaba *“¿Cuál es tu cometido aquí?”* con el paso de los días y las experiencias juntos, me dijo convencido: *“al final vas a dejar huella”*.

Esa mañana, el antes frío Antonio, me abrió completamente sus sentimientos al comentarme, que él estaba allí a raíz del fallecimiento de un familiar, y pedir plaza expresamente en el Aula. *“Aquí los niños valoran tu trabajo y te dan mucho, aunque es muy duro. No te puedes hacer amigo de todos, tienes que saber guardar una distancia”* y continuó diciéndome: *“Tu aquí has conseguido mucho más de lo que crees: has conseguido que se ilusionen y eso es terapia”*; supongo que eso es como *“...la pincelada de magia que supone el que alguien pueda devolverte la salud, junto a la indefensión que ante la enfermedad siente el ser humano.”* (Fernández Sierra, 1992:107)



El "Vuelo de ilusiones" también llegó a las habitaciones... los familiares, las enfermeras, bajaron globos azules a los menores que no habían podido subir a la terraza y que, de esta forma, se unieron también a la ilusión.



*Ilustración 6.103: Habitación de César, que su estado le impidió asistir al vuelo (FA)*



## 6.7. RESULTADOS

*Un hombre feliz hace tanto bien como una medicina.*

Proverbios, 17:22

### 6.7.1. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

Qué duda cabe, que después de una experiencia investigadora de este tipo, es preciso hacer una reflexión, un estudio del cumplimiento de los objetivos propuestos. Es difícil desde la subjetividad que implica la dualidad actor-analista, que ese análisis sea totalmente imparcial; debería ser un observador externo el que juzgara, y aún así, convencidos del *valor curativo de la risa* y la positiva repercusión en el buen estado de ánimo, tenemos que preguntarnos ¿Cómo se podría cuantificar el resultado? ¿Cómo conocer **cuánto ha curado** un enfermo que, por unos momentos, ha sido feliz?

Hecha esta salvedad hay que poner de manifiesto que el **objetivo general** se ha cumplido plenamente, pues se trataba de proporcionar momentos de distensión, que permitieran hacer más llevadero el tiempo en el hospital.

En este sentido, las propuestas lúdico artísticas desarrolladas han paliado muchas situaciones de estrés emocional, siempre atendiendo a la demanda de cada situación y, por supuesto, algunas de ellas han generado auténticos paréntesis de distensión con una implicación grupal y multilateral, que las previsiones más optimistas nunca hubieran supuesto.

De igual forma, los **objetivos específicos** que se citaban en el capítulo correspondiente, también se han cumplido:

- Se ha podido conocer el entorno de la enfermedad grave infantil y comprobar que, con el simple hecho de estar y compartir, se han podido paliar muchas situaciones de sufrimiento, dolor, ansiedad y soledad, tanto de los menores hospitalizados, como de sus familias. A lo largo del Cuaderno de Campo (6.6.2) y en el apartado Hechos Concretos (6.7.5), figuran casos explícitos que así lo confirman.
- La comunicación entre el personal sanitario, padres y madres, niño/a hospitalizado, ha sido fluida y creando relaciones cordiales, cercanas y dando lugar a entrañables momentos de los que he tenido el honor de ser una observadora privilegiada. Además, esta mejor comunicación, sin duda, ha potenciado la expresión de sentimientos y pensamientos, mejorando la confianza en el personal sanitario.



- Con los distintos talleres se ha proporcionado un ambiente lúdico-creativo que ha ofreciendo diversas posibilidades para el tiempo libre, a través del juego, la ilusión y el humor, que han posibilitado hacer más llevadero el tiempo de su enfermedad y hospitalización.
- Se ha constatado que, el estímulo de las potenciales facetas artísticas de los menores, les han permitido explorar y comprender nuevas situaciones a través del disfrute y la esperanza.
- Hemos podido confirmar, personalmente y a través de las propias manifestaciones de los protagonistas, que las actividades desarrolladas han supuesto un beneficio anímico y un alivio terapéutico durante la estancia en el hospital.
- Por el contrario, no se puede afirmar que esta experiencia pueda impedir en lo sucesivo la angustia, ansiedad, tensión miedo que, inevitablemente, sienten los menores ante la hospitalización, aunque sí es obligado citar dos casos ilustrativos:
  1. Un niño no quería marcharse de alta a su casa para no perderse la asistencia al taller de cometas.
  2. Otro menor de ocho años, con traqueotomía realizada, estando ya de alta en su casa, el día del Vuelo de Ilusiones, se desplazó expresamente desde su pueblo al hospital para asistir al acto.

Casos que son suficientemente explícitos como para no cejar en el empeño de fomentar este tipo de actividades desde cualquier ámbito: institucional, promocional o particular.





## 6.7.2. CONCLUSIONES DE LA EXPERIENCIA

De manera general, podrían resumirse así las conclusiones obtenidas:

- a) Alta motivación y aumento de la ilusión/esperanza de los niños/as y familiares, con beneficios terapéuticos. Las propuestas han tenido muy buena acogida por parte de familiares, personal terapéutico-sanitario, docentes y menores. Todos han participado con gran interés, implicación y motivación durante el proceso.
- b) Ha sido un proceso en el que se ha facilitado y potenciado la comunicación interpersonal y ha existido un positivo intercambio de experiencias, fruto de las relaciones entre los sujetos implicados, que ha generado situaciones terapéuticas y humanas de alto valor educativo.
- c) Junto con las capacidades creativas, cognitivas y motoras se han desplegado, a la vez y de forma natural, otros potenciales de los menores que no están afectados por su disfunción, tales como la capacidad apreciativa y de expresar preocupaciones y emociones, el disfrute, el estado de ánimo positivo, la interiorización... que, al generarse, contribuyen a potenciar y mejorar la salud del enfermo y, por tanto, su calidad de vida.



### 6.7.3. DATOS RECOGIDOS

Como hemos podido comprobar a lo largo de la experiencia las realidades vivenciadas han sido una fuente permanente de información que han empoderado los datos transcritos logrando una base importante para su análisis.

Se ha creído conveniente mostrar, de forma concreta para esta experiencia, los cuatro aspectos en que podíamos agrupar dichos datos:

- a) Hechos relevantes, reflexiones autobiográficas, biográficas e historias de vida narradas cronológica y subjetivamente por la autora: Cuaderno de Campo (6.6.2).
- b) Transcripciones literales –por tanto, plenamente objetivas- de momentos y acontecimientos obtenidas a partir de las manifestaciones íntimas de: enfermos, familiares y personal terapéutico, con la descripción escueta de una situación o vivencia: Relatos de situaciones (6.7.5).
- c) Entrevistas directas a los protagonistas (6.7.6), y expresiones íntimas de sentimientos, pensamientos y reflexiones autógrafas de los participantes reflejadas en las composiciones del Taller Poético-Literario (6.6.5.1) y, sobre todo, en el Diario de la Cometa (6.7.7).
- d) Conocimiento de la repercusión social de la experiencia narrada por personas ajenas a la misma, por lo que, en principio, aportan un juicio externo, objetivo y profesional de una percepción externa a los participantes, mediante su información audio-visual, en Anexos A.1.1 y A.1.2.

Por tanto, consideramos que, esa visión cruzada nos garantiza una amplia percepción de los datos que, desde su interacción, definen y dan forma a la propia experiencia.



#### 6.7.4. PERSONAS Y CIRCUNSTANCIAS

Haremos a continuación una descripción representativa de algunas de las **personas** y sus **circunstancias**, que a modo de muestreo, estimamos que es conveniente situarlos ante el analizador de la investigación, para que pueda conocer algo más a los auténticos protagonistas de la experiencia, a fin de facilitar la comprensión de los resultados de la triangulación de reflexiones autobiográficas, biográficas e historias de vida que se describen en 6.6.2 y 6.7.5.

##### 6.7.4.1. PACIENTES

**Paciente 1 (Jesús):** 8 años. A consecuencia de un tumor, tiene practicada una traqueotomía. Depende de constantes ingresos y visitas al hospital. El pequeño apenas se relaciona con otros niños/as porque habla con dificultad. Se muestra tímido, débil, siempre acompañado por su padre con el que está muy unido. Es muy habilidoso y entregado a las actividades que hace.

**Paciente 2 (Rodo):** 13 años. Lleva un año ingresado. Tiene anorexia. Debido a su dilatada estancia en el hospital tiene mucha confianza con todo el personal; gran adaptación al entorno hospitalario. Es donde mejor se siente. Se aferra a él. **No anhela estar en su casa.** Problemas familiares. Es arropado por todos, circunstancia fomentada por su forma afectiva de ser. Su implicación fue muy alta con el taller de las cometas, que en un principio no le motivaba. Su ilusión fue clave para difundir la actividad del Aula en las habitaciones. Involucró también a sus familiares. Existió mucha unión-complicidad con él.

**Paciente 3 (Ramón):** 6 años. Debido a su enfermedad, leucemia, permanentemente se encuentra bajo de defensas. Precisa atención especial. Debe estar en su habitación y, excepcionalmente, en el Aula cuando no hay otros menores, por lo que a penas se puede relacionar con otros niños/as. Demanda mucha atención. Es hijo único y maneja su enfermedad: está muy consentido, caprichoso y algo rebelde. Con este niño se ha tenido frecuente trato para poder cubrir-solventar sus carencias llegando a establecerse mucha unión. En nuestros encuentros comentaba, que le *“encanta la playa y echa de menos Salobreña, que es donde va de vacaciones en verano”*.

**Paciente 4 (Santi):** 10 años. Leucemia, lleva poco tiempo ingresado. La enfermedad no está demasiado avanzada y el pequeño tiene una actitud aparentemente saludable. Es muy participativo y activo. Únicamente los días del tratamiento se ha mostrado un poco más débil. Los padres no se muestran muy afectados. Tienen esperanzas de una pronta recuperación. Asiste con frecuencia al Aula y se divierte mucho.



**Paciente 5 (Lorena):** 7 años. Su ingreso es puntual para una intervención. Tiene hidrocefalia. Es una niña alegre aunque algo tímida al principio. Participa en cualquier juego que le propongas. Siempre está acompañada de su madre.

**Paciente 6 (David):** 14 años. Tiene cáncer de huesos. Larga estancia en el hospital. Es de fuera y añora su tierra. Recientemente le han amputado una pierna. Va en silla de ruedas. Al principio no era participativo. A partir de fomentarle su afición por los **grafiti**, experimenta un cambio de ánimo total. Aumenta su ilusión.

**Paciente 7 (David):** 14 años. Tiene leucemia con trasplante de médula. Sucesivas intervenciones y recaídas. Situación bastante grave. Es un niño muy tímido. La aceptación de la enfermedad la exterioriza, normalmente, con apatía. Los **padres** están llevando todo el proceso con bastante entereza. La mayoría del tiempo, están los dos con él.

**Paciente 8 (Manuel):** 5 años. Leucemia. Es un niño serio, observador. Al principio es aparentemente distante. Necesita tiempo para ganar confianza, sin embargo, cuando lo hace es un niño muy asequible.

**Paciente 9 (Oscar):** 12 años. Leucemia. Es muy tímido y poco relacionable, hasta que, gracias a las cometas, descubre su capacidad artística y comienza a escribir poesías. Su protagonismo se patentiza y se siente muy importante escribiendo y leyéndole al personal sus poemas.

**Miguel Ángel:** Niño recientemente fallecido de cáncer en el hospital cuyo grato y triste recuerdo estaba permanente en el personal y en los demás enfermos

#### 6.7.4.2. PERSONAL Y FAMILIARES

---

**Auxiliar 1 (M<sup>a</sup> José):** Lleva tiempo trabajando en el hospital pero recién incorporada como "Auxiliar de la Ludoteca". Ella se reincorporó a su nuevo puesto en el turno de tarde, poco después del comienzo de mi experiencia investigadora. Vivimos la situación de cambio, a la vez. Este hecho nos unió mucho. Aprendimos juntas, apoyándonos, en un ambiente novedoso para las dos, sin normas, en el que debíamos ser nosotras las que las pusiéramos y nos organizáramos, de mutuo acuerdo.

**Auxiliar 2 (Pifi):** Allí la llaman la "abuelita" de las enfermeras. No es mayor, pero su actitud acogedora, sensible, siempre atenta, cariñosa, sonriente, de plena entrega, la hacen acreedora de ese nombre. Estaba en cualquier momento dispuesta a jugar y contarles cuentos a los niños...



**Maestro 1 (Antonio):** Su labor es plenamente vocacional reflejada en su gran habilidad en el trato con los niños/as. La muerte, por grave enfermedad, de un familiar cercano es el motivo de su opción. Gran implicación en el trabajo que desarrolla con mucha sensibilidad. Persona cercana, de pocas y oportunas palabras.

**Familiar 1: (Padres de Ramón):** Están saturados por las circunstancias de su hijo, no saben cómo entretener y animar al pequeño que está sobreprotegido. Los padres se vuelcan en su cuidado acompañándolo los dos, todo el tiempo.

**Familiar 2: (Madre de David):** Su hijo tiene leucemia y ha sido trasplantado de médula; ha tenido sucesivos ingresos y recaídas. Compartió una tarde completa con su hijo haciendo un original acróstico y un bonito caligrama en el Diario de la Cometa, que manifestó que su realización, le había servido de gran unión y complicidad con su hijo.





### 6.7.5. RELATOS Y SITUACIONES

Se presenta a continuación la transcripción de situaciones y acontecimientos vividos por los protagonistas, así como las manifestaciones íntimas de los mismos con la mayor objetividad y literalidad que ha sido posible y que a los pocos días de iniciar la experiencia, comienzan a aparecer como hitos relevantes de lo que ha sido su trayectoria. También se citan datos significativos de lo que han sido los talleres poético-literarios y de grafiti:

1. Las auxiliares proponen que una cometa podría ser el logotipo del Hospital o, al menos, de su planta.
2. Las enfermeras quieren llevar el distintivo de la cometa y los niños comienzan a tener "encargos de fabricación".
3. El padre de **Jesús** [PACIENTE 1] dice que su hijo *"se ha pasado el fin de semana entero haciendo cometas. Es una actividad que le gusta mucho y le entretiene"*.
4. Las cometas empiezan a regalarse, convirtiéndose en una forma de comunicación: sirven para obsequiar, enviar un recuerdo, incluso, hay un niño que monta un pequeño negocio vendiéndoselas a las enfermeras...
5. **Mª José** [AUXILIAR 1] manifiesta que le parece una actividad interesante porque permite relacionarse con otros niños y los aleja de los ordenadores.
6. La actividad crece hasta el punto que un niño trae por su cuenta, hilos de la casa de su abuela para seguir haciendo más.
7. Algunos menores comentan que ellos no se quieren ir del hospital, que están a gusto en el taller.
8. La madre de **Rodo** [PACIENTE 2] se anima también a hacer cometas y comenta: *"cómo algo tan sencillo como las cometas... puede hacer tanto por los niños"*.
9. El taller comienza a ser más intenso con una mayor participación general. En él se charla mientras las hacen: crecían como los deseos, los sueños, las ilusiones en nuestras vidas, sus vidas. Se conversaba de forma similar a como sucede en los grupos de vecinos en las puertas de sus casas, en cualquier pueblo. Tejían a la vez que sus relatos orales creaban momentos de desahogo y distensión.
10. Introducen variaciones en el proceso de fabricación y los menores desarrollan nuevos procedimientos para hacerlo más eficaz.
11. Un niño [PACIENTE 2] trae una bolsa grande de material para las cometas porque se lo había comprado su madre.



12. En las visitas a la planta, se descubre que los menores, familiares y auxiliares continúan con el taller en ella y en las habitaciones.
13. La investigadora fue conocida la *“Maestra de las Cometas”*
14. **Ramón** [PACIENTE 3] también estaba muy ilusionado con las cometas; su **madre** [FAMILIAR 1] había comprado hilo dorado para hacerlas. Estaba deseando hacer una con esa clase de hilo. Imaginaba combinaciones de colores para su ropa. Esa innovación le había devuelto, de alguna manera, las ganas de vivir, ilusionándola. Hay que llamar la atención sobre esta señora que, a pesar del cansancio y agotamiento moral que verbaliza debido a la larga estancia en el hospital, su aspecto la muestra radiante, luciendo un vestuario multicolor y una espléndida mirada de largas pestañas maquilladas... Pero lo cierto es que, a pesar de la sonrisa, desvela, a veces, su cansancio.
15. **Santi** [PACIENTE 4] como único saludo, me recibe al llegar al aula, con la expresión *“¡Vamos a hacer cometas!”*
16. El interés hace que se experimente con otros materiales: se hacen cometas más grandes, con palos de polo o palillos largos de pinchito.
17. **Lorena** [PACIENTE 5] no es una visitante habitual del Aula por las características de su enfermedad. Su madre hace el siguiente comentario: *“Pues sí que con esto de las cometas se pasa el tiempo que es una alegría” “...Será por tiempo... yo, toda esta semana que estoy aquí voy a hacer una cometa cada día; cada una va a llevar su deseo... ¡Vaya que sí!... ¿Te imaginas que se cumple...?”* Fue un gran estímulo para Lorena la experiencia de las cometas. Y una gran oportunidad hacer con ella el mural de la cometa con sus huellas corporales el día que salió de la *U.C.I.* La niña y su madre tenían ilusión de verla expuesta el día de la suelta de las cometas, pero no llegaron a tiempo porque le estaban haciendo una prueba. Resignación. Tuvieron que conformarse con llegar sólo al final.
18. Los voluntarios de la Asociación Contra el Cáncer también participan en la actividad de las cometas. Algunos días después se incorporan a la actividad los voluntarios de *“La Caixa”*.
19. Las cometas son otra forma de propiciar unas relaciones familiares distintas a las habituales; en algunos se crea una complicidad madre/hija [PACIENTE 5] para escribir un deseo que lleve la cometa.
20. Al conocer que a **David** [PACIENTE 6] le gustan los grafiti, le llevo información de un concurso que organiza la Diputación para que trate de participar en él, así como revistas e información específica, que le despiertan gran motivación. Le di el folleto cuando estaba en la Unidad de Día, recién ingresado. Estaba deseando de volver a la habitación para ponerse a dibujar. Comienza a realizar bocetos para el concurso y crea uno que lo titula *“Voy a vencerla”*. Sorprendentemente, de una forma natural, la madre y el hijo, comentaban que, el importe del premio del concurso, sería para una prótesis...



- Posteriormente, le hago la propuesta de hacer un Grafiti en el hospital; propuesta que se materializaría, un tiempo después, dentro de la experiencia *"Proyecto de Verano: Taller de Talleres"*, que me cupo el honor de dirigir y en septiembre, se colgaba su obra en la pared de entrada a Oncología, del Hospital Virgen de las Nieves, de Granada
21. La creación de las cometas pasa a ser una actividad fundamental también en el horario de mañana, que suspende, por unas horas, su misión educativa concreta, debido a la acogida de las cometas.
  22. Se les hace partícipes a los "Doctores Sonrisa", de la *Fundación Theodora*, que las incorporan como parte de sus vestimentas.
  23. Surgen los primeros comentarios ilusionados, esperanzados, que se cuestionan hasta dónde llegarán las cometas cuándo se vuelen. Hay una gran implicación en los deseos.
  24. **Pifi** [AUXILIAR 2] ha sido un gran apoyo en la experiencia; en una ocasión comentó, *"que no había día que no se abrazara a la madre de David [PACIENTE 7] y juntas lloran, en un abrazo, por la enfermedad del hijo"*. Se ilusionó como una más con el taller. Una persona de incondicional ayuda y fuente de ternura. Su intervención en el *Diario de la Cometa* fue trascendente con una poesía a **Miguel Ángel**.
  25. La madre de David [PACIENTE 6] me hace un comentario que me ratifica lo que suponen estás actividades dirigidas a los menores: *"Cristina que sepas que estás haciendo mucho por David. El no te lo dice porque es tímido pero a mí me comenta que contigo está muy bien. Gracias"*
  26. A partir de la idea anteriormente comentada de hacer una *"Cometa de Huellas"*, y cuando estábamos iniciando su montaje, llegó al Aula una madre, con su hija [PACIENTE 5] recién salida de la U.C.I, que se prestaron a participar. El cambio de ánimo en ellas fue total como refleja el comentario de la madre: *"Vaya salida de la U.C.I que hemos tenido ¿Eh, Lorena? Esto no nos lo esperábamos, venimos tarde y nos llevamos lo mejor"*
  27. El taller literario propuesto para acompañar el vuelo de la cometa, motiva que comiencen a hacerse creaciones literarias entre los menores y sus familiares que llevan a su lectura y obsequio entre ellos y el personal sanitario.
  28. También se ha comentado con anterioridad como surge y cuál es el objetivo de *Diario de la Cometa*. Dicho libro también baja a Salud Mental porque Rodo [PACIENTE 2], involucra a algunas compañeras de su terapia que posteriormente, hacen aportaciones muy interesantes al diario.
  29. El día del vuelo de gran cometa, la ilusión y la esperanza colectiva hizo que también la mayoría de los asistentes al acto graparan en la tela un papel con su deseo. Para



participar en la ilusión, ya no eran necesarias las cometas, bastaba un trozo de papel para integrarse en aquella alegría y esperanza colectiva.

30. Un niño [PACIENTE 1] de los que habían participado activamente en el taller, y que el día del Vuelo de Ilusiones estaba de alta, viene expresamente desde su pueblo, al hospital para asistir al acto.
31. La madre de **David** [PACIENTE 7] armándose de valor, al regreso al hospital por la recaída, comentó a una auxiliar esta conmovedora metáfora *“Otra vez estamos aquí...Conocemos las pistolas, ahora tenemos que ponerle otras balas”*. Esta mujer ha sido un referente importante durante la experiencia por lo que humanamente ha aportado: valor, coraje, fuerza, ternura. En una ocasión nos llegó a decir: *“No puedo entender cómo puedes dedicar tanto tiempo de manera voluntaria a estar aquí, que disfrutes ese tiempo tan intensamente y transmitas tanto...Gracias porque es increíble y admirable lo que haces”*. Un día pidió el *Diario de la Cometa*; para ella era muy importante escribir en él. Durante una semana estuvo preparando lo que iba a escribir. Finalmente, realizó el conmovedor caligrama y el acróstico que cierran las reflexiones del cuaderno. Por la emotividad que guardan, decidí no escribir nada más después de ellos. Una persona inolvidable, de las que dejan huella.
32. Al pequeño **Manuel** [PACIENTE 8] su salud le había empeorado unos días antes de la fecha del *Vuelo de Ilusiones*. A pesar de ser un niño que no se ha implicado demasiado en el taller de las cometas, sorprendentemente, el día que se volaron tuvo permiso médico para subir, aun sin encontrarse recuperado del todo y la madre comentaba, sonriente, nada más llegar al Aula: *“en cuanto le han dicho que podía subir, le cambió la cara y ha querido subir corriendo ilusionado, parecía que se le había quitado todo”*. Se le pasaron todas las molestias y su ánimo cambió.
33. El acto del *Vuelo de ilusiones* también llegó a las habitaciones... los familiares, las enfermeras, bajaron globos azules a los menores que no habían podido subir a la terraza y que, de esta forma, se unieron también a la ilusión.
34. En una entrevista abierta con Antonio [MAESTRO 1] después del acto, reconoce la actividad como terapéutica y de gran valor, asegurando que *“se había conseguido mucho, había sido algo terapéutico”*.

Aun sin ser ese un objetivo de la investigación, el área de prensa del Hospital se encargó de anunciar el día en que iba a tener lugar el vuelo de ilusiones y, en el Anexo correspondiente, se ilustra la gran difusión que el acto tuvo en los medios de comunicación locales.



### 6.7.6. ENTREVISTAS A LOS PROTAGONISTAS

Como quiera que en apartados anteriores ya se ha tenido la oportunidad de reflejar, dentro de las limitaciones éticas y de reserva de identidad que un trabajo con menores impone, la personalidad, situación, antecedentes, efectos, evolución... que la experiencia ha tenido en las personas que en ella han intervenido, en este apartado final, de una forma algo más fría, pretendiendo "despersonalizar" los casos vividos, se van a resumir una serie de reflexiones efectuadas por los protagonistas del proceso, para tratar que sea la imparcialidad del dato, la que resuma, lo más objetivamente posible, lo que ha sido la experiencia.

#### 6.7.6.1. ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA

A todo aquel que, de alguna manera, vivió la actividad de las cometas se le ofreció participar y escribir, de manera voluntaria, en el *Diario de la Cometa* (6.7.7) respondiendo de forma abierta y personal a una serie de cuestiones. Aunque los autores de dichas respuestas están identificados en dicho diario, se presentan aquí las respuestas de forma anónima pues se ha querido transmitir la sensación que producía ver cómo las respuestas eran similares, indistintamente quien las pronunciara (enfermera, familiar, paciente...) lo que de alguna forma demuestra la afinidad de sentimientos del colectivo.

##### a) ¿Hacia dónde volarías con la cometa?

*Esta cometa va directa hacia y por el camino del "amor"...Directamente al corazón de los hombres y mujeres que habitan éste planeta"*

*"Esta cometa va por el campo"*

*"Iría a un lugar donde no existiera el dolor ni la enfermedad"*

*"Me iría a un lugar donde nadie se pusiera enfermo"*

*"Con la cometa iría a Valencia"*

*"With my kite I will go to the Caribbean Islands"*

*"Hacia un mundo donde lo único que importe sea la felicidad de los niños y las enfermedades no existan"*

*"Esta cometa yo la volaría hacia un lugar donde no existiera la pena de un niño nunca. Hacia ese lugar donde los niños no tienen que sufrir la pena ni las injusticias que los mayores creamos".*





*“Con la cometa que me regaló Darío...yo volaría hasta Roma...”*

*“En la cometa iría a Jerusalén”*

*“Con la cometa de los deseos iría con mi hijo Izan al fin del mundo, porque todos los niños merecen que les den cariño, les cuiden y les quieran, de lo que les demos, recibiremos y los niños son la alegría”*

*“Con esta cometa volaría a New York”*

*“(..) a un país donde todo sea felicidad”.*

*“La volaría a un lugar muy lejano donde la gente no se porte mal con nadie, donde la gente no sea racista, donde el hombre no mate a la mujer o al contrario”.*

*“Mi cometa la volaría hacia un monte verde, verde, verde (...)”*

*“Si yo tuviera una cometa la volaría a un país donde la violencia no existiera. Donde pudiera ser la ley. Que nunca tocara el suelo para hacer un mundo mejor”*

*“Iría al Espacio”*

*“Quiero que vaya a Salobreña”*

*“Me gustaría que fuera al cielo para que viera a mi padre”*

*“Volaría la cometa a un mundo sin enfermedad, sin violencia, ni racismo (...) en un lugar que exista sólo la Paz”.*

*“Volando sobre las nubes blancas...”*

*“Mi cometa va a un lugar cálido, donde siempre haga calor, dado que siempre tengo frío... un lugar precioso, donde estemos todos tirados sin preocupaciones... tomando el sol en definitiva.”*

*“..que la cometa la lleve (a la risa) al país de los deseos que se hacen realidad”*

*“Mi cometa volaría hacia un lugar escondido, donde nadie pudiese verla; volará al compás de la brisa y las olas del mar”*

*Va cargada de ilusiones para que llegue muy lejos hasta otras tierras donde se perdió el amor, y el odio y el hambre reinan (...) vuela cometa viajera llevando nuestros mensajes y si de paso pudieras, te ruego les entregues una eterna primavera”*

*“Me iría con la cometa hacia cualquier ruta de este universo con la personas que me quisieran seguir*



**b) ¿Con quién volarías la cometa?**

*"La volaría con mi madre"*

*"¿Dónde vas?... con mi familia, volando en el cielo con mi cometa de hilo"*

*"...junto con todos los enanos que tengo en la planta; entre ellos los que me la regalaron: Darío, Jesús, David, Santi, Ramón, Alejo."*

*"...me iría con todos los que han volado sus cometas"*

*"La volaría con mi familia y mis amigos"*

*"Volar contigo, Cristina."*

*"With my family and best friends"*

*"Con mis padres y mi hermano que siempre están ahí para lo que necesite"*

*"(...) con mi hermano volaría esta cometa (...)"*

*"La volaría junto a Darío"*

*"Con mi perrito Oli"*

*"Con mi niña, mi gran pequeño deseo. Ana te quiero"*

*"Volaría una cometa con mis hijos"*

*"Volaría una cometa con mis seres queridos, mi padre, mi madre, mi hermana y con una persona que hay en el hospital y a la que quiero mucho ¡¡Cristina!! Porque es muy cariñosa".*

*"(...) Iría con mis niños, volando con alas de algodón"*

*"La volaría con mis seres queridos, con la naturaleza con todo el mundo que no sea racista (...)"*

*"Con mis primos"*

*"La volaría con mamá"*

*"Quiero volarlas con mis padres"*

*"Voy a volarla con mi marido y mi hijo, esperando que se cumplan nuestros deseos"*

*"Con todos los niños del mundo entero"*

*"La volaría con mis hijos y mi marido en donde estuviese la salud y no existieran las enfermedades para poder ser totalmente felices"*



*“En ese lugar tan fantástico”*

*“La volaría junto a Darío para enseñarlo a volar como lo hace la cometa. Sólo le falta alzar las alas, coger impulso, y saltar hacia el infinito”*

*“La vuelo con mis amigos y enemigos si tuviera”*

**c) ¿En qué lugar la volarías?**

*“La volaría en Asturias, hasta donde llegara”*

*“We ( my family and best friend) kite on the beach all day”*

*“Donde pudieran verla todos los niños del mundo”*

*“(…) en la playa”*

*“En la playa cuando haga sol”*

*“La volaría en una isla desierta, junto al mar”*

**d) ¿En qué época del año?**

*“...en verano”*

*“Cuando más brille el sol, para que reluzca al máximo”*

*“La volaría en primavera”*

*“En primavera”*

*“En invierno, volaría con ella para ver Time Square”*

*“La volaría en primavera”*

*“(…) en el otoño cuando las hojas se tornen rojas(…)”*

*“En invierno”*

*“En verano”*

*“En primavera”*

*“En un verano chulísimo cuando ¡todos estemos bien!”*

*“(…) en verano, la época más cálida del año”*

*“Cualquier día de esta primavera, para llenarme de lo mejor de esta planta”*



**e) ¿Qué nombre pondrías a tu cometa?**

*"La llamaría Pepis, por mi querido amigo Darío, que es un personaje alucinante y lo aprecio un montón"*

*"La llamaría Colorines"*

*"Cometa de los deseos"*

*"La llamaría y la llamo Confianza" (subrayado original)*

*"La llamaría Batman"*

*"La cometa del amor"*

*"La llamaría cometa de la Esperanza"*

*"La llamaría cometa, no le pondría ningún nombre en concreto, se la regalaría a Darío así que dejo que le ponga él el nombre"*

*"La llamaría Fuerza y Salida, porque juntos con apoyo podemos conseguir todo"*

**f) ¿A quién se la regalarías?**

*"Se la regalaría a mi madre y a mi amiga"*

*"...se la regalaría a mi padre, a mi madre, y a mi abuelo"*

*"...se la regalaría a él (Darío) para que nunca me olvide"*

*"Esta cometa será regalada a mi mejor amiga. Me gustaría dar una a todas vosotras que hacéis pasar el rato a estos niños"*

*"Se la voy a regalar a un Ángel que tengo en el cielo. La recibiría muy feliz ése Ángel"*

*"A todos los niños"*

*"A Darío"*

*"No se la regalaría a nadie, tan sólo soltaría sus hilos y que volase donde quiera. Me gustaría que Darío volase así"*

*"A todos los que la quisieran coger"*



**g) ¿De quién te gustaría recibirla?**

*"...de todo aquel que quisiera regalármela"*

*"de todos los niños"*

*"Me gustaría recibirla de cualquier persona que me quisiera o ¡de Darío! (indirecta)"*  
*(Paréntesis original de la autora)*

*"La recibiría de aquella persona que me la diese con cariño"*

**h) Otras reflexiones o pensamientos**

*"Gracias, Gracias por tanto..."*

*"Volar, volar, volar. Con ingenio podemos volar"*

*"...pensé que por qué tienen que sufrir los niños, si lo más bonito es la sonrisa de un niño"*

*"esta cometa me ha servido para pasar un rato muy a gusto con los voluntarios de la Ciberaula"*

*"A través de la cometa Darío, nos expresa su cariño"*

*"La cometa por su colorido me despierta libertad y alegría"*

*"Lo que se me ha pasado por la cabeza es el tiempo que se debe pasar en esta mesa que estoy sentado y las grandes amistades que se han tenido que forjar"*

*"Mis pensamientos tienen que ser libres y lo son"*

*"Que la cometa vuele sobre nuestros corazones"*

*"...eres un niño estupendo y bondadoso" (escrito a Darío)*

*"¿Pensamientos? Mientras voláramos la cometa no pensaríamos en nada... sería un lugar de mente en blanco"*

*"¡¡Con la risa se abre la boca y también el corazón!! Volar, soñar y compartir sueños"*

*"Mientras la vuelo, pensaría que sólo alguien con mucha fuerza podría volar como ella y elevarse con tanta fuerza"*





*"Darío tienes que sacar tus alas y tu fuerza y salir adelante, elevarte hacia el cielo como si la cometa fueses tu, y que nadie tenga que sostenerte para que vueles (...) Darío, te quiero mucho, y tengo la ilusión de verte fuera de aquí"*

*"Mi cometa es de colores, colores de primavera que simbolizan Amor, Alegría, Paz, Libertad y SALUD"*

*"Que se cumplan todos los deseos de todos los niños del mundo"*



## 6.7.6.2. FORMULACIÓN DE DESEOS: CLASIFICACIÓN

---

### a) Salud y recuperación

*Yo le pido a mi cometa que esté cerca de mi familia y salud para todos"*

*"Deseo ponerme buena pronto"*

*"Deseo que todos los niños y todas las niñas que hay aquí se pongan buenos pronto y puedan ir a los columpios con sus hermanitos"*

*"Yo deseo que todos los niños nos pongamos pronto buenos y salgamos del hospital y podamos ir pronto al cole y podamos disfrutar de nuestras familias"*

*"Deseo recuperarme del todo para curarme de la boca. Volver a casa por Semana Santa"*

*"Deseo que se invente o descubra una vacuna contra el cáncer y todos los que ahora estamos enfermos no curemos"*

*"Salud para toda mi familia"*

*"Que mi hijo se recupere pronto y salud para todo mi familia"*

*"Salud para mis hijos mi familia y mucha felicidad y paz"*

*"Deseo salud"*

*"Deseo salud para toda la gente del mundo"*

*"Salud para todos no volver a tener nunca más cáncer y volver a andar bien"*

*"Que mi niña se ponga bien y seamos felices todos juntos"*

*"Deseo que ponerme bueno para ir a motril y a mi casa con mi familia"*

*"Ponerme pronto bueno e irme a casa con mi hermano"*

### b) Amor y paz

*"Deseo amor y paz para todo el mundo"*

*"Deseo que en el mundo se haga más justicia y haya más igualdad"*



**c) Alegría y felicidad**

*"Espero que todos sean felices"*

*"Deseo que la gente se ría más ¡de verdad!"*

*"Que los niños sólo se preocupen de ser felices y nada más"*

*"Deseo felicidad"*

*"Deseo que todos los niños del mundo sean felices"*

*"Que todo el mundo sea feliz"*

**d) Varios**

*"Conseguir siempre lo que me propongo, ser siempre pequeño"*

*"Deseo ganar el Concurso de Grafiti"*

*"Comerme una bolsa patatas fritas"*

*"Que dentro de muy poco todos los que aquí estamos celebremos mucha salud"*



### 6.7.7. DIARIO DE LA COMETA

A lo largo de la narración hecha en el *Cuaderno de Campo* se han ilustrado algunos fragmentos o detalles del *Diario de la Cometa* pues se ha considerado que su inclusión apoyaba y aclaraba aspectos de la narración.

Ahora se presentan todas las páginas que contiene el referido diario, -prácticamente a tamaño natural- que, como cabe esperar, supondrá al lector una importante fuente de información obtenida directamente del participante, ya que en ese formato son perfectamente legibles y reflejan, como ya se ha indicado a lo largo del texto, las voluntarias manifestaciones o pensamientos de los que, algunos de los que han participado en la investigación, han querido dejar constancia.

Todo el contenido es autógrafo de cada uno de los protagonistas y el orden en el que se presentan las páginas, es el mismo que están colocadas en el diario en cuestión y, por tanto, en el que las fueron escribiendo los participantes, por lo que aparecerán mezcladas las reflexiones de pacientes, familiares, personal...

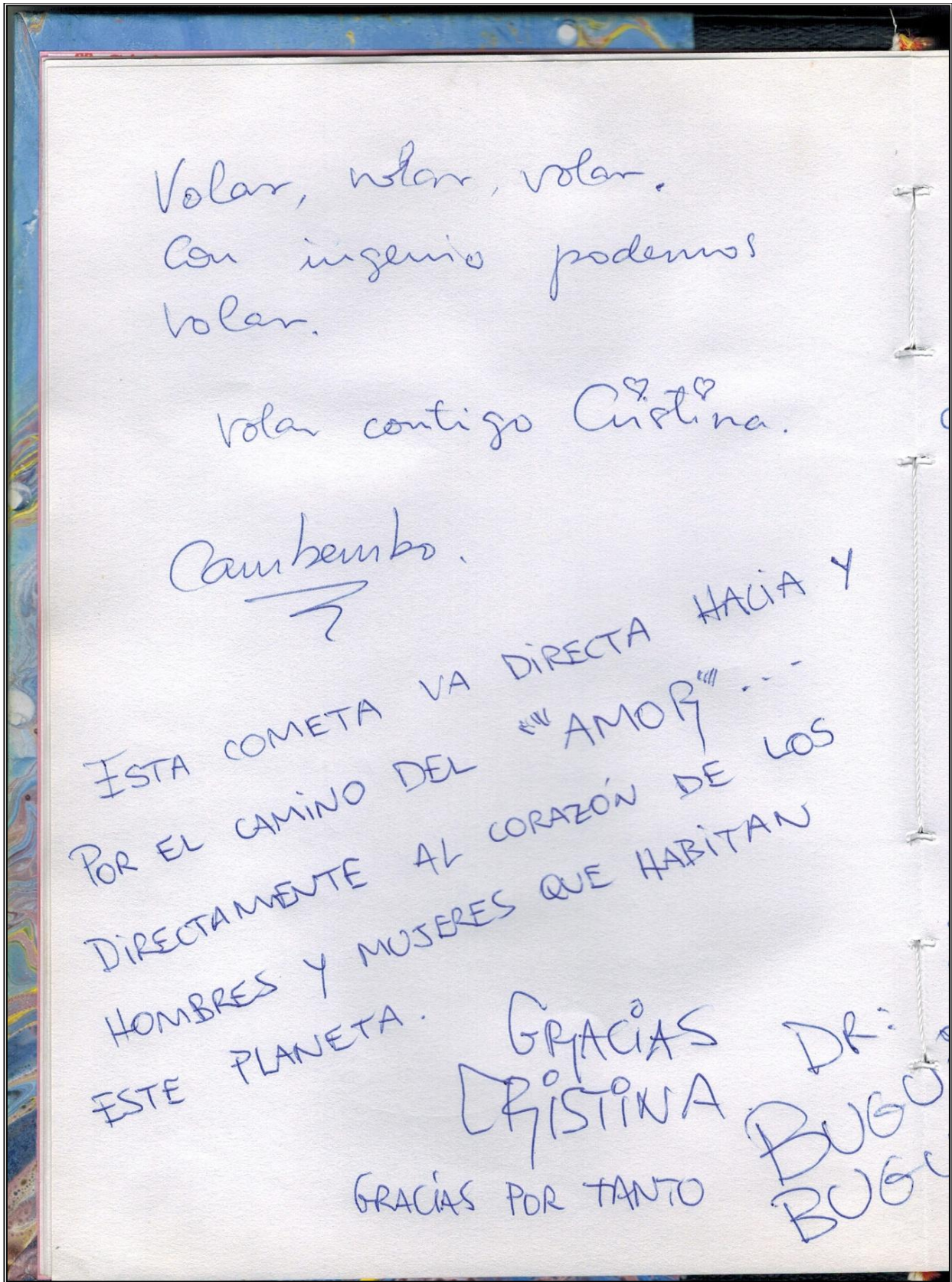


Ilustración 6.104: Diario de la Cometa. Reflexiones de los Payasos de Hospital. (FA)



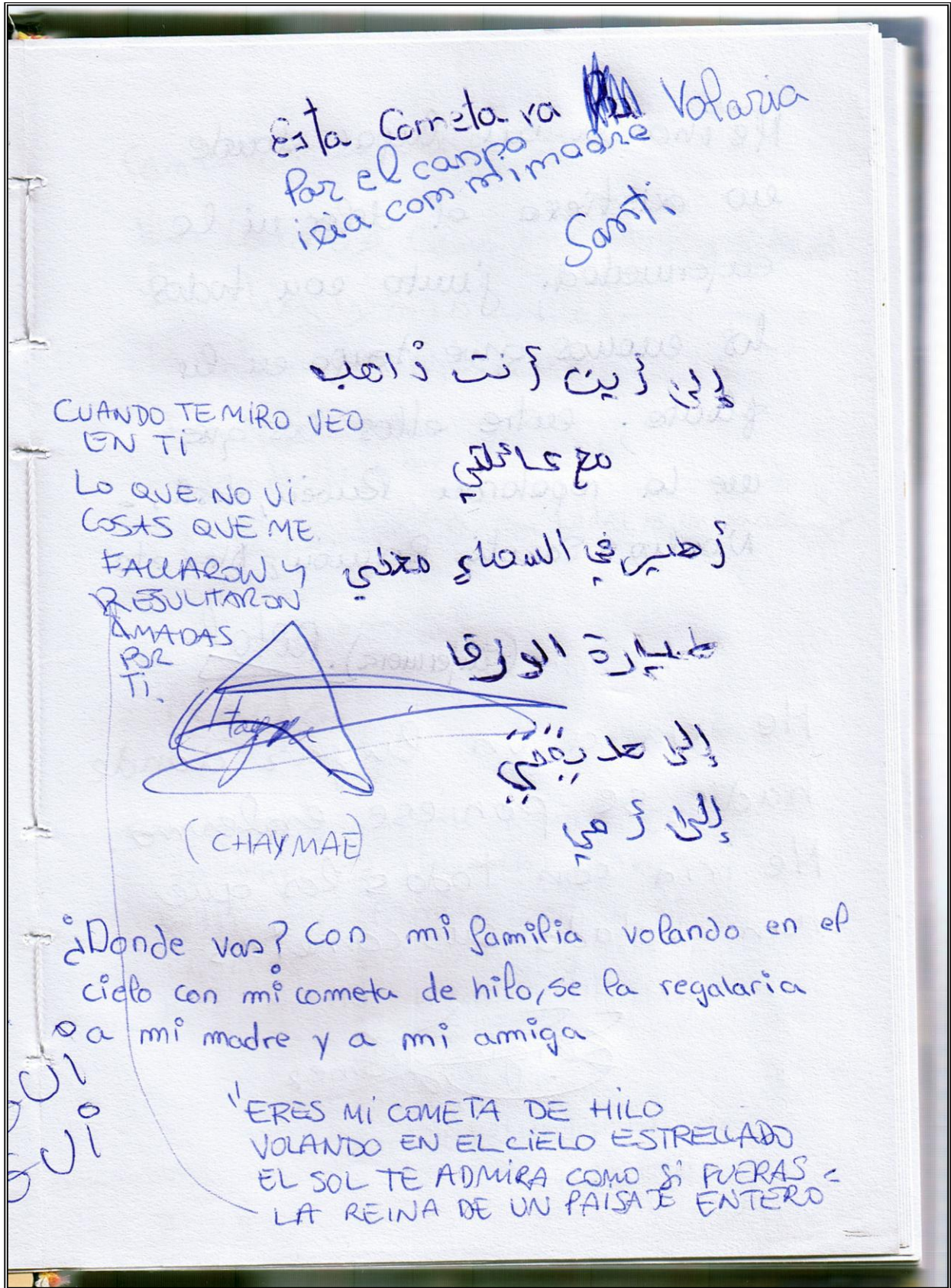


Ilustración 6.105: Diario de la Cometa. Reflexiones de Chamy, su madre y otros niños. (FA)





Me iría a un lugar donde  
no existiera el dolor ni la  
enfermedad; junto con todos  
los sueños que tengo en tu  
planta; entre ellos los que  
me la repararon Rubén, Jesús,  
Nacho, Santi, Ramón, Alex etc.

(Enfermera). Rita

Me iría a un lugar donde  
nadie se pudiese enfermar.  
Me iría con todos los que  
han volado sus cometas.

~~Sergio~~ Sergio Gómez

Ilustración 6.106: Diario de la Cometa. Reflexiones de Rita (enfermera) y Sergio. (FA)



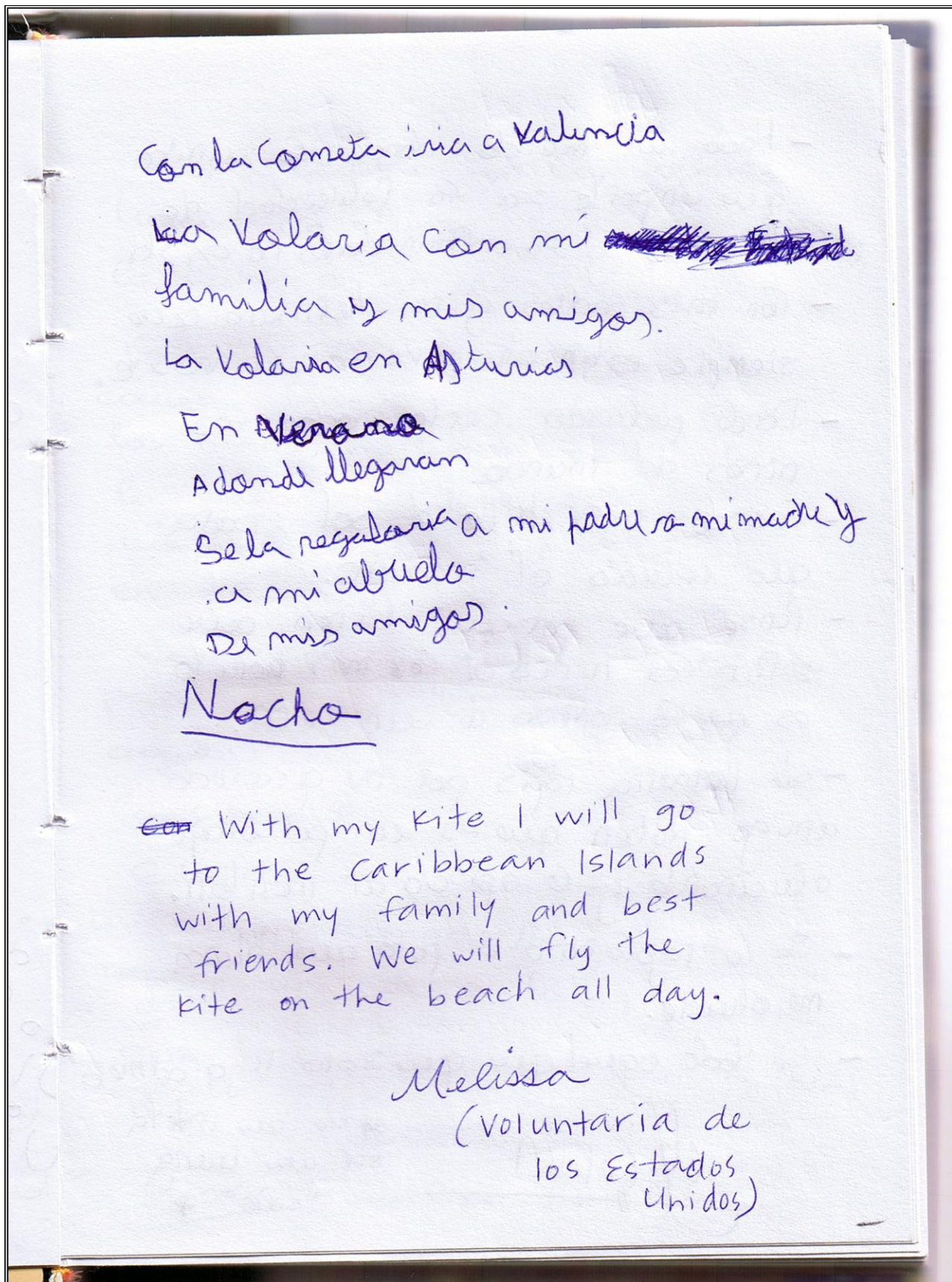


Ilustración 6.107: Diario de la Cometa. Reflexiones de Melissa (voluntaria) y David. (FA)



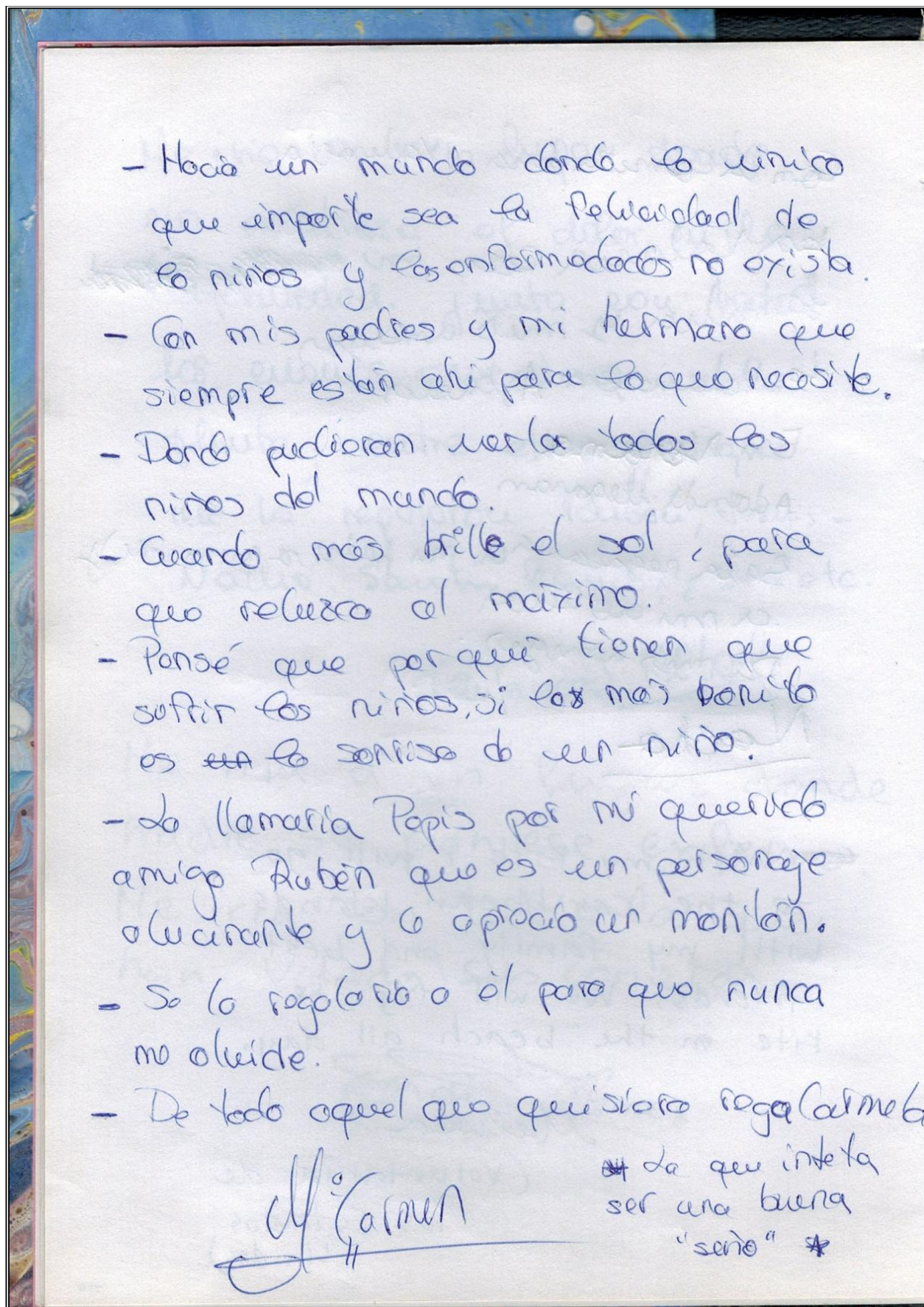


Ilustración 6.108: Diario de la Cometa. Reflexiones de Carmen. (FA)





Con la cometa de los niños que con  
 Esta cometa yo la volaría  
 hacia un lugar donde no existiera  
 la pena de un niño nunca.  
 Con mi hermano, volaría esta  
 cometa hacia ese lugar donde  
 los niños no tienen que sufrir  
 la pena ni injusticias que los  
 mayores creamos. La volaría  
 en primavera.  
 Esta cometa me ha servido  
 para pasar un rato muy  
 agusto con los voluntarios de  
 la ciberaula.  
 Esta cometa será regalada a  
 mi mejor amiga. Me gustaría  
~~dar~~ dar una ~~de~~ a todas vosotras  
 que haceis pasar el rato a estos  
 niños.  
Rocio Familiar (hermana Ruben)

Ilustración 6.109: Diario de la Cometa. Reflexiones de la hermana de Darío. (FA)



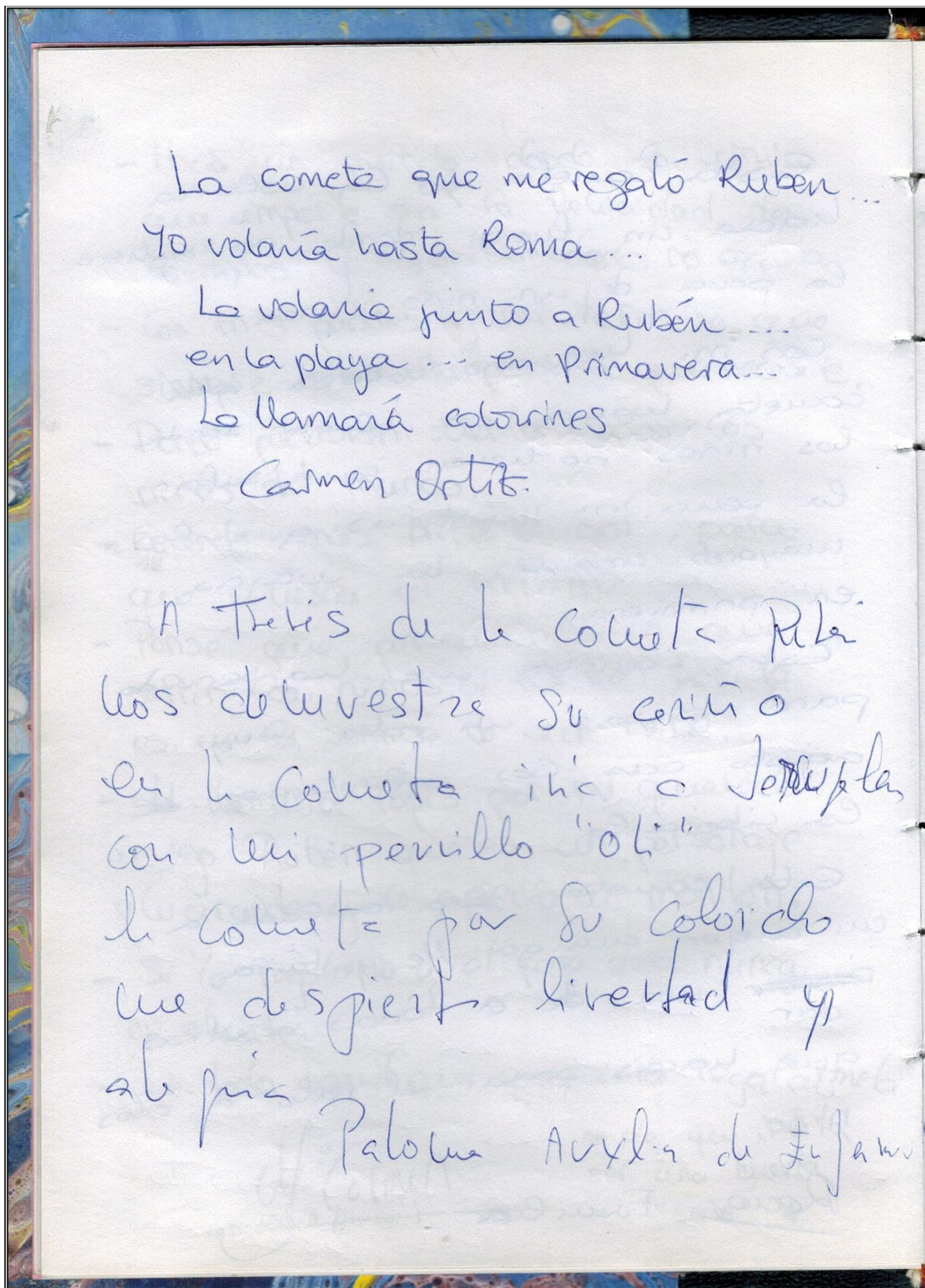


Ilustración 6.110: Diario de la Cometa. Reflexiones de Carmen y Paloma (Auxiliares). (FA)





Con la cometa de los deseos iré con mi hijo Izan al fin del mundo, por que todos los niños merecen que les den cariño les cuiden y les quieran, de lo que les daremos, recibiremos y los niños son la alegría LOA.

Con esta cometa, volaría hasta New York, en invierno, para ver Time Square. Lo que se me ha pasado por la cabeza ha sido el tiempo que se debe pasar en esta mesa que estoy sentado y las grandes amistades que se han tenido que forjar.

*[Signature]*

Con mi cometa volaría hasta el fin del mundo con mi niña, mi gran pequeño deseo, Ana.fg.

*[Signature]*

Ilustración 6.111: Diario de la Cometa. Reflexiones de algunos familiares. (FA)



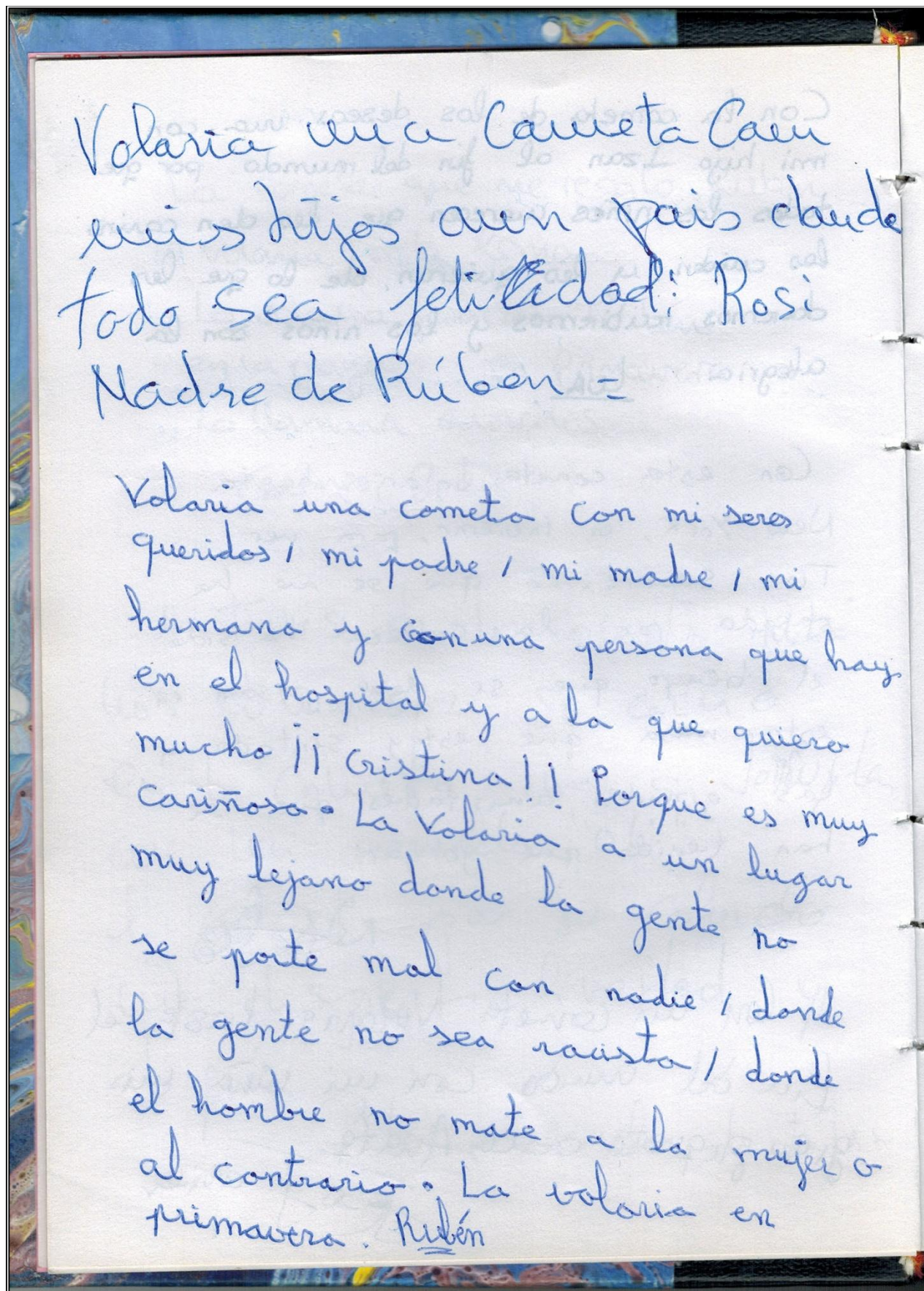


Ilustración 6.112: Diario de la Cometa. Reflexiones de Darío y de su madre. (FA)



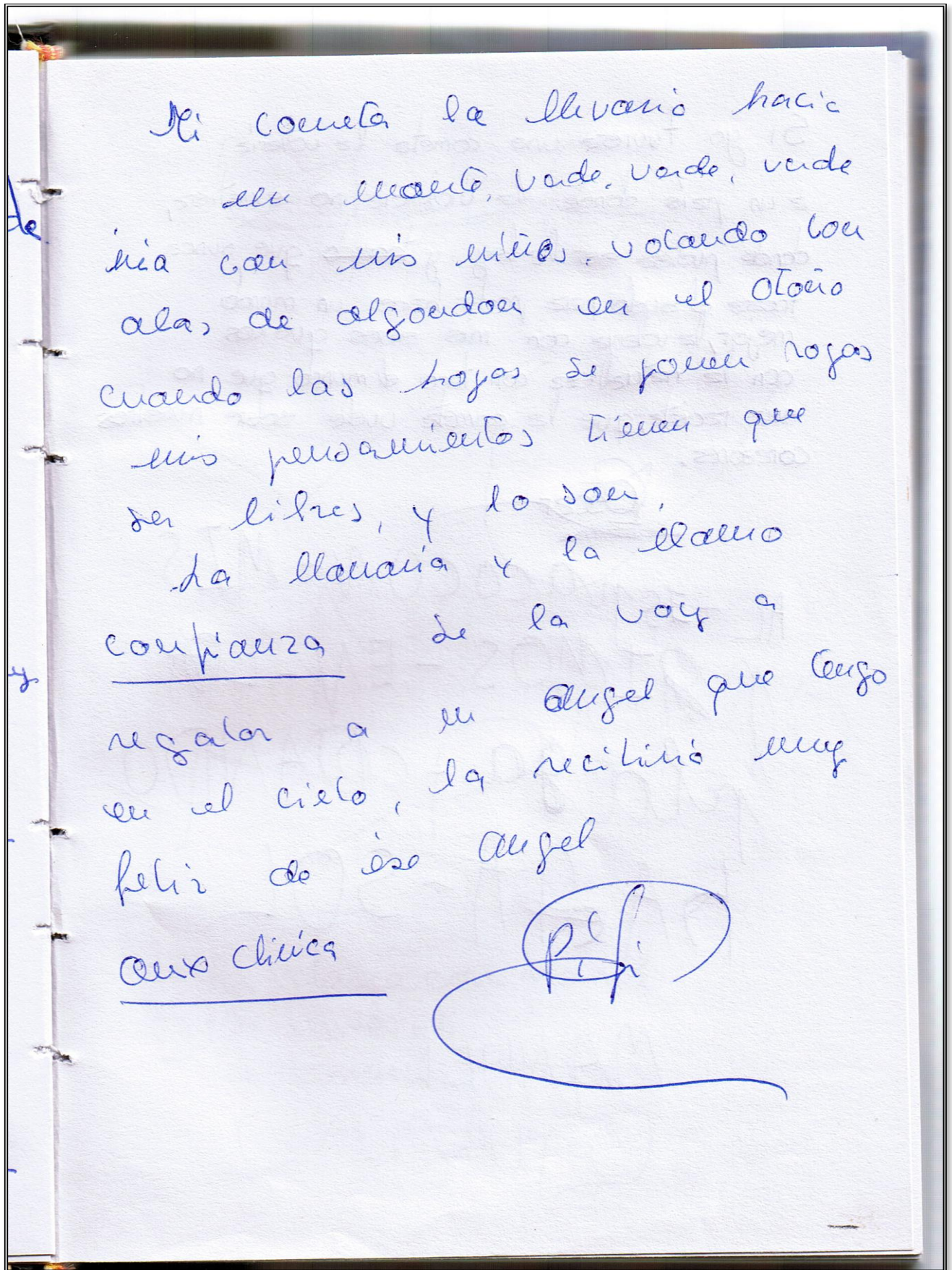


Ilustración 6.113: Diario de la Cometa. Reflexiones de Pifi (Auxiliar). (FA)



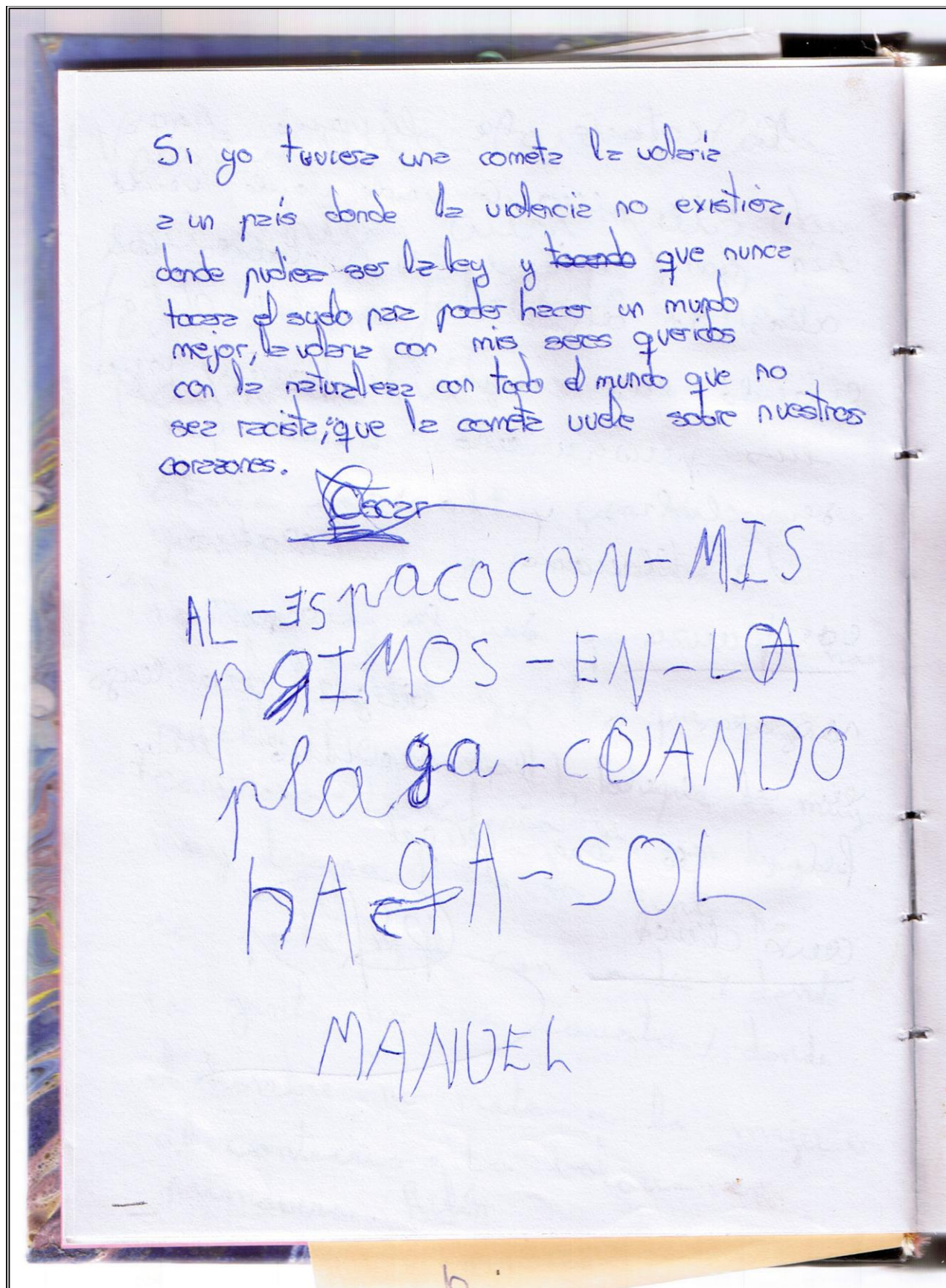


Ilustración 6.114: Diario de la Cometa. Reflexiones de Oscar y Manuel. (FA)



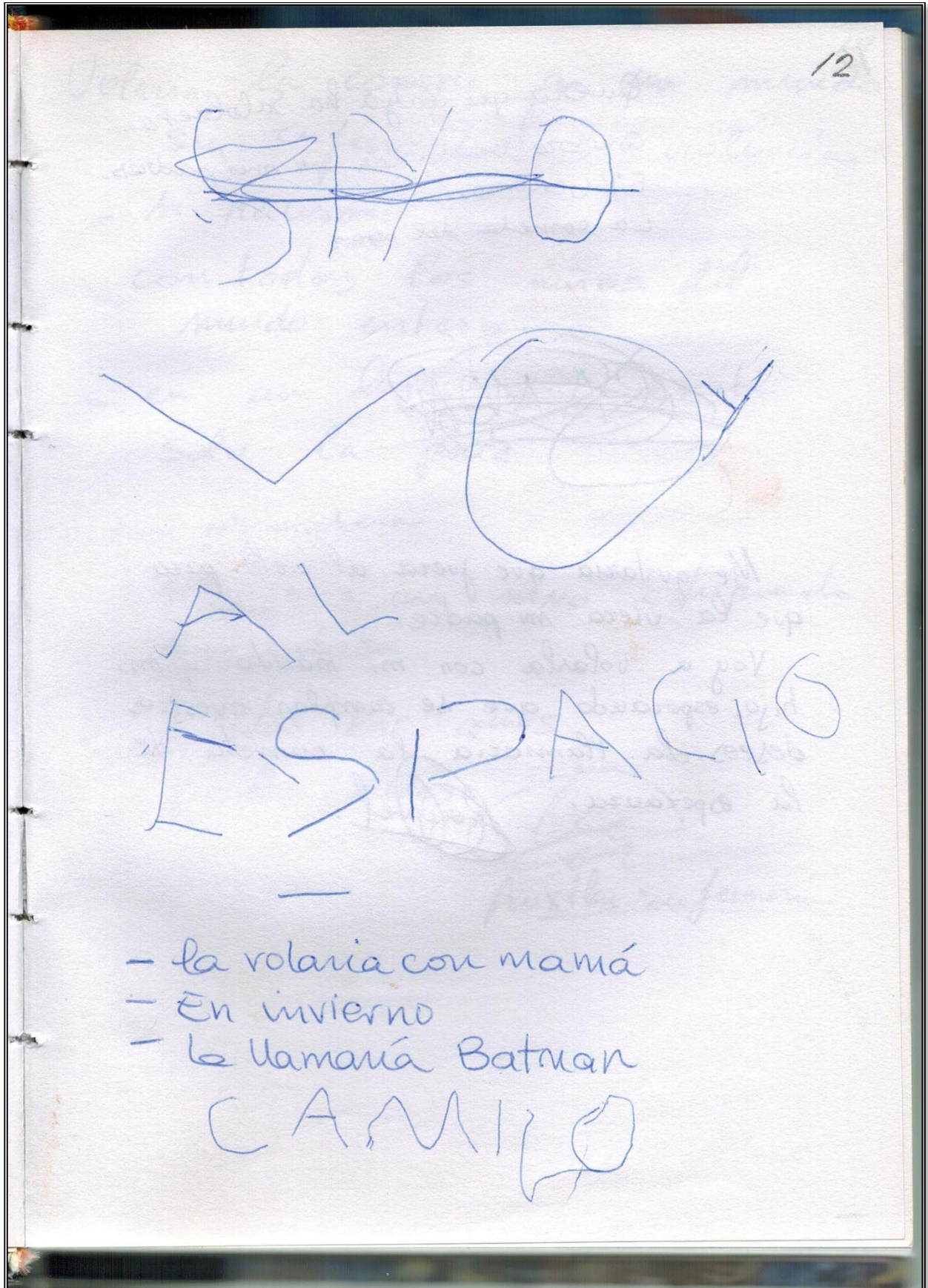


Ilustración 6.115: Diario de la Cometa. Reflexiones de Manolo. (FA)



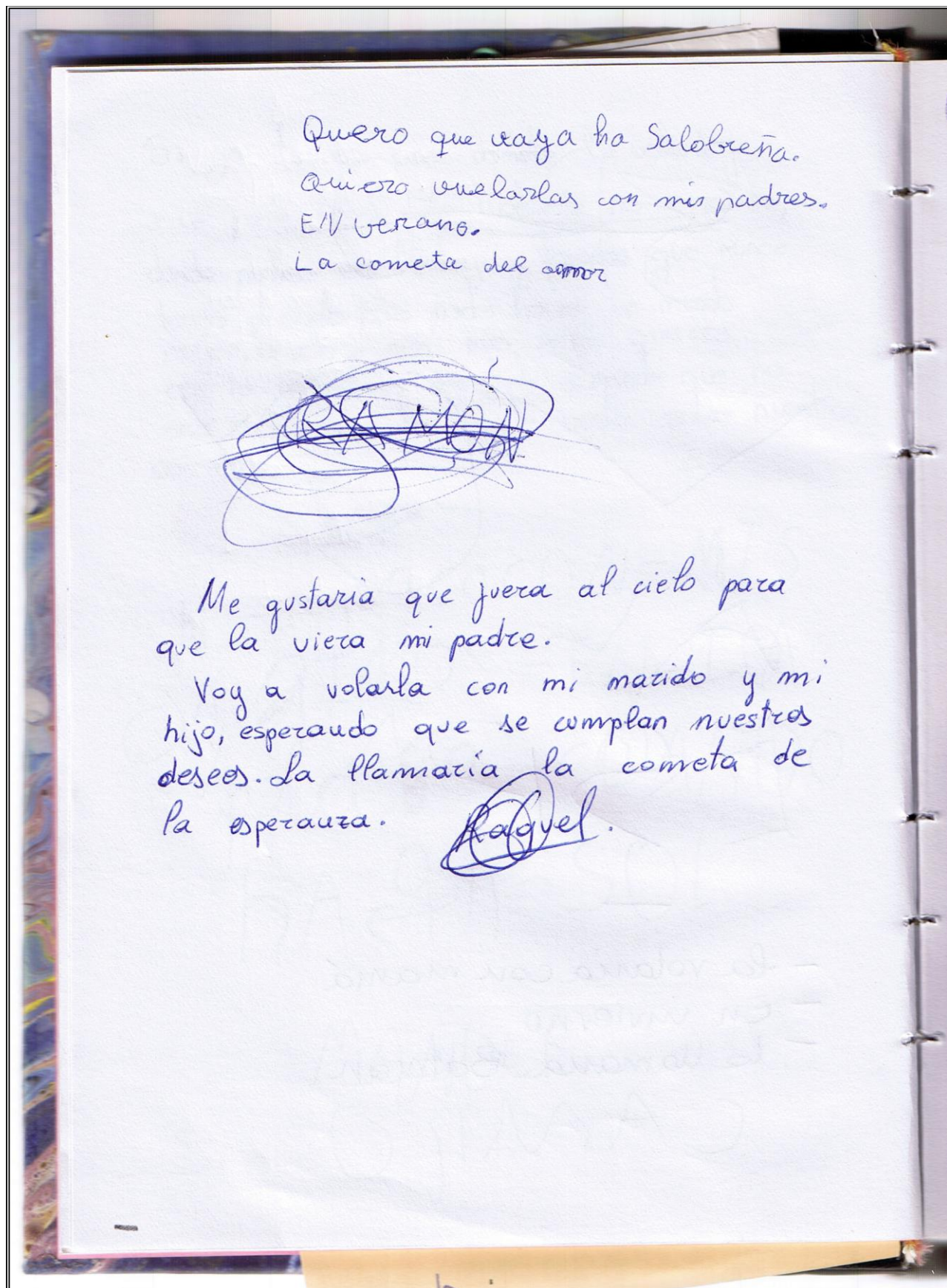


Ilustración 6.116: Diario de la Cometa. Reflexiones de Ramón y Raquel. (FA)



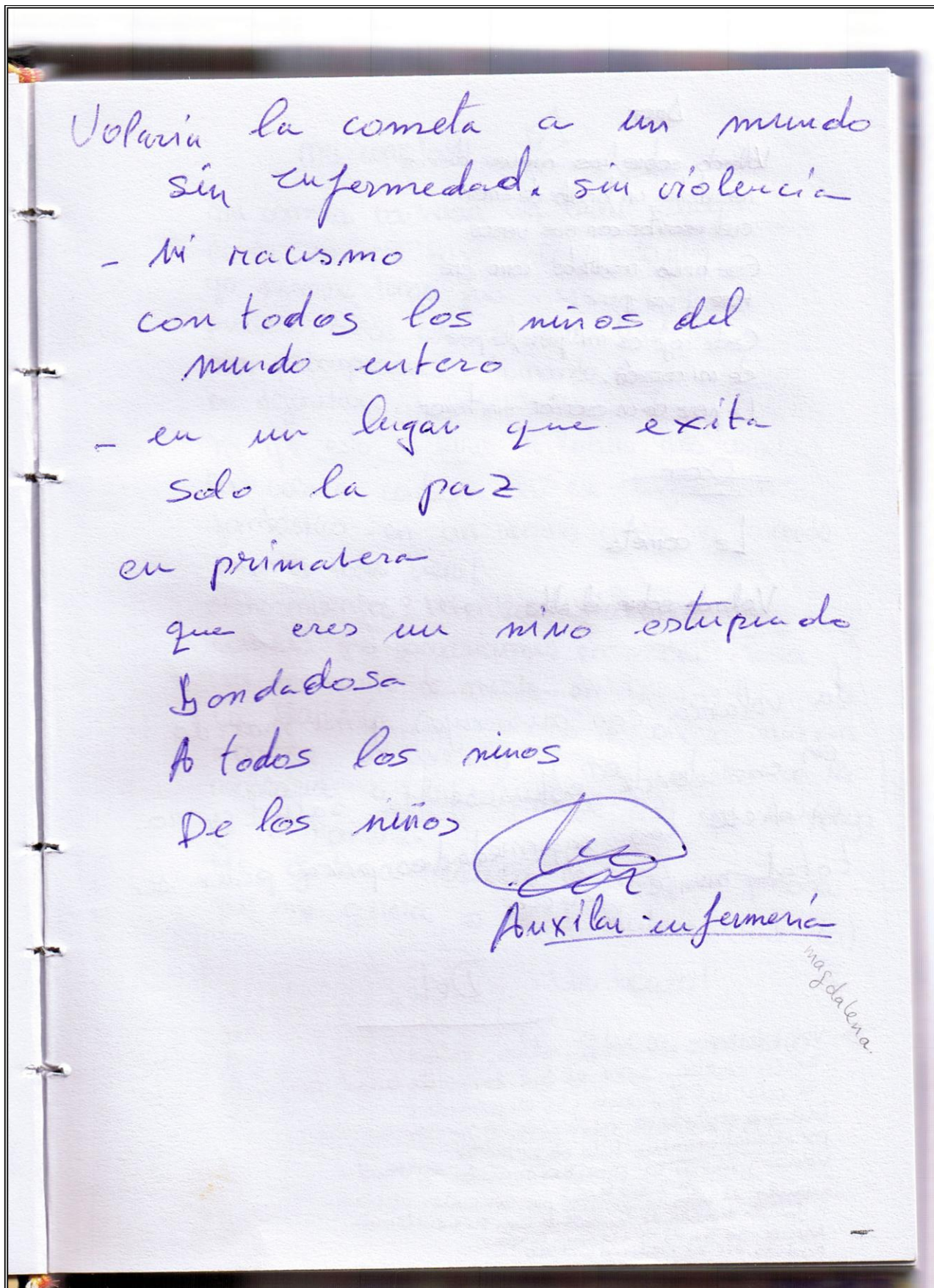


Ilustración 6.117: Diario de la Cometa. Reflexiones de Magdalena (Auxiliar). (FA)



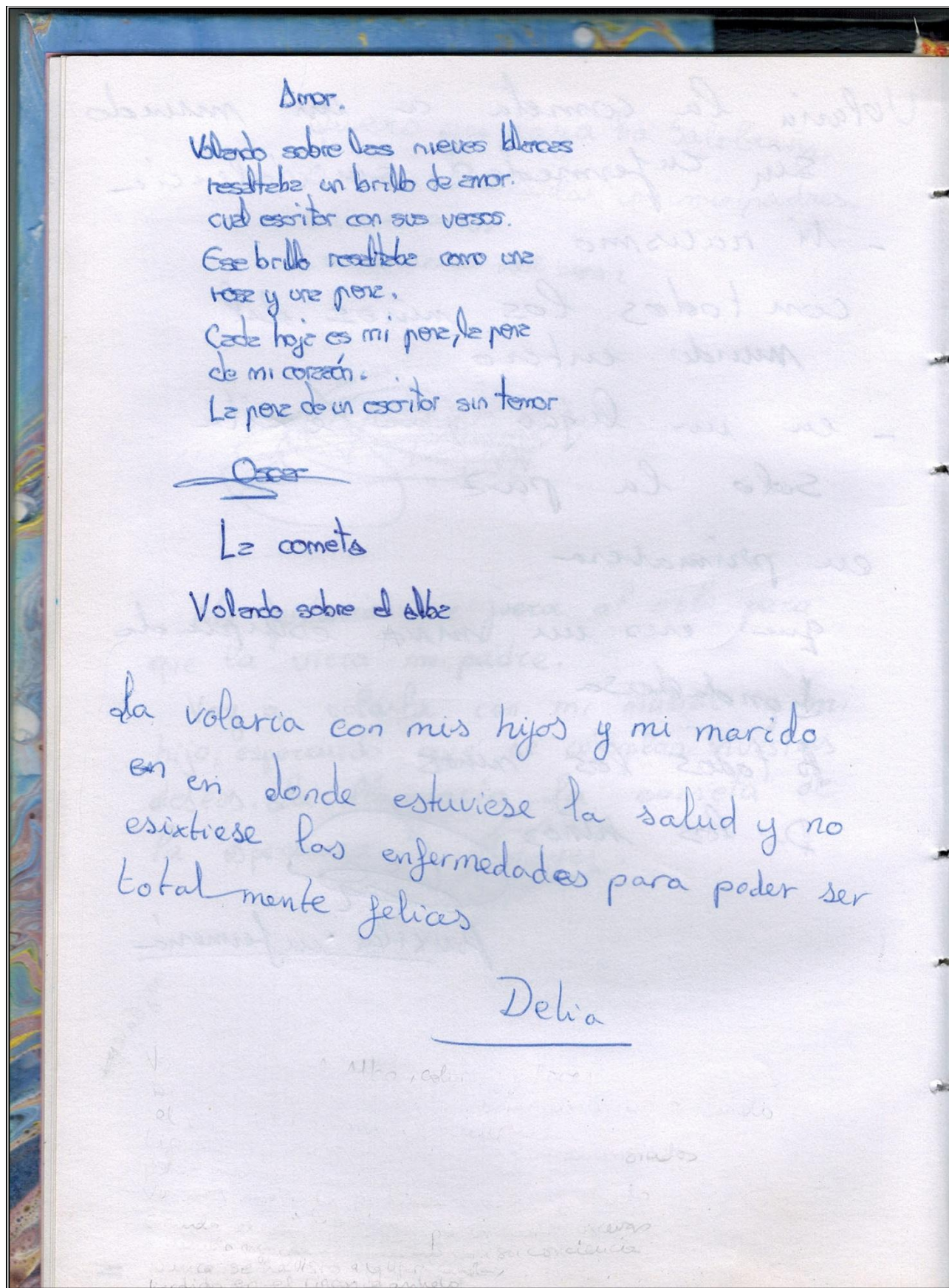


Ilustración 6.118: Diario de la Cometa. Reflexiones de Delia, madre de Oscar. (FA)



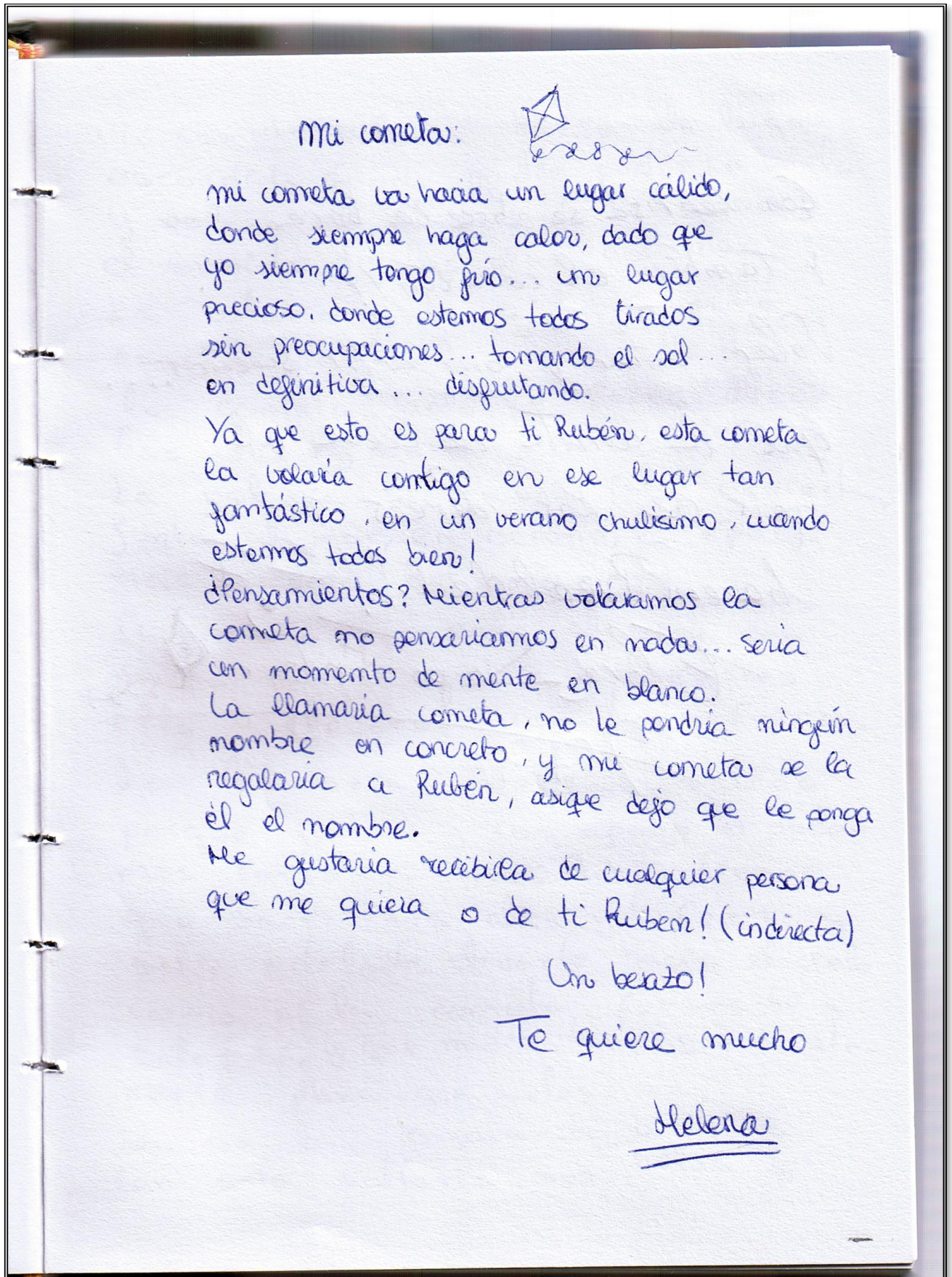


Ilustración 6.119: Diario de la Cometa. Reflexiones de Helena. (FA)



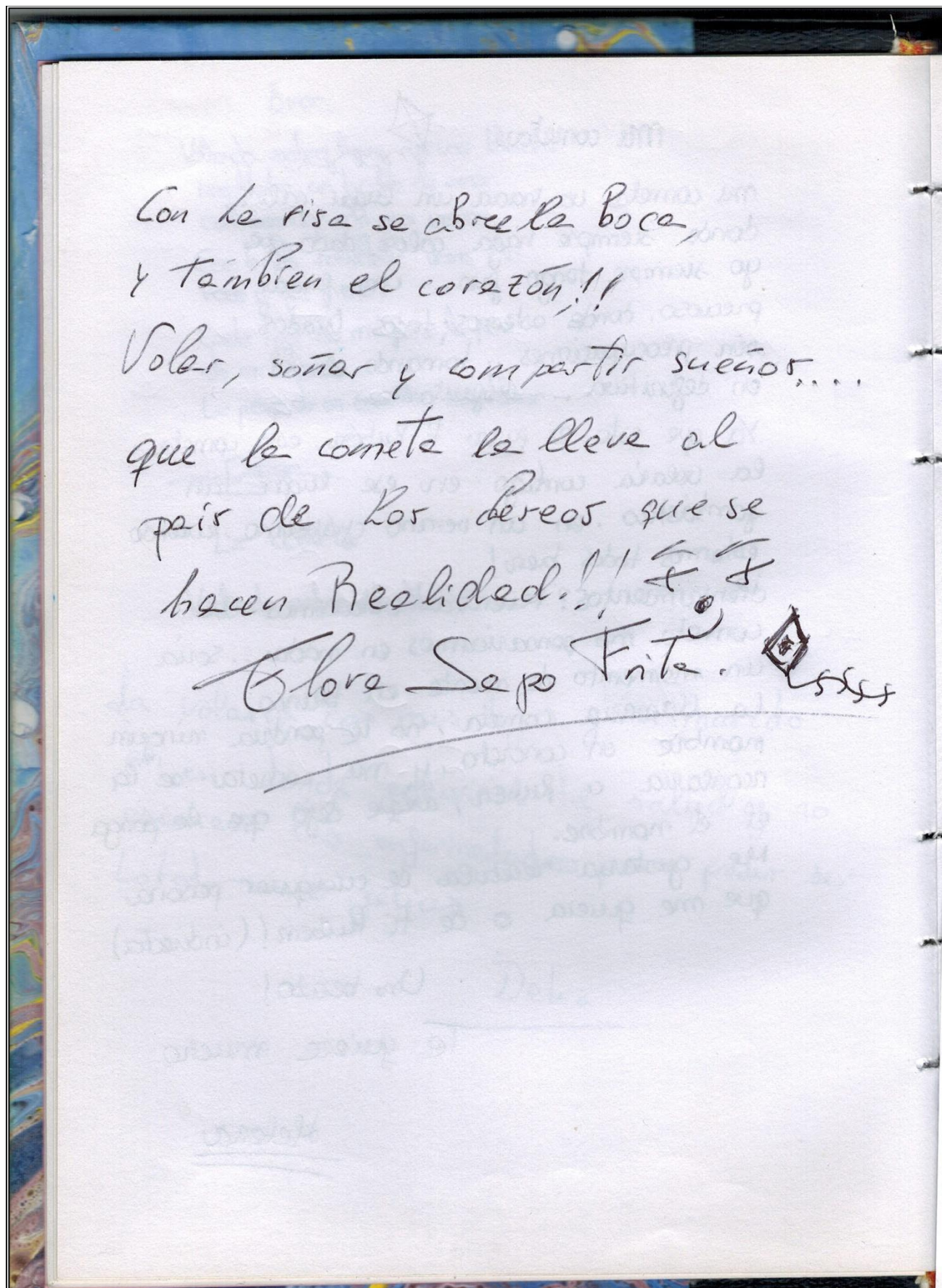


Ilustración 6.120: Diario de la Cometa. Reflexiones de la "Dra. Flora, Sapofrita". (FA)



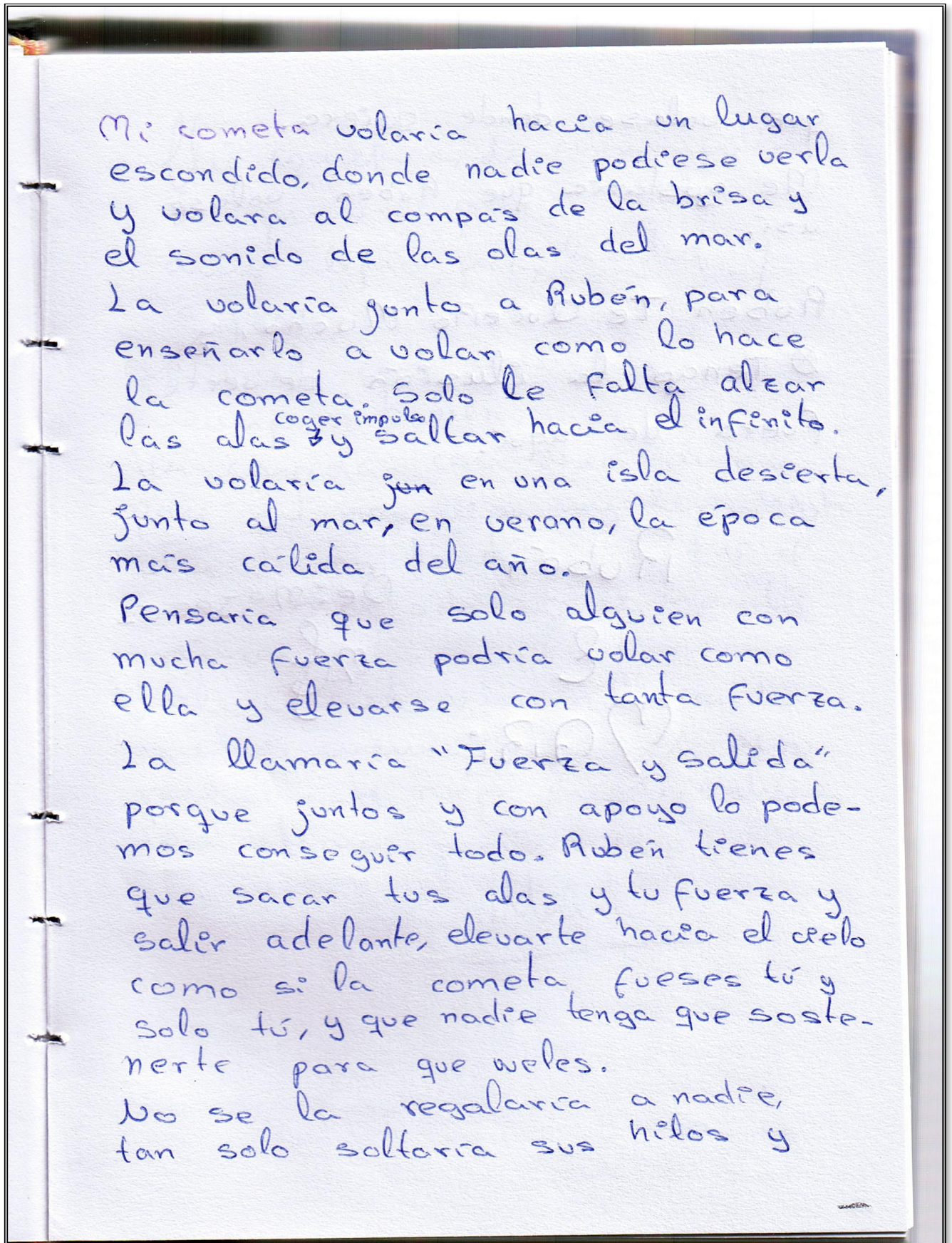


Ilustración 6.121: Diario de la Cometa. Reflexiones de M<sup>a</sup> Jesús (Pág. 1/2). (FA)



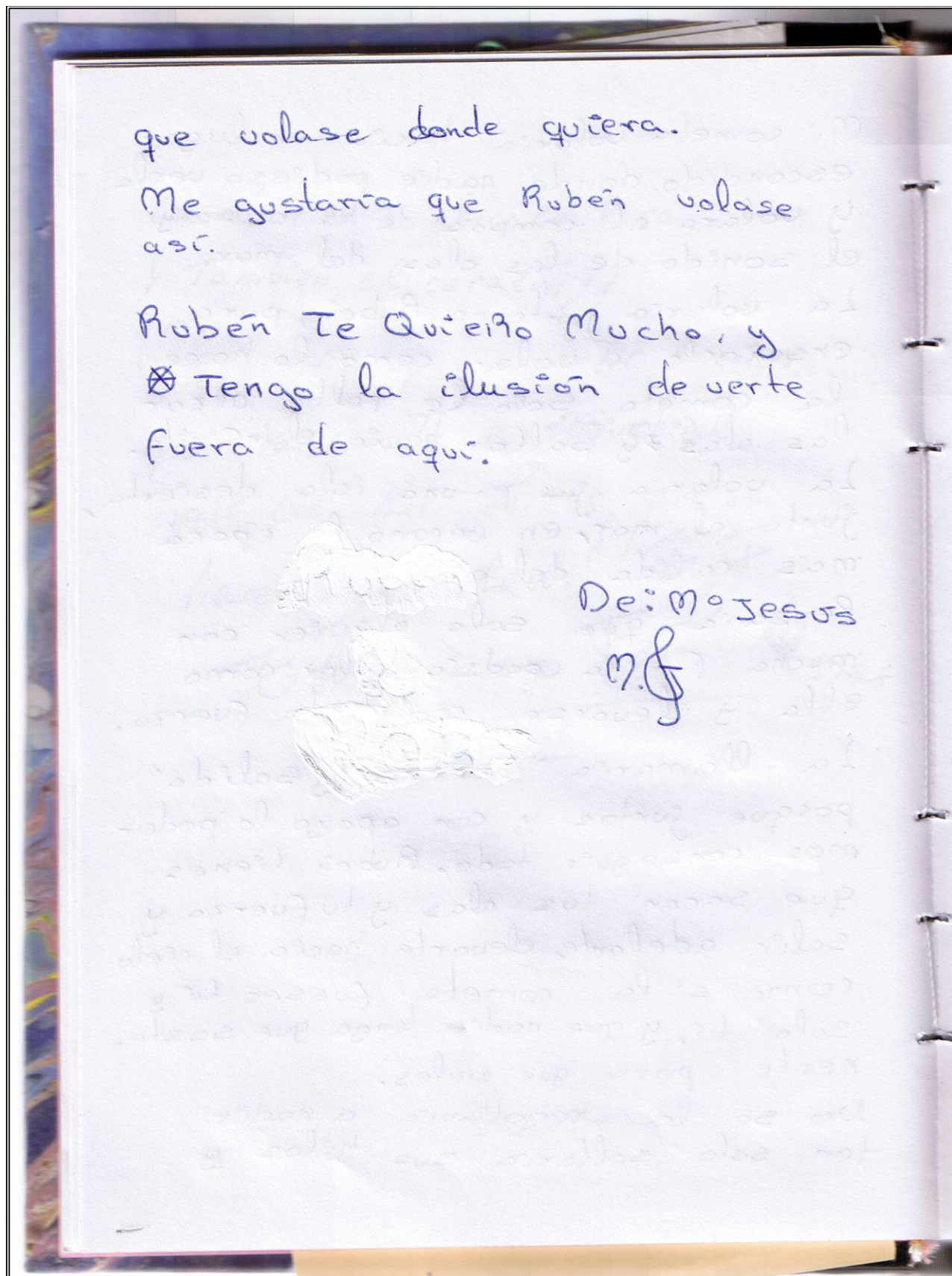


Ilustración 6.122: Diario de la Cometa. Reflexiones de Mª Jesús (Pág. 2/2). (FA)



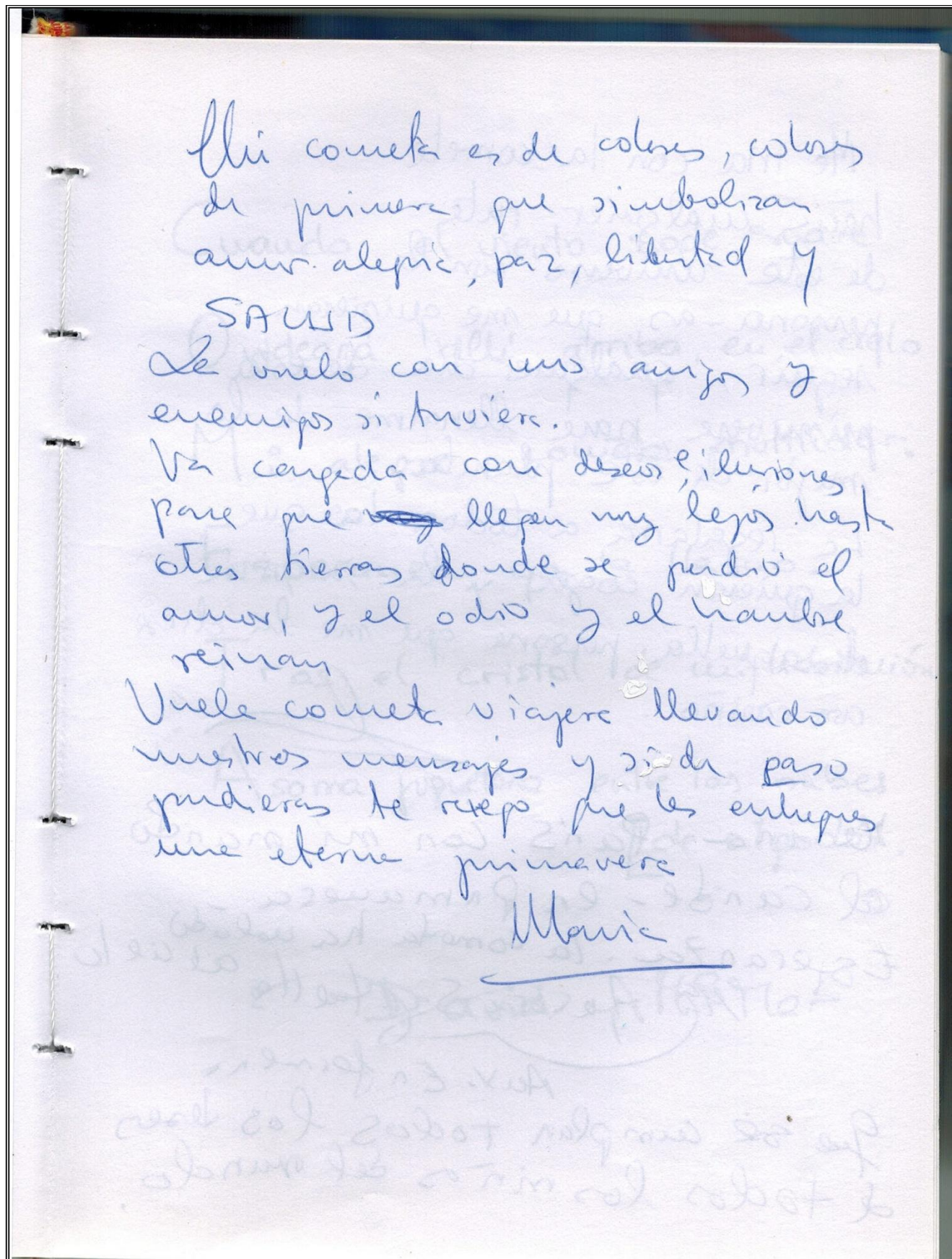


Ilustración 6.123: Diario de la Cometa. Reflexiones de María (Auxiliar). (FA)



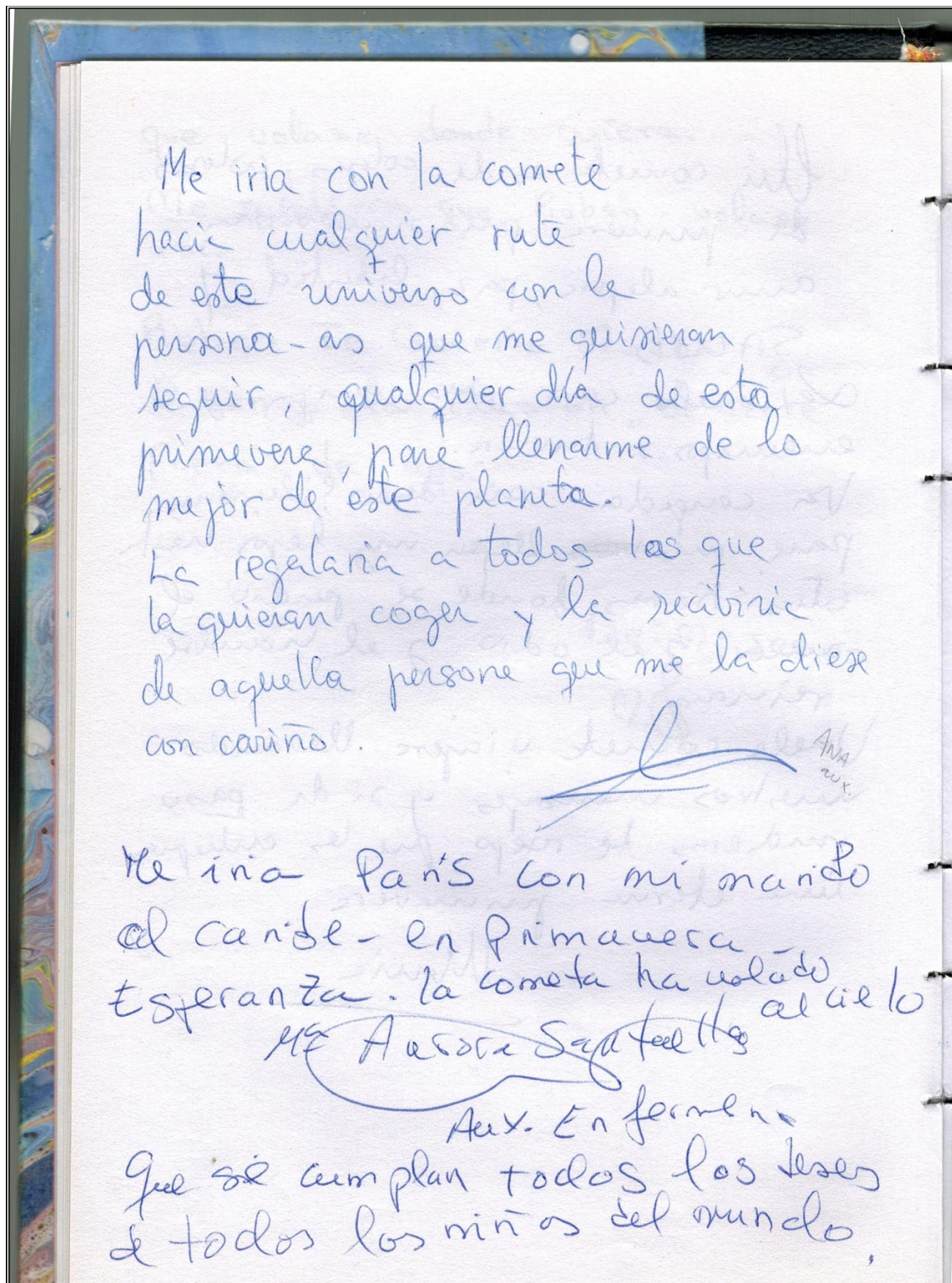


Ilustración 6.124: Diario de la Cometa. Reflexiones de Ana (Auxiliar) y de una madre. (FA)



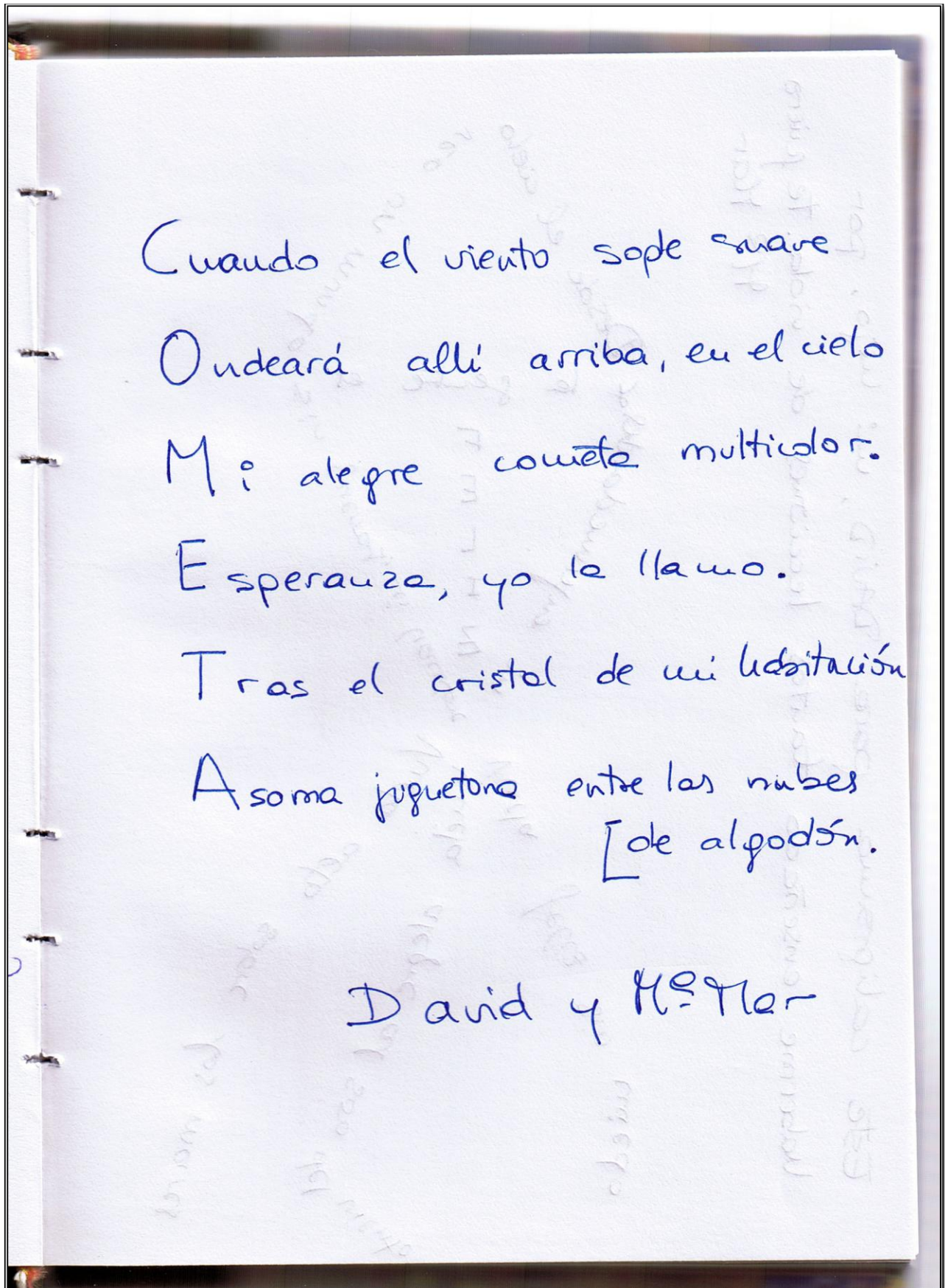


Ilustración 6.125: Diario de la Cometa. Acróstico realizado por David y su madre. (FA)







## 6.8. REFLEXIONES FINALES DE LA EXPERIENCIA

Desde las colaboraciones previas vividas en varios hospitales con los *Doctores Sonrisa* siempre albergué la ilusión de desarrollar una experiencia más amplia en el entorno de menores hospitalizados, por lo que, contando con una fuerte motivación para abordar una investigación al respecto, ya sólo se trataba de buscar la oportunidad de llevarla a cabo y, siendo el sitio más adecuado y accesible para estar durante un tiempo prolongado con los menores hospitalizados, el *Aula Hospitalaria* o *Ciber@aula*. Inicé los trámites necesarios para realizarla allí.

La acogida de la responsable en el Aula, Mercedes Martín, fue muy buena proporcionando una amplia y variada gama de posibilidades, de medios, de recursos. Todo tipo de facilidades que me dieron seguridad, sentido a mi iniciativa haciéndome pensar que iba por buen camino.

Estreno, ilusión, emoción. Tras acudir a varias sesiones para conocer a los niños/as y el ambiente, todas aquellas facilidades iniciales parecieron ahogarse, cuando se inundaron de la realidad de aquel contexto, por las lágrimas de mi alma. Mis sentimientos naufragaban impresionados al ver aquellas vidas infantiles marcadas por la enfermedad. Impacto, conmoción, lamento, abatimiento, duda. ¿Qué tipo de experiencia llevaría a cabo? ¿Sería capaz de resistir emocionalmente y convivir tan cerca de la enfermedad?

En el Aula se desarrollaban labores casi exclusivamente docentes. Los niños/as asistían para hacer actividades escolares con el fin de no perder el hábito y continuar con su formación mientras estaban hospitalizados. En casos puntuales o al terminar los quehaceres estudiantiles, sí existía un pequeño resquicio de tiempo para lo lúdico. ¿Dónde, cómo cuándo, de qué manera podría contribuir a que aquellos menores se sintieran mejor?

La dureza del entorno y la conciencia de la necesidad de tomarme un periodo de adaptación, de asimilación de aquel contexto, me hicieron comprender que debía dejar al margen, sin abordar, todo tipo de ideas que ilusionada había barajado antes del comienzo. El tema del humor, que tanto me apetecía desarrollar, se derrumbó ante las dificultades. La flaqueza se potenció por el cierto recelo manifestado en el personal docente para acoger a “una extraña” que investigaría en aquel entorno tan delicado.

Un lugar íntimo, difícil, donde cualquier atisbo de intención académica resultaba amenazante, convirtiéndose en perpleja incompreensión, máxime cuando se trataba de una persona relacionada con el ámbito de las Bellas Artes; a ojos de todos ¿qué tenía que ver el *Arte* con el contexto hospitalario?



El principio no fue fácil. Traté de permanecer dejando que el tiempo respondiera a las dudas y ordenara la incertidumbre.

Mientras conocía el entorno, colaboré, con mi mejor intención, en las necesidades que iban surgiendo. Me adapté, poco a poco, a las costumbres de los menores, a la pauta de funcionamiento del Aula. Comencé a ayudar a los niños/as en sus ejercicios teniendo el convencimiento de que aquella no era mi labor allí y que debía existir alguna manera que hiciera aflorar mi sensibilidad, entumecida por las circunstancias, que me facilitara una mayor implicación desde la emoción, el cariño, que sabía era capaz de generar, postura que haría más provechosa la experiencia, al permitirme aportar mucho más en aquel ambiente.

Observé que las circunstancias y los menores eran muy variables siendo difícil prever el desarrollo de cada día. El ritmo de trabajo en cada jornada era lento, poco dinámico. Asistían al Aula un número reducido de niños a los que se les atendía siempre con similares patrones pedagógicos: primero algo de lectura, después realizar dibujos, explicaciones teóricas y, a continuación, los deberes si estaban más tiempo ingresados. Con frecuencia, la dinámica se veía interrumpida porque los menores debían bajar a la planta para visitar al médico o hacerse alguna prueba.

Aquella rutina a veces me hizo cuestionar mi estancia. Según transcurría el tiempo y mi experiencia crecía, comencé a descubrir que mi objetivo principal allí debía ser, **estar, acompañar, compartir** con los menores. Aprovechar al máximo con ellos el tiempo de juego, el único flexible, un resquicio de vida ajeno a lo académico, la chispa en la monotonía del día. Momento que me permitía disfrutar, sintiéndome más libre, más auténtica, obviando y despojándome de todo tipo de prejuicios, suspicacias generadas en mí y en el entorno.

El **juego** fue la manera de acercarme a ellos, de conquistarlos, de comunicarme con ellos. De ese compartir en diversión, empezaron a surgir pequeñas respuestas, acciones, momentos mágicos que fueron reflejo de la unión y empatía entre nosotros, fruto de un cariño mutuo que crecía día a día.

El juego me ayudó a aceptar la realidad, a verla de otra manera. Fue así como el humor con el que me enfrentaba a aquella realidad fue cambiando.

El impacto, rechazo, vivencia como drama, que me producían, en un principio, los signos de la enfermedad y el aparatoso instrumental clínico/hospitalario, sobre los pequeños e inocentes cuerpos, se fueron transformando en un sobreponerme gracias a aquellas conexiones de reciprocidad que me aportaron de nuevo la ilusión y la motivación. Por aquellos pequeños gestos que me alumbraban: **una sonrisa, un ´gracias´, una mirada de complicidad, un beso... ya merecía la pena estar allí**. Me aferraba a ellos con la necesidad de seguir haciéndolos brotar de forma natural encontrando en ellos la respuesta a mi meta: hacer que se sintieran mejor, consiguiéndolo yo también.



Convencida reflexioné, que lo más evidente de aquel entorno era “lo malo”, bajo lo que se escondía una hermosa bondad y humanidad que sólo hacía falta destapar. El reto allí era conseguir apreciar, estimular y extraer “lo bueno” que en aquel entorno se podía llegar a potenciar. Mil matices apenas percibidos por mí, brillaron desde todos los lugares y tomé conciencia de la infinita gama de posibilidades que me aguardaban en las miradas, los gestos, las palabras de acogida...en definitiva, en los mundos abiertos de los menores. Había descubierto la clave. La clave desde la que el contexto sintonizaba desde lo más profundo de mí ser.

El Aula llevaba poco tiempo en uso y al poco de iniciar mis *prácticas* propusieron abrirla por las tardes, a modo de *Ludoteca*. Estaría a cargo de ella una auxiliar, M<sup>a</sup> José, que habían contratado para ese fin. Sería un espacio donde los menores ingresados pudieran disfrutar de los recursos del Aula que, a diferencia de la escuela en horario de mañana, lo podían hacer acompañados por sus familiares. Era un tiempo virgen, en el que no había estructura de un quehacer determinado. En la ludoteca no había ninguna actividad prediseñada, además, acudirían más niños al no haber visitas o pruebas médicas, que suelen ser por la mañana. Decidí cambiar el turno de mis prácticas, por la tarde. La opción fue muy oportuna, un éxito.

Empezaba a reencontrarme, a despertar. Comencé a “desplegarme” mientras compartía experiencias y me desenvolvía, cada vez con mayor seguridad, entre los menores que percibían mi bienestar, acentuándolo. Irradiaba felicidad. Mi entrega era cada vez mayor con los niños, y los familiares la recogían, devolviéndomela multiplicada con muestras de cariño.

Una vez más estaba pesando más la labor de *participante* en aquel ambiente, compartiendo como propias las alegrías y tristezas, las desventuras y esperanzas, que lo que debía de haber sido una labor *investigadora*.

Poco a poco fui una más para todo y quizá, con la naturalidad que aporta la igualdad, es como fueron surgiendo los talleres, las manualidades, la participación... que crearon un lugar, un entorno con sentido propio. El Aula ya era nuestro pequeño mundo donde sentirnos libres, evadirnos... sentirnos nosotros mismos.

Una característica inherente al desarrollo de esta experiencia, ha sido la ilusión que ha guiado cada uno de los momentos vividos, dándoles forma de deseo cumplido, al ser parte de una trayectoria que iba poniéndome de manifiesto la repercusión que el acompañamiento y el cariño, tenían en los menores y sus familias, en los momentos más críticos de la enfermedad.

Momento difícil de la vida que, aun arduo, quizá haya sido una pieza clave que aportó vitalidad a la experiencia, haciéndola más intensa y única. Se ha puesto de manifiesto la aparente paradoja de que, en la enfermedad, la vida y la ilusión pueden resonar más fuerte que en la salud.

Existió una gran implicación emocional que se convirtió en el punto de anclaje, en el soporte real del trabajo diario.





Por otra parte, la labor realizada permitió establecer vínculos y lazos afectivos muy importantes de los que las cometas fueron testigo, fomentándolos.

Ha sido una la oportunidad de convivir en un lugar restringido, desconocido, rico en experiencias vitales, compartiendo tiempos, emociones, historias de vida, que han influido, sin duda, en mi forma de entender la educación, en la valoración de la salud y, por tanto, en la manera de sentir la vida.

Por último, es deseable que cuando el lector repase el trabajo, quede contagiado por la emoción de la experiencia que en él se recoge. Ilusión que le muestre el convencimiento y la conciencia de lo que **"Vuelo de Ilusiones"** supuso. Un acontecimiento, un proceso que refleja vida. Se anhela que, al mismo tiempo, su lectura pueda transmitir, contagiar la experiencia vivida, haciéndole imaginar lo que fue; que le invite a soñar, a sentir la esperanza más a menudo.

Personalmente, esta experiencia me ha supuesto una realidad transformadora, no ya por lo aprendido, sino por las circunstancias emotivas y entrañables en las que se ha desarrollado.



## CAPÍTULO 7 - "SILUETAS ROTAS"

### (EXPERIENCIA CON JÓVENES AFECTADAS POR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA – T.C.A.)

---

Un resumen de ésta experiencia ha sido presentado como COMUNICACIÓN, en:

#### **II CONGRESO IBEROAMERICANO DE NUTRICIÓN DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**

Lugar y fecha: Granada 3 - 5 Diciembre 2012

**Título: AlimentArte.** La actividad artística como adyuvante terapéutico en adolescentes con TCA.





## 7.1. RESUMEN

Se describe la experiencia y los resultados del trabajo de investigación de un “Taller de Arte” realizado en 2012, a lo largo de cuatro meses, durante 14 sesiones de 150 minutos, en la Unidad Multidisciplinar de Trastornos de la Conducta Alimentaria ELCA-Granada, con un grupo 14 chicas adolescentes, de entre 15 y 28 años, con trastornos de conducta alimentaria (TCA).

Se han utilizado recursos didácticos relacionados con las artes plásticas y creativas como principal herramienta de tratamiento-recuperación, valorando la influencia de esa actividad artística en su ansiedad, autoestima y estado anímico, analizando en qué medida puede ser terapéutica.

El contenido de las propuestas planteadas configuran las cuatro fases de desarrollo en las que se divide y se desarrolla nuestra investigación:

1. **Sesiones de dibujo académico: encaje, trazo, sombreado, degradaciones, volumen, con distintas técnicas.**
2. **Trabajos de creatividad e imaginación.**
3. **Vivencias desde la emoción: propuestas para reforzar los vínculos personales.**
4. **Historias desde el humor positivo y lo lúdico.**

Se utilizó una metodología mixta. Por una parte, métodos de investigación cualitativa de enfoque biográfico-narrativo, obteniendo datos con instrumentos y análisis propios de ésta metodología: observación participante, cuaderno de campo, manifestaciones verbales (entrevistas o declaraciones espontáneas), cuestionario de satisfacción, composiciones artísticas, documentos expresivos y fotografías; por otra, de modo cuantitativo, se aplica a las pacientes, el Inventario Pre-Post de Ansiedad Rasgo-Estado, de Spielberger (STAI), de escasa aplicación en el área de conocimiento del arte, y que en esta investigación confirma, que la actividad artística resulta ser favorecedora de la reducción de ansiedad.

**Palabras clave:** Trastornos Alimentarios, Adolescentes, Actividad artística, Ansiedad, Bienestar



## 7.2. ABSTRACT

We describe the experience and results of the research of a "Art Workshop" conducted over four months (2012), during 14 sessions of 150 minutes in the Multidisciplinary Unit Feeding Behavior Disorders ELCA-Granada, with a group 14 girls adolescents, aged between 15 and 28 years with eating disorders (ED).

We used teaching resources related to the arts and creative as the main treatment-recovery tool, evaluating the influence of this artistic activity in his anxiety, self-esteem and mood, analyzing to what extent can be therapeutic.

The content of the proposals set the four stages of development in which it divides and develops our research:

- 1. -Academic sessions drawing: notions of lace, stroke exercises, shading, demotions, volume, using different techniques.**
- 2. - Creativity and imagination work.**
- 3. - Experiences from emotion: proposals to strengthen personal ties.**
- 4. - Stories from humor and playfulness: proposals from the positive mood.**

We used a mixed methodology. First, qualitative research methods biographical-narrative approach, obtaining data and analysis tools specific to this methodology: participant observation, field notes, verbal statements (interviews or statements volunteer) satisfaction questionnaire, artistic compositions, expressive documents and photographs, on the other, so quantitative applies to patients, Pre-Post Inventory State-Trait Anxiety, Spielberger (STAI), of limited application in the area of knowledge of art, and that this research confirms which proves artistic activity flattering reducing anxiety.

**Keywords:** Eating Disorders, Teen, educational artistic activity, Anxiety, Wellness





### 7.3. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) -entre los más conocidos la Anorexia y la Bulimia- son alteraciones psicológicas que giran en torno a la auto-prohibición de las personas a ingerir alimentos, condicionada por el logro y/o persistencia de un estado de extrema delgadez (casi imposible de encontrar de manera sana) que generan graves consecuencias por importantes pérdidas de peso, que llegan a ocasionar hasta una mortalidad próxima al 10% (León Espinosa de los Monteros y Castillo Sánchez, 2005) de todas las pacientes afectadas, resultando “el índice de mortalidad más elevado que cualquier otro trastorno psiquiátrico en mujeres jóvenes” (Bezós, Bañón, Pose, Pinilla, Cobo,... Sáez, 2012). Una aseveración interesante de la anorexia es la de la escritora y ex enferma anoréxica, Alina Fernández (2002), quién habla de ella como una enfermedad del alma que acaba en tragedia.

Según las estadísticas, un 3% de la población mundial sufre anorexia y éste tipo de trastornos hace que sea la tercera enfermedad crónica más común a nivel mundial (Arguello Soctti, 2009).

Además, quienes padecen TCA suelen tener dificultad para expresar las emociones. De acuerdo con Pascual-Jimeno, Etxebarria, y Echeburúa (2011), la bibliografía sobre la problemática de estas pacientes con el mundo emocional es amplia.

En la presente investigación no trato de buscar causas o reafirmar planteamientos existentes sobre la expresión emocional, si no de subsanar, en parte, sus consecuencias y demostrar que este problema puede minimizarse con actividades lúdico-didácticas de creación plástica.

Esta investigación empírica recoge la experiencia y resultados del trabajo de un “Taller de Arte” llevado a cabo en el año 2012, durante 14 sesiones de 150 minutos cada una, en la Unidad Multidisciplinar de Trastornos de la Conducta Alimentaria ELCA-Granada, con un grupo 14 chicas adolescentes, de entre 15 y 28 años, con trastornos de conducta alimentaria, en el que se han utilizado recursos didácticos relacionados con las artes plásticas y creativas como instrumento favorecedor de la mejora del estado anímico, para la ayuda en su tratamiento-recuperación.



## 7.4. OBJETIVOS

### A) OBJETIVO GENERAL

Desarrollar propuestas artístico-lúdico-formativas en el entorno de la terapia complementaria a la enfermedad del Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), que posibiliten espacios de distensión (individual y grupal) que permitan, descubriendo el potencial creativo de las pacientes, mejorar la calidad de vida durante el tiempo de ingreso en la unidad de día y produzcan aportaciones significativas para la salud de las adolescentes.

### B) OBJETIVOS ESPECÍFICOS EN EL ENTORNO DE LOS T.C.A.

1. **Utilizar** métodos plástico-creativos que, a partir de la capacidad artística de las pacientes/participantes, disminuyan su estrés y ansiedad.
2. **Paliar** los estados de **tensión emocional, sufrimiento, aislamiento** de jóvenes con TCA, mediante la estimulación de su capacidad creativa, como vehículo potenciador de bienestar y autoestima.
3. **Analizar la influencia positiva** que tiene la **actividad artístico-creativa** en el nivel de ansiedad y estado de ánimo en jóvenes con Trastornos de Conducta Alimentaria.



## 7.5. METODOLOGÍA

En la experiencia se sigue una metodología mixta en la que se integran métodos cuantitativos y cualitativos de investigación.

### 7.5.1. PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Su uso en esta investigación es, fundamentalmente, descriptivo e interpretativo. Los participantes son protagonistas de la investigación. Se seleccionan sus testimonios, relatos subjetivos, composiciones creativas, opiniones, que reflejan sus experiencias, sentimientos y su historia de vida. Se utilizaron instrumentos de recogida y análisis de datos propios:

- Observación participante
- Cuaderno de campo
- Entrevistas y declaraciones espontáneas
- Narraciones y relatos autobiográficos
- Entrevistas estructuradas
- Composiciones artísticas/ Documentos expresivos
- Fotografías
- Trabajos plásticos (dibujos, collage, poemas, ejercicios de volumen) realizados por las personas participantes.

### 7.5.2. PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Su uso en esta investigación es evaluativo y ha utilizado los siguientes instrumentos:

- Cuestionario/encuesta de satisfacción, de cada sesión.
- Inventario Pre-Post de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI), de Spielberger (1994).

### 7.5.3. ESTRUCTURA EDUCATIVA DE LAS SESIONES

Estaban organizadas de forma abierta, participativa y activa, donde el diálogo y la comunicación eran claves, ya que en determinados momentos los participantes decían sus preferencias al tipo de ejercicio, según sus motivaciones, generándose una cadena permanente de escucha hacia sus intereses. Las jornadas solían tener una estructura similar: resumen de la sesión anterior (evaluación, repaso de conceptos, sugerencias...), breve explicación teórica para introducir la clase, planteamiento y desarrollo de las propuestas alternando trabajo individual con grupal y puesta en común, para cerrar la sesión con la evaluación de la misma. También el contenido, así como el desarrollo de las propuestas, ha sido versátil, adaptadas en todo momento al grupo y a las necesidades del mismo.



---

#### 7.5.4. MATERIALES

Consideré fundamental establecer unos criterios de actuación mediante los que se pudiese relacionar el pensamiento íntimo con el trabajo que se realizara, a fin de potenciar los sentimientos de estabilidad para el necesario equilibrio afectivo coincidiendo con lo que afirma Yanes Córdoba (2007:238) cuando dice que "a través de esta metodología activa, se busca la autoconstrucción permanente del ser humano, poniendo en relación lo que se siente, lo que se piensa, y lo que se dice, con lo que hace, ayudando de esa forma al desarrollo integral y el equilibrio afectivo de la persona".

Puesto que estaba ante un grupo heterogéneo y como afirman muchos autores (Chatoor, 1999; Harrison, Sullivan, Tchanturia y Treasure 2009; Hayaki, 2009; Waller, 2010 en Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M. S., & Echeburúa, E. (2011) las personas con TCA tienen importantes dificultades en su relación emocional con comportamientos distintos frente a las propias emociones o la expresión verbal de las mismas, existiendo respuestas diversas ante un mismo estímulo, según se trate de pacientes con anorexia nerviosa (AN) o bulimia nerviosa (BN) ya que intervienen en ellos importantes variables, como trastornos de personalidad o depresivos, aspectos cognitivos o sociales, problemas en las relaciones familiares y es por lo que procuré, metodológicamente, que nada, durante el desarrollo de las sesiones, quedara carente de valores, de significado. Todo gesto, toda palabra, toda acción poseía una carga significativa que era preciso saber analizar en el grupo, creando así una relación **educativo-terapéutica dónde lo prioritario era, crear un espacio lúdico creativo/formativo, alternativo a la rutina de la enfermedad**, un espacio donde aprender, compartir, reflexionar, expresar para incidir de manera positiva en el bienestar de las pacientes; esta prioridad imponía una adaptación flexible a la programación de cada sesión, a veces, adaptándola para lograr la mayor y mejor aceptación por el grupo.

Para el desarrollo de las sesiones he utilizado, fundamentalmente, dos bloques de recursos:

---

##### 7.5.4.1. DIDÁCTICOS

- Proyecciones con esquemas de conceptos y fases de la actividad artística
- Muestra de obras de artistas
- Dinámicas de grupo
- Sesiones de ludoterapia.

---

##### 7.5.4.2. ARTÍSTICOS

- Collage, rotuladores, carboncillo, tiza, acrílico y materiales reciclados para permitir una mayor comodidad y expresión de la creatividad e imaginación.



## 7.6. FASES Y DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Aunque el planteamiento teórico inicial está claro, tanto de los objetivos a lograr como de la metodología a seguir, en un tipo de investigación-acción, -término acuñado y desarrollado por Kurt Lewin-, en situaciones sociales reales como la que iba a comenzar, es obvio que se van a presentar variables que no están inicialmente contempladas y que desembocarán en otras vías, no menos interesantes, como se verá a lo largo de la descripción del desarrollo de la experiencia. Al respecto conviene recordar el planteamiento de Lewin, (1973) que describió la investigación-acción como un proceso de peldaños en espiral, cada uno de los cuales se compone de planificación, acción y evaluación del resultado de la acción.

El formato y la dinámica de trabajo fue grupal, con actividades individuales y colectivas, con un enfoque basado en lo lúdico a partir de objetivos artísticos, donde el proceso era más importante que los resultados. Estas actividades, experiencias y momentos ayudaron a restituir en cada una de las pacientes anoréxicas, sus **siluetas rotas** por la enfermedad; siluetas que conforman el contorno de un entorno en que la imagen no era lo más importante. Instantes que se iban perfilando y dando forma a una experiencia dividida en varias fases:

### 7.6.1. PRIMERA SILUETA: CONOCIÉNDONOS. SESIONES DE PRESENTACIÓN

En el centro, ya sorprende la ausencia de espejo en el baño, recordando que se entra en un entorno donde la imagen aparente del cuerpo está sometida a severa evaluación, fruto de una enfermedad en la que, incluso mirarse el rostro en el espejo estaba prohibido, porque allí “no quieren y temen encontrarse consigo mismas [...] con su silueta; la enfermedad les impide saber mirarse al espejo y con él les cambia la cara”. (Azpeitia, Barral, Díaz, González, Moreno y Yago, 2001:151).

Tomo conciencia, una vez más, del cometido allí, derivado del objetivo general de la investigación: hacer descubrir a cada una de las participantes del taller sus potencialidades, cualidades positivas y valores, más allá de la imagen (su imagen) a través de propuestas artístico-educativas que les proporcionaran disfrute y bienestar.

Previo al inicio de las sesiones, la dirección del Centro me ha facilitado una relación nominal de las alumnas que compondrán el grupo de trabajo. Son catorce chicas, todas afectadas por algún T.C.A., con edades comprendidas entre los 15 y los 28 años.

El primer planteamiento es que cada una de ellas haga, por escrito, una evaluación inicial, se auto-describan, con objeto de conocer sus gustos, aspiraciones, experiencia previa, para adaptar el contenido a impartir a sus conocimientos, preferencias etc. y poder hacer más gratificante, motivadora y provechosa la experiencia del taller creativo.





### 7.6.1.1. EDADES, ESTUDIOS Y OCUPACIÓN ACTUAL

Les pido, en primer lugar, que indiquen su nombre, edad, los estudios que poseen y la ocupación o actividad actual. En la ilustración siguiente (Tabla 7.1) se relacionan los datos con sus nombres que, por razones obvias, y por tratarse de menores en algunos casos, he modificado respecto a los nombres reales.

Nombre	Años	Formación	Observaciones
Ana	19	Estudia informática	
Amparo	25	Bachiller	
Ángeles	16	Estudia 4º de ESO	
Beatriz	27	Licenciada en Derecho	No estudia, ni trabaja
Carmela	28	EGB	Actualmente en paro
Cristina	24	Máster Gerontología	Es trabajadora social
Crisanta	16	Estudia 3º de ESO	
Juani	22	Estudia 4º de Pedagogía	
Mariana	27	Estudia Magisterio Infantil e Inglés	
María	17	EGB	No estudia, ni trabaja
Martina	15	Estudia 3º de ESO	
Maya	19	Grado de Enfermería	
Miriam	22	Estudia Ing. de Telecomunicaciones	
Pili	18	Estudia 2º Bachillerato	Hace Artes Escénicas

Tabla 7.01 Relación de participantes en la experiencia.

Hay que señalar que no siempre asistirán todas las alumnas a todas las sesiones y, en algunos casos, se producirán también incorporaciones o salidas fuera de horario y siempre justificadas (medicación, indisposición transitoria...)

### 7.6.1.2. CONOCIMIENTOS ARTÍSTICOS Y EXPECTATIVAS SOBRE EL TALLER

A continuación les solicito su respuesta a las siguientes PREGUNTAS:

1. **¿Qué actividades o talleres has realizado relacionados con arte, creatividad, manualidades, etc.?**
2. **¿Qué te gustaría realizar en este taller? (propuestas, actividades, materiales con los que trabajar, técnicas a usar, etc.)**
3. **Rodea con un círculo los materiales que has usado alguna vez: lápiz de grafito HB, 2H, 3B, carboncillo, plastilina, barro, témperas, óleo.**
4. **¿Qué esperas de este Taller?**



5. **¿Todas las personas pueden ser creativas? ¿Crees que se nace creativo o nos vamos haciendo creativos?**
6. **¿Qué es para ti el arte, la creatividad?**
7. **Obras de arte (dibujo, pintura, escultura, fotografía...) que te gusten.**
8. **Artistas plásticos que conozcas y que te gusten.**

Transcribo a continuación algunas respuestas significativas a las preguntas del cuestionario de evaluación inicial y la interpretación de las respuestas a cada pregunta aunque, al final del cuestionario, realizaré una valoración global del grupo.

### **Respuestas a PREGUNTA nº1, sobre actividades realizadas en relación al arte:**

Ángeles: *“He dado clase de música desde pequeña; también he dado clase de danza muchos años”*

Beatriz: *“En el centro he realizado Arteterapia y diferentes manualidades [...]; fuera del centro di un Taller de pintura al óleo”*

Carmela: *“[...] en el centro he echo <sup>54</sup> Arteterapia”*

Cristina: *“[...] solía gustarme escribir una especie de poemas de prosa libre, donde reflejaba situaciones, sentimientos, retos, aunque hace muchos años que perdí esa capacidad”*

Juani: *“En el centro Arteterapia hemos realizado todo tipo de manualidades y trabajos con pinturas, material de escritura, cartulinas, plastilina etc.”*

Mariana: *“Arteterapia en el centro”*

Martina: *“Papiroflexia, teatro, ballet, gimnasia rítmica, poesía, plástica (en el instituto); en el centro, fotografía, manualidades y pintura”*

Maya: *“Taller de Arte terapia (centro), pintar lienzos, pinta escallola,<sup>55</sup> acuarela [...] manualidades varias”*

Pili: *“En el centro he dado unos 5 o 6 talleres de arte-terapia. Fuera del centro actividades en escenografía [...] también he hecho teatro y danza durante 8 años”*

<sup>54</sup> Sin hache en el original

<sup>55</sup> Escrito así en el original



**Breve Análisis cualitativo a las respuestas de la PREGUNTA 1:**

1. Todas han realizado alguna actividad relacionada con el arte.
2. Casi todas han hecho trabajos arteterapéuticos, en el centro o fuera de él.
3. Alguna refiere actividades de música o literatura
4. Tres de ellas (21,4 %) comentan que han realizado danza o gimnasia rítmica, una disciplina que cuida el cuerpo y que confirmaría la tendencia del aumento de una mayor incidencia y prevalencia de T.A.C. en grupos de población que realizan actividades corporales y que requieren una imagen delgada, como en el caso de las bailarinas.

**Respuestas a PREGUNTA nº2, sobre lo que le gustaría hacer en el Taller:**

Ángeles: *"Espero pasármelo muy bien y [...] olvidar temas muy recientes y ¡divertirme!"*

Beatriz: *"Manualidades de todo tipo, descubrir técnicas nuevas, aprender bien a dibujar y a pintar, perfeccionar mi técnica"*

Marina: *"Algo lúdico y divertido"*

Cristina: *"Aprender técnicas muy básicas de dibujo porque no sé ni dibujar una flor. Manualidades de todo tipo y sobre todo que pueda realizar en casa para entretenerme y relajarme. Grafitis y cosas divertidas en grupo sobre todo"*

Ángela: *"Recursos y técnicas desconocidas, nuevas y muy dinámicas"*

María: *"Que se me pase rápido el tiempo y pueda hacer bien las cosas y sin compararme. Que sea entretenido, divertido y conocernos todas las compañeras"*

Pili: *"Cosas sencillas y que no agobien"*

**Breve Análisis cualitativo a las respuestas de la PREGUNTA 2:**

1. Es casi unánime el sentimiento de relax, distracción o diversión que se pretende con el Taller.
2. Demandan actividades sencillas y lúdicas.
3. Casi la mitad expresan deseos de aprender a dibujar y pintar bien, perfeccionando su técnica.
4. Casi todas aspiran a que pase el tiempo pronto.



### **Respuestas a PREGUNTA nº3, sobre materiales utilizados:**

Material	Nº Usuarías	%
Lápiz	14	100,0%
Carboncillo	10	71,4%
Témpera	8	57,1%
Óleo	6	42,9%
Barro/Plastilina	9	64,3%

*Tabla 7.02 Uso de materiales.*

### **Breve Análisis cualitativo a las respuestas de la PREGUNTA 3:**

1. Todas responden afirmativamente a la pregunta de haber usado el lápiz para dibujar, aunque casi todas especifican una sola dureza de mina.
2. Casi todas las respuestas coinciden en haber usado varios materiales.
3. El óleo es el elemento menos utilizado.

### **Respuestas a PREGUNTA nº4, sobre lo que esperan del Taller:**

Beatriz: *“Espero disfrutar al máximo y pasar las horas de forma rápida y amena”*

Mariana: *“Que no sea aburrido”*

Cristina: *“Aprender sentirme bien haciendo cosas encontrar nuevas aficiones”*

Ángeles: *“Pasármelo muy bien y que se me pase rápido, olvidar temas recientes y divertirme”*

Maya: *“Divertirme pasar un rato ameno, aprender, descubrir técnicas y materiales”*

Carmela: *“Hacer cosas interesantes y aprender cosas nuevas”*

María: *“Que se me pase rápido el tiempo y sepa hacer las cosas bien y sin compararme; que sea entretenido y divertido y conectemos todas las compañeras”*

### **Breve Análisis cualitativo a las respuestas de la PREGUNTA 4:**

1. Es prácticamente unánime la manifestación que hacen, de que esperan del Taller un paso rápido del tiempo. En este sentido, aparece cierta similitud con las respuestas facilitadas a la pregunta nº 2, “sobre lo que les gustaría hacer en el Taller”, donde también aspiraban a que el tiempo pasara pronto.
2. Algunas manifiestan su deseo de aprender cosas nuevas.
3. Casi todas coinciden en pasárselo bien.



**Respuestas a PREGUNTA nº5, en relación a su percepción de la creatividad:**

Beatriz: *"Todas las personas pueden ser creativas unas más que otras, también hay que saber motivar esa creatividad. Sí me considero creativa aunque depende del día"*

Mariana: *"Sí, si soy creativa cuando quiero"*

Cristina: *"No, creo que no; de hecho, yo no lo soy para nada"*

Juani: *"Si cada persona realiza las cosas de manera distinta ahí está la creatividad. Yo si me considero creativa"*

Ángeles: *"¡Claro que sí! Pienso que la creatividad depende mucho de la capacidad imaginativa. Depende de las actividades soy más o menos creativa"*

Maya: *"Sí, cada persona puede desarrollar la creatividad en un ámbito. Depende del día soy más o menos creativa"*

María: *"Sí, todas pueden sacar algo de creatividad"*

Carmela: *"Yo no soy creativa pero hay gente que sí, depende de la persona"*

**Breve Análisis cualitativo a las respuestas de la PREGUNTA 5:**

1. Más de la mitad de ellas piensan que cualquier persona puede ser creativa, aunque al trasladarlo a la primera persona, ya aparecen dudas de sobre la propia creatividad que, en bastantes casos, la consideran afectada de factores exógenos: según día o circunstancias.
2. En estas respuestas aparecen reflejados los dos extremos: las que están seguras de su creatividad –como decía en el punto anterior, a veces en función del momento o de su voluntad- y las que no admiten ser creativas.

**Respuestas a PREGUNTA nº6, sobre lo que es para cada una el arte y la creatividad:**

Carmela: *"Es una forma de comunicación y de expresar sentimientos e ideas sin necesidad de palabras, de mostrar quienes somos creando algo"*

Ángeles: *"Es la capacidad de idear, de imaginar sobre materiales. El arte puede estar presente en todo lo que se considere 'arte', depende de uno mismo y de la capacidad de visión"*

Cristina: *"Realizar cosas con ilusión, cualquier cosa que te guste y ofrezca un buen resultado para ti y para los demás. Las cosas con significado. Expresar cosas de forma bonita. La creatividad creo que es mucha capacidad de inventar, de hacer cosas bonitas"*





Juani: *“El arte lo puede ser todo, cualquier tipo de acción puede ser creativa”.*

Martina: *“El arte para mi es una forma de expresión, de transmisión de sentimientos propia de cada persona que no está regida por unos modelos fijos y donde no existe la corrección. Hay multitud de personas a las que considero artistas”*

Maya: *“El arte es crear algo tu misma con ayuda de materiales o técnicas y dejándote llevar por tu imaginación. Y la creatividad es la capacidad de imaginar y crear que tiene una persona”*

Pili: *“El arte es una forma de expresar sentimientos sin plasmarlos en ti. Puedes plasmarlos en un papel, en esculturas, moviéndote, actuando. La creatividad es la capacidad de expresar sentimientos de distintas formas, de inventar”.*

María: *“El arte son las obras creadas por los seres humanos para expresar cosas usando materiales. La creatividad es la originalidad que tiene la persona a la hora de expresar el arte”*

#### Breve Análisis cualitativo a las respuestas de la PREGUNTA 6:

1. La mayoría considera el arte como forma de comunicación.
2. A esta pregunta las respuestas son más diversificadas y el nexo común más importante que presentan es el considerar el arte como un medio de expresión, generalmente de sentimientos.

#### Respuestas a PREGUNTAS nº 7 y 8, sobre obras de arte y artistas plásticos preferidos:

En la siguiente ilustración (Tabla 7.3) se presenta relación nominativa con las respuestas facilitadas por cada una de ellas, apareciendo los recuadros en blanco en las que no han dado ninguna contestación.



Nombre	Artistas	Obras de Arte	Observaciones
Ana	Van Gogh, Dalí	El Grito	Contemporáneos me gustan Victoria Francés y Cris Ortega
Amparo	Dalí, Velázquez		
Ángeles	Modrian	El Grito	Me encanta la obra geométrica de Modrian
Beatriz	Dalí, Monet, Pollock, Velázquez, Munch, Miguel Ángel	El Grito, La Piedad, El David,	Me gustan las estaciones de Monet
Carmela		No tengo ninguna en concreto	
Cristina	No conozco artistas		Tengo amigos que hacen fotos y me gusta ese tipo de arte
Crisanta	Picasso, Dalí		
Juani	Dalí, Picasso, Pollock	Las Meninas	
Mariana	Ninguno		No me gusta el arte
María	Goya, Dalí, Picasso, Velázquez	Las Meninas, La Mona lisa	
Martina	Van Gogh, Goya, Dalí, Picasso, Velázquez		Hay multitud de personas a las que considero artistas
Maya	Goya, Van Good, Dalí, Picasso, Pollock <sup>56</sup>	Las Meninas, El Grito, La Mona lisa	
Miriam	Dalí, Goya	Las Meninas	
Pili			Me gusta el arte abstracto

Tabla 7.03 Conocimiento y preferencias de artistas.

**Breve Análisis cualitativo a las respuestas de las PREGUNTAS 7 y 8:**

1. En general, a estas preguntas responden con nombres de obras y autores de prestigio mundial.
2. Destaca que los cuatro primeros artistas citados son españoles.

<sup>56</sup> Escrito así en el original



3. Se observa que algunas respuestas son muy escuetas y parece que muestran cierta apatía o desgana en ellas.
4. Aunque estamos trabajando sobre un número muy reducido de personas, se presentan en las tablas siguientes la incidencia porcentual de las respuestas respecto a artistas plásticos y obras preferidas.
5. Respecto al artista plástico es Dalí el más citado (23,7%).
6. En referencia a la/s obra/s de arte preferida/s, la ausencia de respuesta (35,0%) es notable respecto a las que sí citan alguna preferencia.

**Artistas plásticos conocidos**

**Obras de Arte preferidas**

Autor	Nº citas	%
Dalí	9	23,7%
Picasso	5	13,2%
Velázquez	4	10,5%
Ninguno (N/S o N/C)	4	10,5%
Goya	4	10,5%
Van Gogh	3	7,9%
Pollock	3	7,9%
Monet	1	2,6%
Mondrian	1	2,6%
Munch	1	2,6%
Miguel Ángel	1	2,6%
Victoria Francés	1	2,6%
Cris Ortega	1	2,6%
Total citas:	38	

Obra	Nº citas	%
Ninguna (N/S o N/C)	7	35,0%
El grito	4	20,0%
Las Meninas	4	20,0%
La Mona lisa	2	10,0%
La Piedad	1	5,0%
El David	1	5,0%
Las fotos de mis amigos	1	5,0%
Total citas:	20	

Tabla 7.04 Artistas y obras preferidas.

**7.6.1.3. PERFIL DEL GRUPO**

Tras el análisis de las respuestas se traza el **perfil del grupo**, que manifestaba características personales propias de la enfermedad.



**Buenas estudiantes, con altas aspiraciones académicas y creativas:** La mayoría están cursando estudios superiores (licenciaturas y postgrados), por tanto, hay un importante nivel cultural en el grupo, al tiempo que se denota su exigencia e inteligencia. Esto refleja algunas características de las personas con esta enfermedad: el ajuste adecuado de las normas, cierta rigidez de patrones comúnmente observados, rasgos de personalidad obsesiva, necesidad de control y perfeccionismo.

“La experiencia clínica y la evidencia experimental indican que el perfeccionismo es común entre las personas que padecen TCA incluso antes de presentarlo. Las personas con perfeccionismo crítico se juzgan a sí mismas exclusivamente en términos de “trabajar duro para conseguir determinados standards” en áreas de la vida que son importantes para ellos. Si sufren TCA aplican estos standard extremos al comportamiento de comer, peso, silueta corporal y su control” (Raich, 2011:84).

**Experiencia artística previa en talleres similares:** En general, todas las participantes tenían experiencia previa con materiales y técnicas artísticas. Algunas eran aficionadas a la pintura, danza o escritura, hecho que las vinculaba positivamente, por su sensibilidad, a este tipo de taller. Una de ellas relató: *“escribía poemas en prosa libre dónde reflejaba situaciones sentimientos retos aunque hace muchos años que perdí esa capacidad”*.

**Buena predisposición, en general, al taller:** De manera general sus aspiraciones del taller eran aprender manualidades, técnicas nuevas, aprender a dibujar, pintar, cosas que pudieran realizar en casa para entretenerse y relajarse, encontrar nuevas aficiones, que fuera algo lúdico y divertido, trabajar en grupo conectando con las compañeras, manteniendo una buena relación con ellas.

**El paso rápido del tiempo:** El deseo de que discurra el tiempo con prontitud es una de las constantes del grupo, no sólo porque lo manifiestan en sus respuestas sino que lo expresa su actitud. Es importante recordar la respuesta de María, a la pregunta inicial nº 4, que afirmaba, entre otras cosas: *“que se me pase rápido el tiempo y sepa hacer las cosas bien y sin compararme”*, dejando entrever rasgos de enfermedad que todas tenían en común: inseguridad, baja autoestima y preocupación excesiva por el paso del tiempo que siempre tendía a hacerseles lento, plomizo, mientras esperaban el minuto deseado de la medicación o de la ida al baño.

#### **7.6.1.4. SILUETA VISUAL DE PRESENTACIÓN: ESCUDO DE CUALIDADES PERSONALES**

---

Después de este análisis inicial, pienso que el planteamiento con que debo comenzar el Taller ha de ser algo distinto, motivador e iniciarlo con una vía de dinamización del grupo distinta de la fría, y a veces embarazosa, presentación individual.



### **Justificación del ejercicio:**

Con el fin de empezar a conocerse, como primera propuesta creativa plástica, sugiero diseñar un **ESCUDO PERSONAL** que incluya cuatro parámetros: **el nombre, una cualidad personal positiva, una afición y un recuerdo positivo**. La implicación fue buena y la propuesta facilitó el diálogo pero, sobre todo, el disfrute con la realización de los trabajos de los que algunos de ellos reflejan mucha creatividad y personalidad. A todas las chicas les resultó más difícil representar su “cualidad personal positiva”. Para crear una mayor cohesión grupal, y dado que algunas se conocían, se hizo un intercambio de impresiones y, aún así, varias de ellas no pusieron ninguna cualidad positiva en su escudo.

### **Breve análisis cualitativo al ejercicio del escudo personal:**

El material empleado para realizar esta primera serie de trabajos, han sido lápices de colores, rotuladores y algunas ceras, y todos sobre soporte de papel. Puesto que se les ha pedido que incluyan cuatro parámetros, casi todos los trabajos están modulados en cuatro partes; de los diez ejercicios que he obtenido documentación fotográfica los agrupo en cuatro subdivisiones:

#### **1 – Con envoltente de escudo de armas:**

Algunos de los Escudos Personales que se presentan (30%), tienen la característica común de emplear una envoltente que recuerda a la de un escudo de armas.

#### **2 – Con envoltente de corazón:**

En el 20% de los que se presentan, utilizan claramente para delimitar el escudo, la silueta de un corazón.

#### **3 – Sin “cualidad positiva”:**

A pesar del esfuerzo motivador inicial en el que se fomentó la cohesión grupal para exteriorizar las virtudes y las cualidades positivas de las compañeras, hubo algunas (20% de los presentados) que en sus escudos, como se recoge en este apartado, no reflejaron ninguna cualidad positiva.

#### **4 – Presentación singular:**

Por último, en este apartado incluiré los escudos (30%) que no se adaptan a un patrón general o que tiene alguna característica especial.





**Grupo 1 – Con envoltente de escudo de armas**



*Ilustración 7.01: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: Maya. (FA)*



**Breve análisis del Escudo Personal ( Ilustración 7.01 )**

Nombre	Cualidad positiva	Aficiones	Recuerdo positivo
<p>Lo escribe abreviado, a modo de apodo familiar, en posición diagonal ascendente ocupando un tercio de la superficie total del escudo. Sobre fondo blanco, las letras son gruesas, de caligrafía redondeada, de trazo seguro, coloreadas a lápiz interiormente cada una de un color y muy decoradas con adornos circulares. El contorno está reforzado con rotulador de colores que delimita muy bien la silueta de cada letra sugiriendo un dominio del dibujo.</p>	<p>Situadas en la parte inferior del escudo, ocupan un lugar importante del escudo. Hace evidente sus cualidades con símbolos que destacan sobre un fondo claro. Unos labios que, sin duda representan el amor, una cara sonriente, un libro y un lápiz que se pueden interpretar como cariñosa/amorosa, simpática y escritora. Predomina el color rojo en esta sección.</p>	<p>La música y viajar. Hay un icono en el centro que no se identifica. Esta parte también presenta un color suave en el fondo. Destaca la originalidad del pentagrama y el realismo del avión.</p>	<p>Es la zona a la que menos espacio ha dedicado. Por el dibujo del sol y las aves, se intuye un paisaje marino; también unos pequeños globos indican alguna fiesta.</p>

**Comentarios**

- **Envoltente** : Tiene forma de “escudo de armas suizo”. El contorno lo rodea de guirnaldas y florituras en las que predomina el color verde con su parte superior adornada también con florecillas rojas.
- **Colorido** : En general, utiliza tonos pastel, suaves trabajados con lápiz, excepto los símbolos que suele hacerlos con color más intenso y rotulador. Hay dos secciones que deja con el fondo blanco y otras dos que cubre con un color suave.
- **Simbología** : Emplea unos iconos con cierto aspecto retro que recuerdan a los años 60: corazón, cara sonriente y labios con cierto aspecto retro. Además aparecen otros como un libro, un lápiz, avión, pentagrama, sol, pájaros y globos.
- **Otros** : Las divisiones entre cada parte del escudo están realizas con líneas poligonales.





Ilustración 7.02: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: Mariana. (FA)



**Breve análisis del Escudo Personal ( Ilustración 7.02 )**

Nombre	Cualidad positiva	Aficiones	Recuerdo positivo
Escrito en diagonal descendente con letras mayúsculas sencillas de color azul sobre fondo rojo suave. Ocupa un cuarto del espacio de la superficie total del escudo. Incorpora junto al nombre varios símbolos: un sol ardiente, un barco sobre el agua y 4 monigotes en fila de tamaño bastante reducido que podrían ser su familia	Ocupa un cuarto de la superficie y puede leerse en letras mayúsculas de un color naranja que destacan sobre fondo azul claro escritas en horizontal: "Buena persona". Incorpora tres símbolos de cara sonriente de distinto color que refuerzan la cualidad positiva	El deporte. Escribe la palabra en inglés "Sport" en diagonal descendente, con letras mayúsculas de color verde que destacan sobre un fondo azul claro. Los deportes los cita con símbolos y texto: futbol, natación, capoeira, bici	Su familia. Escribe el texto en inglés con letras mayúsculas en horizontal de color rojo que destaca sobre fondo verde claro. Incorpora 8 monigotes que rodea con una línea roja

**Comentarios**

- **Envolvente :** El escudo con el borde inferior redondeado en la punta, también conocido como semicircular o de medio punto, con forma de blasón más común en Flandes, Portugal y España, donde esta forma se mantiene hasta principios del siglo XVIII. El contorno es sencillo, formado por una línea gruesa negra de rotulador, que lo delimita. Llama la atención, en la parte superior, una especie de sombreado de color rosa, también con un borde negro, que da sensación de volumen conformando así un sencillo timbre.
- **Colorido :** Los fondos son claros realizados a lápiz y destacan las palabras en tonos más intensos, con rotulador, al igual que iconos de la parte superior del escudo. En la parte inferior los dibujos son de color menos intenso al estar realizados con bolígrafo.
- **Simbología :** Incorpora símbolos referentes a los distintos deportes con los que describe sus aficiones; también simboliza a su familia con símbolos simples de personas.
- **Otros :** Las divisiones entre cada una de las partes está realizada con línea recta conformando así el interior un escudo acuartelado en cruz.



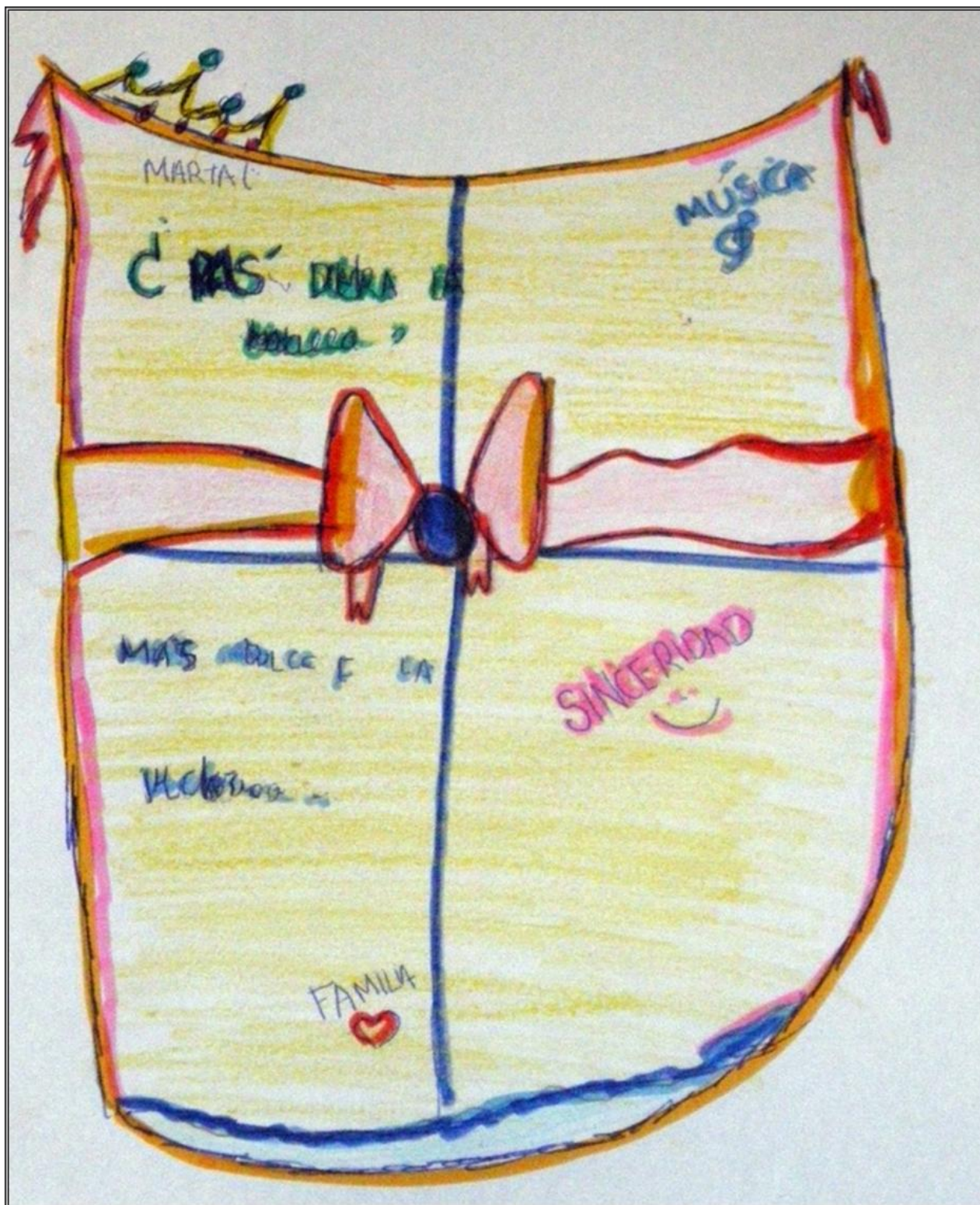


Ilustración 7.03: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: Martina. (FA)





**Breve análisis del Escudo Personal ( Ilustración 7.03)**

Nombre	Cualidad positiva	Aficiones	Recuerdo positivo
Escrito con letras mayúsculas a tamaño muy reducido y color poco intenso, al estar realizado con bolígrafo. Junto al nombre una letra, posiblemente inicial de su apellido.	Sinceridad. Palabra escrita en letras mayúsculas en diagonal ascendente, con bolígrafo y repasada encima con rotulador color rosa. Acompaña un símbolo de cara sonriente que refuerza la cualidad.	Música, escrita a bolígrafo y que repasa con rotulador de color azul. Debajo añade, el símbolo de la clave de sol. Estos elementos los sitúa en el ángulo superior derecho del cuadrante y en pequeño tamaño con respecto al espacio del que dispone	Familia. Palabra que escribe muy pequeña, con poca intensidad de color, a bolígrafo y la acompaña del símbolo del corazón naranja de contorno rojo. Estos elementos los sitúa en la parte inferior derecha.

**Comentarios**

- **Envolvente :** Con el borde inferior redondeado en la punta, también conocido como semicircular o de medio punto, forma de blasón más común en España y en Portugal, así como en Flandes. El contorno está remarcado con una línea naranja no uniforme en el trazo que, a veces, se duplica apareciendo otra de color rosa. En los dos extremos superiores aparecen, a modo de lambrequín, dos adornos simulando lazos.
- **Colorido :** El fondo utiliza tonos claros-pastel realizados con lápiz, destacando un importante lazo rosa en el centro. Es curioso que el escudo haya sido realizado a bolígrafo y repasado encima con rotulador de color. Las palabras en colores intensos y variados.
- **Simbología :** Corona tipo vizconde en la parte superior izquierda sobre su nombre. En cada concepto que escribe lo acompaña de un símbolo que lo refuerza: clave de sol, cara sonriente, corazón. En la parte inferior del escudo aparece un sombreado que simula agua, vinculando, sin interrupción, el espacio destinado a cualidad positiva y recuerdos positivos. La parte central del escudo tiene una banda y un lazo.
- **Otros :** Un crudo mensaje escrito en dos partes: “¿Más dura la batalla? Más dulce la victoria” en el espacio destinado al nombre y al recuerdo positivo. Con caligrafía irregular, incompleta y sin orden, de aspecto temblorosa tanto, que se percibe con dificultad el mensaje con letras que se desfiguran y solo adquieren forma de grafismo; alterna mayúsculas y minúsculas. ¿Pretendía, acaso, mostrar su difícil situación actual y manifestar el placer ante la superación de la adversa realidad? Las divisiones entre las partes están realizadas con dos líneas rectas, perpendiculares, de color azul intenso, que lo dividen en cuatro superficies dando lugar a un escudo cuartelado en cruz.



**Grupo 2 – Con envoltente de corazón**



*Ilustración 7.04: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: Beatriz. (FA)*



**Breve análisis del Escudo Personal ( Ilustración 7.04 )**

Nombre	Cualidad positiva	Aficiones	Recuerdo positivo
Escrito sobre una banda que atraviesa el escudo, ocupa un importante lugar, en el centro, con destacado tamaño escrito con letras polícromas, y adornado de lunares.	La nobleza, que preside el y que la sitúa en lugar dominante, dentro de una corona.	Los iconos relativos al flamenco son lo más importante: traje, castañuelas y zapatos. También los referentes a la pintura, viajar y el cine.	Hace pensar en una escena bucólica, por las ovejas y el sombrero campestre

**Comentarios**

- **Envolvente :** Claramente aparece definido el corazón presidido por una corona dorada de tres puntas, similar a la de tipo vizconde. El contorno del escudo es negro intenso, con rotulador.
- **Colorido :** Predomina el rojo y el empleo de los lunares de colores le imprime un carácter alegre, sin duda reflejo de su afición al flamenco. Los colores son intensos, puesto que sólo utiliza rotulador.
- **Simbología :** Aparecen bastantes símbolos que cubren por completo la superficie del escudo, como con una especie *Horror Vacui*. Son variados y van desde los relacionados con lo artístico, en la parte superior: castañuelas, gitana, notas musicales, caballete, pinceles, regla y otros dos elementos que no se reconocen, pero se sobreentiende que tienen relación con los citados. En la parte inferior, emplea elementos elocuentes relacionados con el campo: dos ovejas, sombrero y bastón.
- **Otros :** Es interesante destacar que no existe una la división brusca de los espacios a través de líneas que enmarquen cada una de las premisas que debían recoger en el escudo. Los elementos se incluyen dentro del diseño, aprovechándolo y facilitando su percepción armoniosa. Se observa seguridad en el trazo y cierto dominio del dibujo. El nombre original se ha tratado de ocultar para reservar la identidad de la autora, aunque permitiendo ver las letras multicolores.





Ilustración 7.05: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: Carmela. (FA)



**Breve análisis del Escudo Personal ( Ilustración 7.05 )**

Nombre	Cualidad positiva	Aficiones	Recuerdo positivo
<p>El nombre -con los apellidos- aparece con caligrafía mayúscula y modesta, escrito con trazo negro.</p>	<p>Estar con su familia y trabajar que detalla de forma escrita sin acompañar dibujo. Palabras con letra mayúscula sencilla y rotulador negro. Se aprecia que, previamente, ha escrito la idea a lápiz como borrador, que permanece sin eliminar.</p>	<p>Música, lectura, playa, pintura y viajar, que representa con distintos símbolos</p>	<p>Vuele a aparecer el tema de la familia como su recuerdo positivo, palabra que escribe con mayúsculas. Acompaña un personaje de una niña realizada a lápiz con colores poco intensos y sin embargo con detalles pormenorizados como los lazos del pelo: ¿quizá un autorretrato cuando era pequeña?</p>

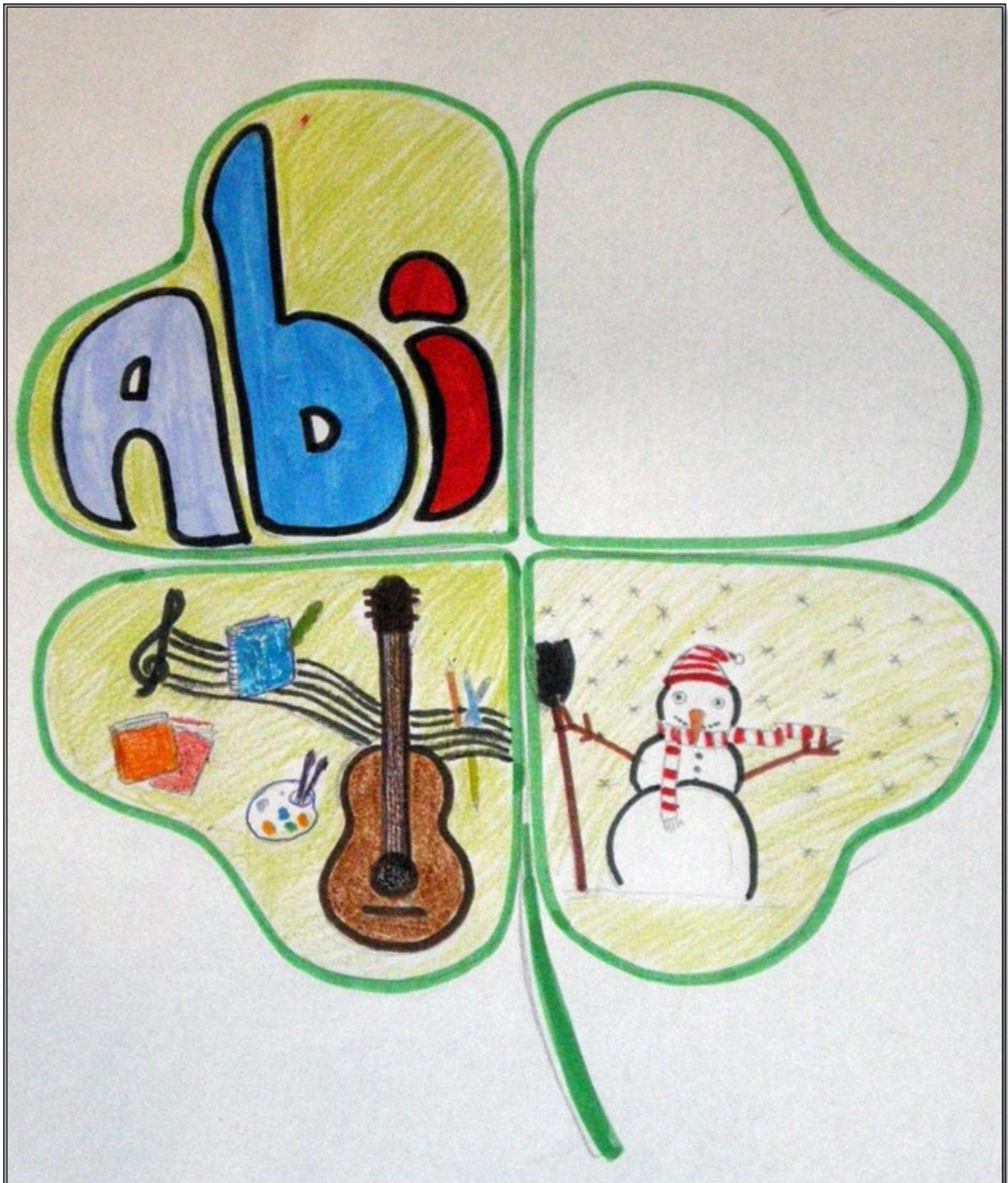
**Comentarios**

- **Envolvente :** Perfectamente definido el corazón con ejes ortogonales que marcan las cuatro divisiones para los parámetros pedidos. El contorno, en algunas partes, es irregular y aunque es de color negro, se aprecia que inicialmente era rojo.
- **Colorido :** Prevalece el rojo pastel que cubre el fondo. Las figuras, en su mayoría, están delimitadas con negro y coloreadas de distinto tono e intensidad de azul. Aparece un personaje a lápiz de tonos claros. Destaca en el escudo, por su mayor intensidad, a rotulador, el uso del negro y el sol amarillo al que añade de forma alternativa, rayos amarillos y rojos.
- **Simbología :** Los símbolos se concentran en el cuadrante superior derecho en el espacio dedicado a las aficiones. Son diversos y están relacionados con las vacaciones: playa, sombrilla, cubo y rastrillo, libro, notas musicales, y un elemento que no se identifica.
- **Otros :** El nombre original se ha ocultado para preservar la identidad de la autora Al igual que en otros escudos mostrados, el interior queda fragmentado en cuatro superficies formadas al dividir el escudo con una líneas una vertical y otra horizontal dando lugar a un escudo cuartelado en cruz. En general, existen pocos elementos en este escudo y es sencillo aunque, como se ha comentado, existe más detalle iconográfico en el apartado de las aficiones.





**Grupo 3 – Sin cualidad positiva**



*Ilustración 7.06: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: Ana. (FA)*



**Breve análisis del Escudo Personal ( Ilustración 7.06 )**

Nombre	Cualidad positiva	Aficiones	Recuerdo positivo
<p>Lo escribe en forma de abreviatura a modo de apodo familiar, en el cuadrante superior izquierdo del escudo. Las letras son gruesas y redondeadas, con un diseño peculiar, que hacen pensar en un dominio del dibujo; están coloreadas cada una de un color, con rotuladores. El contorno está reforzado con negro. El fondo presenta un color verde de intensidad media.</p>	<p>EN BLANCO</p>	<p>Leer, escribir, tocar la guitarra, pintar, dibujar... aficiones representadas mediante símbolos que coloca en el espacio de manera original.</p>	<p>El invierno, con expresión de muñecos de nieve</p>

**Comentarios**

- Envoltente : Resulta muy original puesto que tiene forma de trébol de cuatro hojas. El contorno es verde oscuro, de rotulador.
- Colorido : Por la temática de la envoltente, se hace presente el verde en el fondo con distintas intensidades. Los colores que utiliza en los elementos que aparecen son variados y fuertes. Cabe destacar el tono más pálido y tenue del fragmento invernal.
- Simbología : Los símbolos están detallados y realizados con cierta habilidad; aparecen: una guitarra, un pentagrama, paleta de pintor y pinceles, lápices, libros y un muñeco de nieve. En general responden al diseño real de los objetos a los que hacen referencia, salvo el pentagrama que se articula ondulante.
- Otros : Al igual que en otros escudos, el interior queda fragmentado en cuatro superficies formadas al dividirlo con una línea una vertical y otra horizontal dando lugar a un escudo cuartelado en cruz. Esta división es flexible y original puesto que coincide con cada uno de los pétalos de un trébol. De nuevo deja en blanco la zona destinada a la cualidad positiva ¿Es tan baja la autoestima en éstas chicas afectadas de TCA para no encontrarse ni una sola cualidad positiva...? llama la atención de este caso que, tras señalar un amplio número de aficiones, no reconozca en ellas alguna cualidad positiva personal.





Ilustración 7.07: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: Pili. (FA)



**Breve análisis del Escudo Personal ( Ilustración 7.07 )**

Nombre	Cualidad positiva	Aficiones	Recuerdo positivo
Aparece en la parte inferior con letras mayúsculas sencillas de color azul celeste. Es interesante destacar que el nombre aparece subrayado	EN BLANCO	Teatro, música	Una actuación de teatro

**Comentarios**

- **Envoltente :** La forma es peculiar pues no es frecuente encontrar un escudo redondo. Podría tener forma similar a un sol cuyo interior, con divisiones en línea negra que genera tres fragmentos; recuerda al símbolo de la paz. En la parte exterior en una franja naranja de puntiagudos picos, que podrían simular los rayos solares, puede leerse un texto en forma circular que corresponde a la canción “I was here” de la actual y popular cantante *Beyoncé*.
- **Colorido :** Son más frecuentes los colores cálidos, propios de la cualidad del símbolo al que recuerda la envoltente: el sol. Llama la atención el rojo del centro que simboliza un cortinaje teatral. Los fondos suelen ser suaves y destacan las líneas negras que separan cada sección del centro del escudo.
- **Simbología :** Aparecen numerosas alusiones al teatro a través de símbolos como: las máscaras, notas musicales, incluso, un escenario teatral que, de forma original, se sitúa en el centro del escudo, reforzando el significado.
- **Otros :** Cabe destacar la traducción del fragmento de la canción: Cuando deje este mundo, no tendré arrepentimientos, yo estaba aquí...Yo viví, yo ame. Fragmento que tiene que ver con su enfermedad ¿lo seleccionaría anhelante por desprenderse de los prejuicios que impone la anorexia y quedar liberada de ellos en algún momento “sin arrepentimientos”?





**Grupo 4 – Presentación singular**

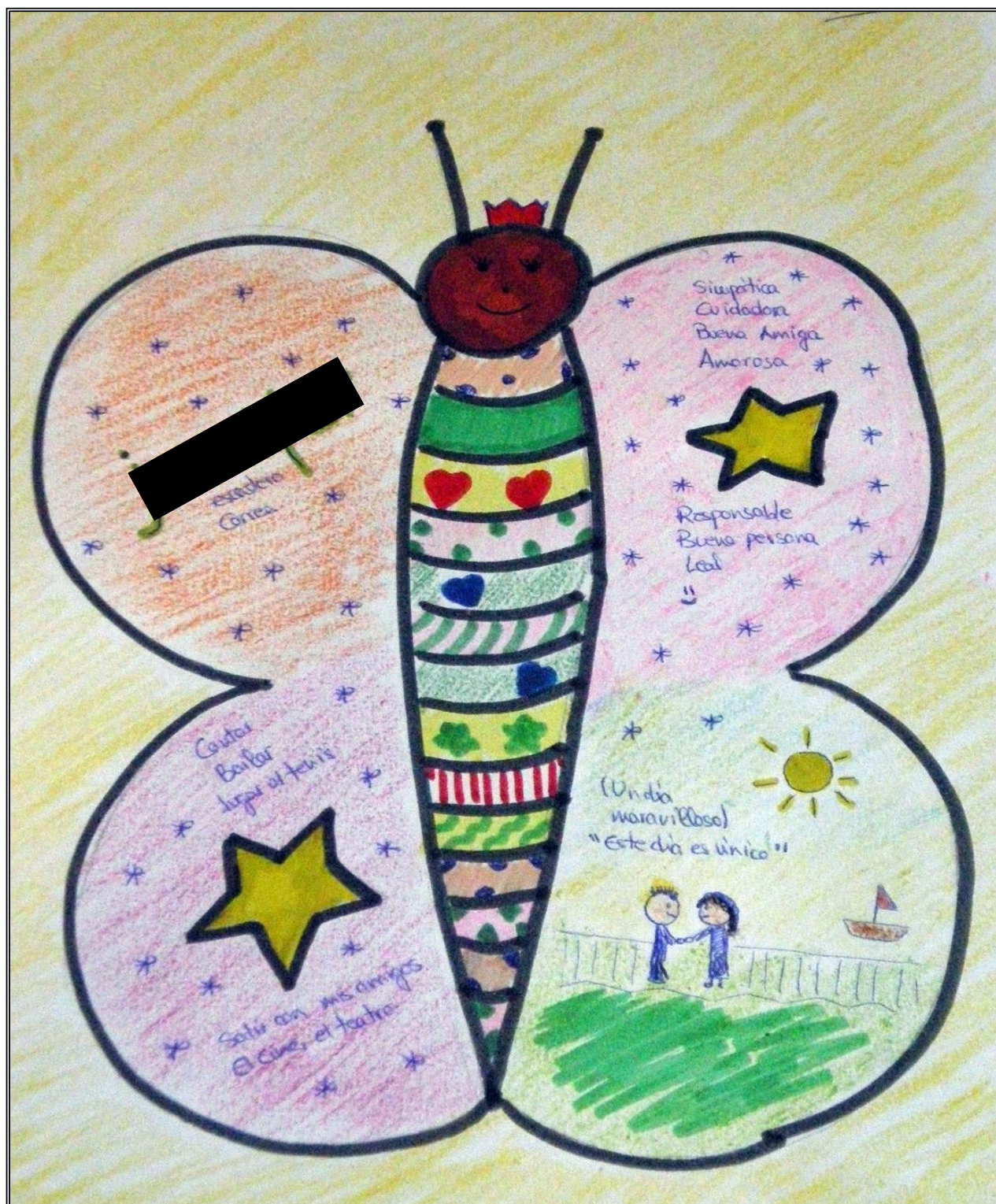


Ilustración 7.08: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: Juani. (FA)



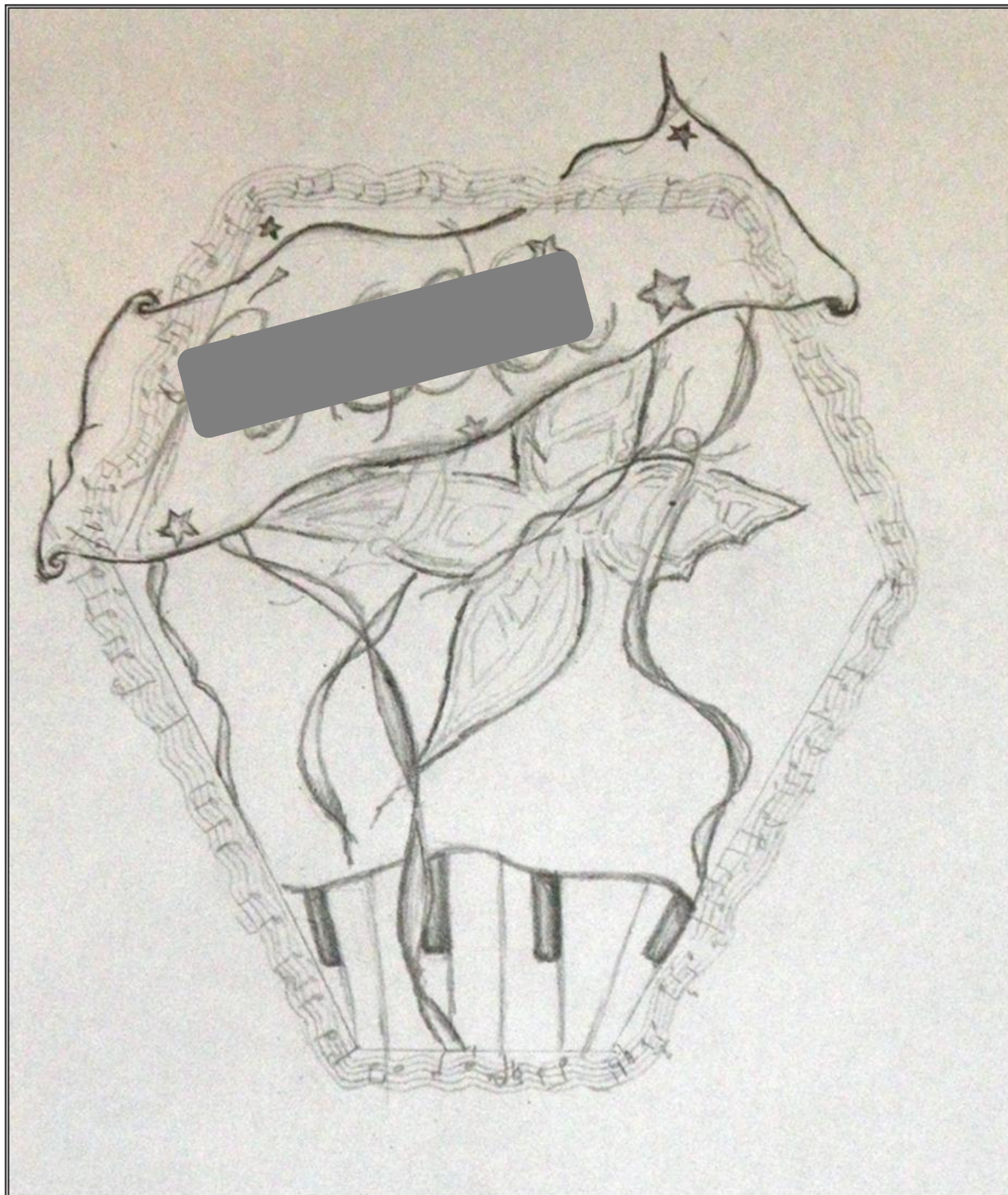


### Breve análisis del Escudo Personal ( Ilustración 7.08 )

Nombre	Cualidad positiva	Aficiones	Recuerdo positivo
Lo sitúa en la parte superior izquierda con letra minúscula sencilla y con bolígrafo. Escribe el nombre a mayor tamaño, que repasa con rotulador verde; más abajo sitúa sus apellidos de menor tamaño.	Al contrario que en los ejemplos anteriores en los que éste apartado aparecía en blanco, <i>Juani</i> expresa hasta siete cualidades positivas suyas: Simpática, cuidadora, buena amiga, amorosa, responsable, buena persona, leal.	Cantar, bailar, jugar al tenis, salir con mis amigos. El cine, el teatro	Sobre un suelo o prado verde y en un día soleado, sitúa a unos jóvenes cogidos de la mano que podrían estar en un paseo marítimo por aparecer un barco al fondo. Su recuerdo es el de, como especifica: " <i>un día maravilloso</i> ". Entre comillas pone la frase de " <i>Este día es único</i> " que rememora el momento.

#### Comentarios

- **Envolvente :** La forma que utiliza tampoco es frecuente en un escudo, se trata de una mariposa con corona, cuyo contorno es negro.
- **Colorido :** A diferencia de los demás escudos, esta autora rellena con color amarillo, la parte exterior del mismo hasta llegar a los límites del folio. Cabe destacar que la separación entre las secciones, en lugar de hacerla con líneas, la realiza con fondos de color. Lo más llamativo es el centro del escudo, el cuerpo de la mariposa, que está dividido en secciones muy coloristas.
- **Simbología :** Aparecen símbolos en su mayoría decorativos. Abundan las estrellas realizadas con bolígrafo, a modo de fondo, en toda la superficie de la mariposa. También dos estrellas más grandes en color amarillo, contrapuestas. El mayor número de símbolos decorativos se sitúa en el cuerpo de la mariposa y consisten en estrellas, corazones azules y rojos, rayas perpendiculares rojas y verdes, círculos... en la parte superior derecha aparece, entre las estrellas, el símbolo de una cara sonriente. Solo en la representación del recuerdo aparecen símbolos, más allá de lo decorativo y con un significado: dos personas que se dan la mano, una calle con césped, baranda y un barco esquemático al fondo. Destacar el símbolo de la corona roja en la cabeza del animal
- **Otros :** Por la variación en el modo de expresar una cualidad positiva, opino que no se puede generalizar, en los casos de TCA, la incidencia de la enfermedad en el grado de autoestima, en el momento de definir cualidades positivas propias.



*Ilustración 7.09: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: M<sup>a</sup> Ángeles. (FA)*



**Breve análisis del Escudo Personal ( Ilustración 7.09 )**

Nombre	Cualidad positiva	Aficiones	Recuerdo positivo
Está situado en la parte superior del escudo con caligrafía muy cuidada en minúscula, con letras entrelazadas. Está escrito sobre una banda que atraviesa de lado a lado el escudo	Indescifrable	Música	Indescifrable

**Comentarios**

- **Envoltente :** Sobrecoge la forma de este escudo geométrico hexagonal, pues recuerda a un ataúd. Alrededor aparece un pentagrama con notas musicales con las líneas curvas, que no tiene principio ni final
- **Colorido :** Llama la atención la monocromía de este trabajo. Únicamente lo realiza con lápiz y presenta distintos tonos de gris.
- **Simbología :** Aparecen elementos reconocibles, como una mariposa en el centro sujeta por unos lazos, un piano en la parte inferior y, también como elementos decorativos, utiliza estrellas alrededor del nombre.
- **Otros :** Por su color gris y triste, presenta un indescifrable simbolismo, al menos para nosotros.



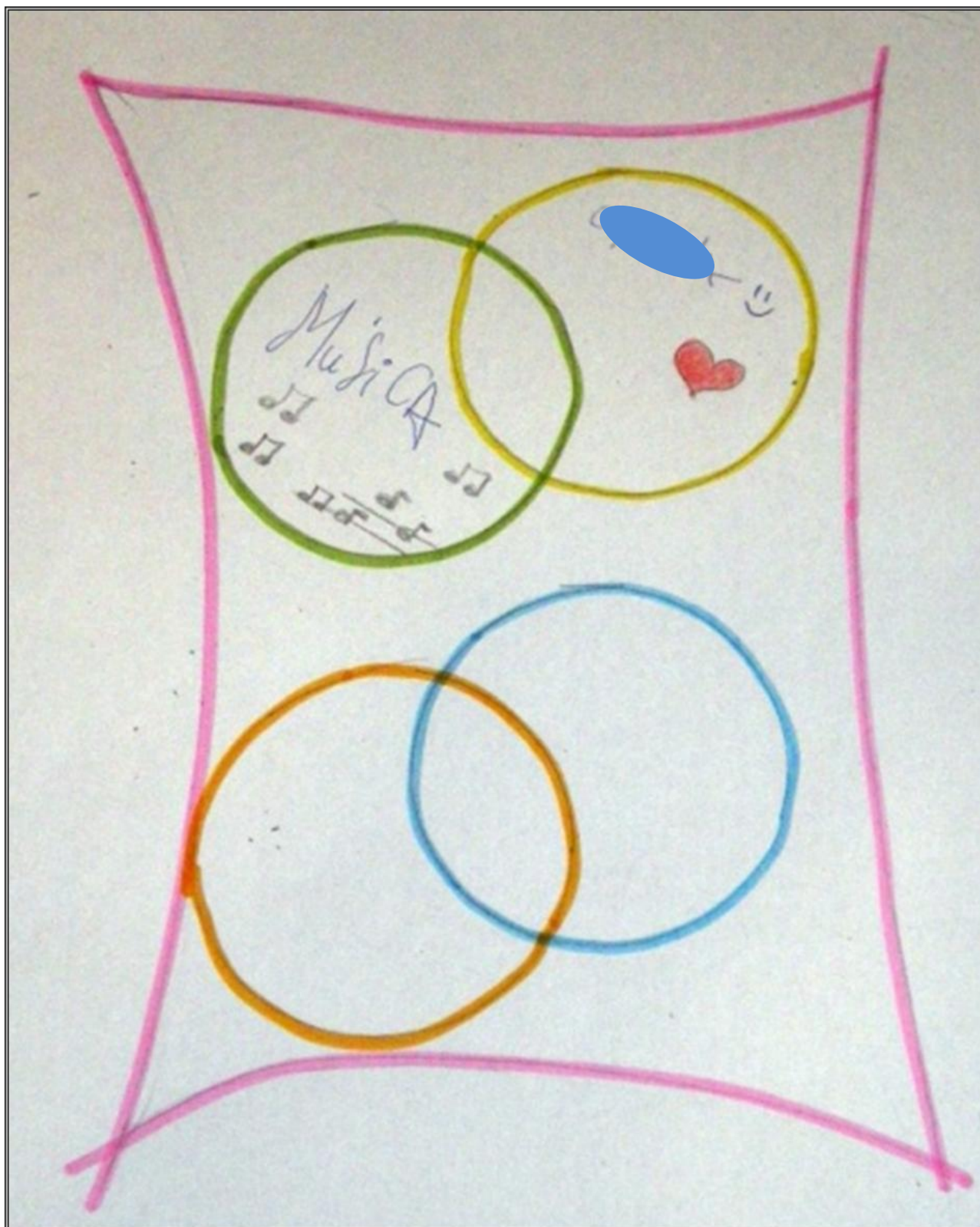


Ilustración 7.10: Tamaño A-4. Escudo personal. Autora: Cristina. (FA)



**Breve análisis del Escudo Personal ( Ilustración 7.10 )**

<b>Nombre</b>	<b>Cualidad positiva</b>	<b>Aficiones</b>	<b>Recuerdo positivo</b>
Aparece en la parte superior derecha con letras mayúsculas sencillas y está escrito a bolígrafo. Lo acompaña de un corazón rojo y una cara sonriente.	EN BLANCO	Música, palabra que escribe acompañándola de un pentagrama y notas musicales	EN BLANCO

**Comentarios**

- **Envolvente :** Corresponde a la forma más simple en heráldica, es la llamada "de torneo" o "en estandarte" y consiste en un simple cuadrilátero. El interior está dividido en cuatro partes en forma de círculos, que se entrelazan, para introducir en ellos cada una de los parámetros que se propusieron hacer.
- **Colorido :** Es un escudo con variados y alegres colores. Cada línea que configura una sección aparece de un color distinto.
- **Simbología :** Es escasa debido a que el escudo no está terminado. Aparecen símbolos reconocibles como un corazón, una cara sonriente, notas musicales y un pentagrama sintetizado con tan solo dos líneas.
- **Otros :** Se ha realizado un dibujo previo a lápiz a modo de boceto, que se ha borrado dejando algunos trazos, sobre el que se ha repasado con rotulador de color.

Su proceso de elaboración, que fue largo, lento, perezoso, intermitente... debido a fugaces instantes de sueño, propios de la medicación, que la dejaban exhausta sobre la mesa, a la alumna y que a pesar de su original diseño, sólo llega a dibujar su nombre y afición.



**Simbología más utilizada en los escudos personales:**

<b>Elementos más empleados en los escudos personales</b> (Al menos en dos de ellos)		
<b>Símbolo</b>	<b>Nº veces</b>	<b>Observaciones</b>
Música	5	Notas musicales o instrumento
Emoticones	5	
Personas	4	
Soles	4	
Coronas	4	
Corazones	3	
Libros	3	
Animales	3	Pájaros, ovejas y mariposa.
Pintura	3	Caballetes, paletas...
Playa	3	Mar con olas, rastrillo y cubo, barcos
Lazos/ bandas	3	Dos de ellos ponen el nombre en una banda
Estrellas	2	
Viajes	2	Aviones

Tabla 7.05 Símbolos más utilizados en los escudos personales.

**7.6.1.5. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CLASE: FINAL DE LA PRESENTACIÓN**

Este trabajo inicial permitió la creación artística y un primer contacto con los materiales plásticos elementales (folios y lápices de colores) observándose que, el uso que hacían de ellos y lo que transmitían sus creaciones, desvelaban la relación de las pacientes con la comida, al tener cierta resistencia y rechazo a utilizarlos. Así lo ponía en evidencia Schaverien (1994:36):

“Al igual que los alimentos, los materiales tienen una presencia física, y, del mismo modo que la madre ofrece la comida para sus hijos, el psicoterapeuta de arte proporciona materiales para que el paciente los use. La naturaleza concreta de esta transacción, dentro de la frontera terapéutica, visualiza el problema. Esto se puede observar en el uso que se hace de los materiales de la técnica, a menudo están relacionados de manera similar a la comida. Por ejemplo, puede pasar algún tiempo antes de que la anoréxica se atreva a involucrarse con los materiales de arte, con los que puede tener sospechas o dudas y se niega a utilizarlos en un primer momento. Entonces puede tener la tentativa de probarlos en privado, fuera de la visión del terapeuta. (...) al comer, el anoréxico toma una pequeña porción de comida y luego juega con ella; igualmente cuando se le ofrecen materiales de arte,



puede tomar un lápiz con preferencia a otros materiales más sensuales que se ofrecen. Ella puede entonces hacer una pequeña marca y revolotear alrededor, marcando provisionalmente el papel, pero nunca "mordiéndolo" en él. Este enfoque de la anoréxica hace eco de su relación con la comida".

La *Primera Silueta* estaba casi concluida: les había pasado un cuestionario inicial para conocer sus nombres, edades, conocimientos, técnicos, aficiones etc. y, por otra parte, ellas habían realizado su *Escudo Personal* que, una vez finalizados todos, se expusieron en las paredes de la clase con positiva acogida, pues sirvió para romper el hielo, y que entre ellas se interesaran por las obras de sus compañeras y empezar, como muchas habían solicitado en la evaluación inicial, a conocerse mejor dentro del grupo.

Ya sólo quedaba conocer sus sensaciones durante la jornada y tratar de obtener la máxima información respecto a las actividades realizadas. Diseñé un formato (Ilustración nº 11) que, al final de cada sesión, les pedía que rellenaran; esos modelos con sus valiosas opiniones, pasarían a formar parte del **Cuaderno de Campo**, como un detallado Diario de Sesiones.

**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CLASE del día:**

1 - La jornada de clase, te ha resultado:

Aburrida o inútil       Útil o distraída       Muy interesante o provechosa

2 - El tiempo de clase, se te hizo:

Muy largo       Largo       Normal       Corto       Muy corto

3 - Te ha agradado el resultado de tus trabajos realizados en clase:

Nada       Poco       Regular       Mucho       Muchísimo

4 - Qué te ha gustado menos de la clase: .....

.....

5 - Qué te ha gustado más de la clase: .....

.....

6 - Indica brevemente tu opinión sobre la clase de hoy: .....

.....

7 - Con cuanto agrado recuerdas la clase la clase del **día anterior**:

No la recuerdo       Poco       Regular       Mucho       Muchísimo

*Ilustración 7.11: Tamaño A-5. Modelo diario para seguimiento de sesiones.*

Los datos reflejados tenían carácter anónimo y les pedía que escribieran sus impresiones con letra de imprenta para dificultar su identificación y posibilitar así que se pudiesen expresar con la mayor sinceridad, que es lo que pretendía. En un último apartado les solicitaba que indicaran el mayor o menor agrado con que recordaban la clase del día anterior.



No he considerado necesario analizar los resultados de la ficha de evaluación de cada sesión, una a una, sino que he preferido hacerlo de manera global en el Punto 7.7, RESULTADOS, porque lo fundamental era comprobar el cambio de actitud que se producía de sesión en sesión.

## **7.6.2. SEGUNDA SILUETA: DIBUJANDO. SESIONES DE DEGRADADO, TRAZOS, SOMBRAS Y VOLUMEN**

Puesto que en la evaluación inicial han expresado una demanda de "aprender a dibujar" (Véase el tercer apartado del epígrafe 7.6.1.3 "PERFIL DEL GRUPO") enfoco el contenido de las siguientes sesiones de una forma más académica y empleando distintas técnicas: nociones de encaje, ejercicios de trazo, sombreado, degradaciones, volumen, planteando parte de las sesiones, de modo teórico...

Toda ésta gama de ejercicios la realizarán en un block de dibujo tamaño A3.

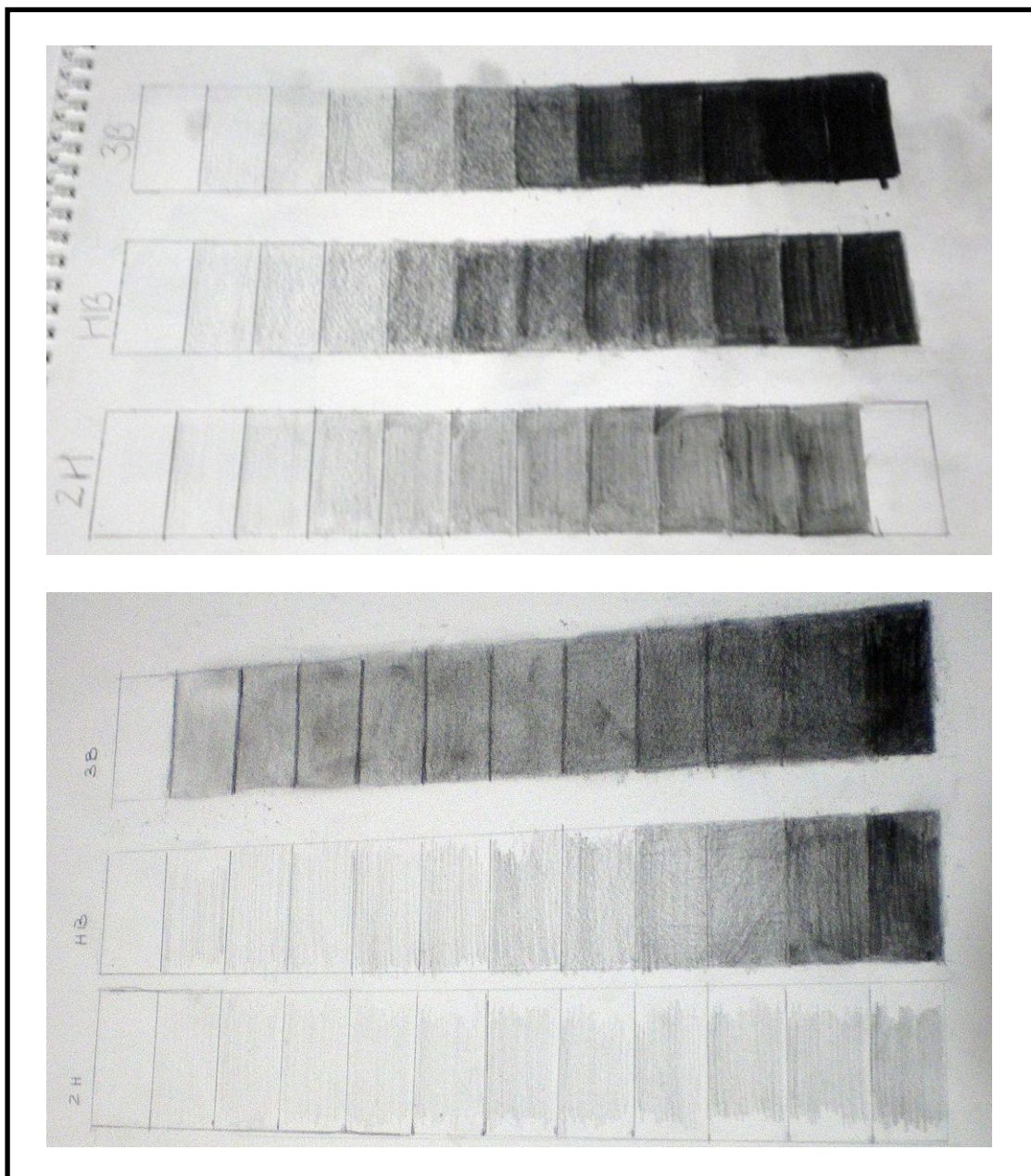
### **7.6.2.1. DEGRADACIÓN SIMPLE**

#### **Justificación del ejercicio:**

Después de valorar las diversas posibilidades para iniciarse en el dibujo, considero fundamental, por lo que implica de conocimiento del material y lo atractivo del resultado, realizar, en primer lugar, un ejercicio de degradación, experimentando con lápices de distinta dureza para tratar de obtener las diferentes gamas de grises que van desde el blanco al negro.

Este ejercicio es importante tratar de realizarlo bien, por las aplicaciones que se pueden obtener de él para la representación de luces y sombras y la posibilidad de dar profundidad a las figuras. Aparentemente es muy fácil de realizar pero, como después podrán ellas mismas comprobar, requiere una técnica que sólo se consigue con bastante entrenamiento.

Les pido que en una hoja del block dibujen tres rectángulos y que, a su vez, los dividan, cada uno de ellos, en doce partes iguales; en cada rectángulo se empleará un lápiz de grafito con una dureza distinta: les pido que empleen, como más significativas, las durezas 3B, HB y 3H.



*Ilustración 7.12: Tamaño A-3. Ejercicios de degradación simples.*

**Breve Análisis cualitativo al ejercicio de degradación:**

1. En general, disfrutaban con ésta práctica y se muestran sorprendidas con los matices que se logran.
2. Algunas comentan que el ejercicio les provoca sueño, lo que sería imputable a la monotonía y repetición del trazo.
3. Se observa que, en el ejercicio mostrado en la parte superior, se ha usado en exceso el lápiz de dureza 3B, sin disminuir apenas la intensidad en los primeros sectores de negro.





4. Hecho similar, pero al contrario, sucede con el ejercicio de la parte inferior, con el empleo de la dureza 2H, pues la alumna alcanza enseguida la gama de blancos.
5. En el ejercicio inferior el trazo está cuidado y ha sido hecho lento; en el superior se observa cierta tensión e irregularidad al trabajar los tonos intensos del 2H.

### 7.6.2.2. DEGRADACIÓN EN ESPACIOS DELIMITADOS

#### Justificación del ejercicio:

Como primera aplicación práctica, y con objeto de consolidar el trabajo realizado en la degradación simple, en el siguiente ejercicio les propongo un control de degradados y trazos en superficies delimitadas previamente. Deben experimentar el sombreado mediante frotado del grafito hacia distintas direcciones de luminosidad, y también probar el sombreado mediante trama de líneas.

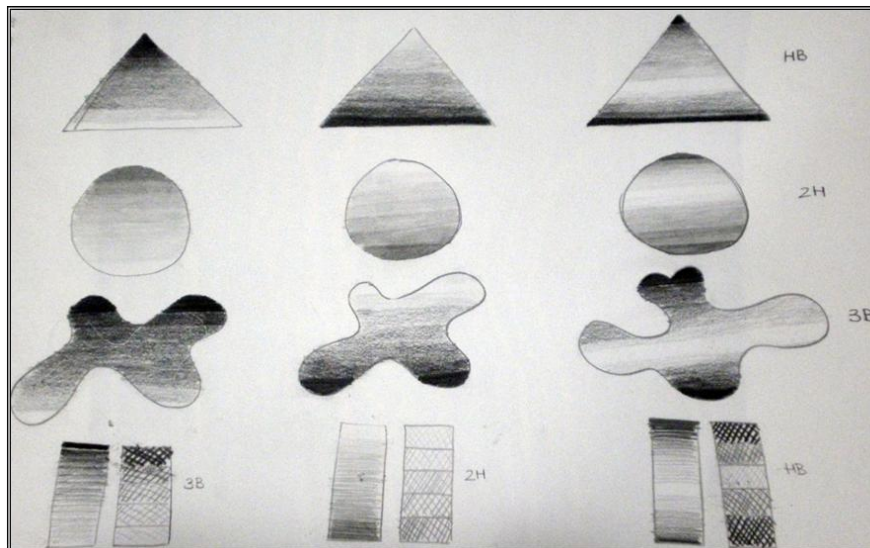


Ilustración 7.13: Tamaño A-3. Degradación en superficies delimitadas. Autora: Beatriz.

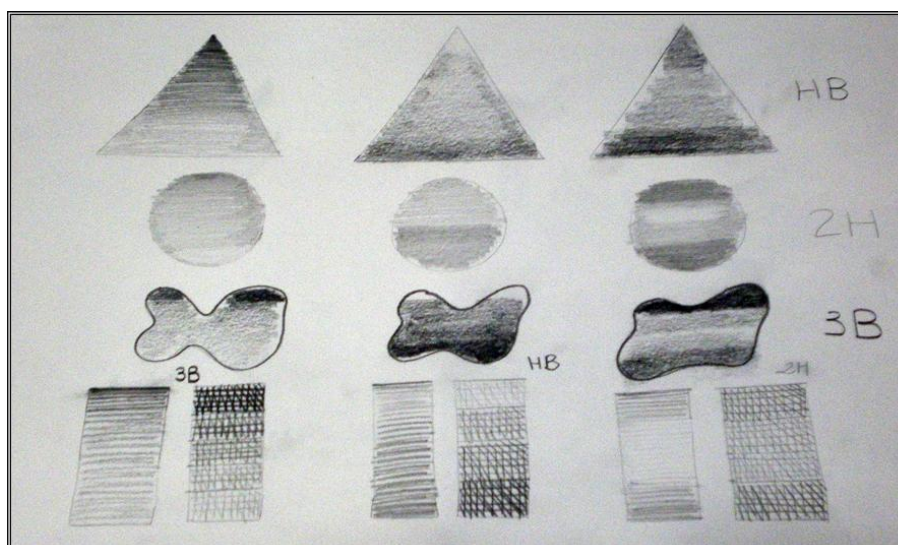


Ilustración 7.14: Tamaño A-3. Degradación en superficies delimitadas. Autora: Martina.



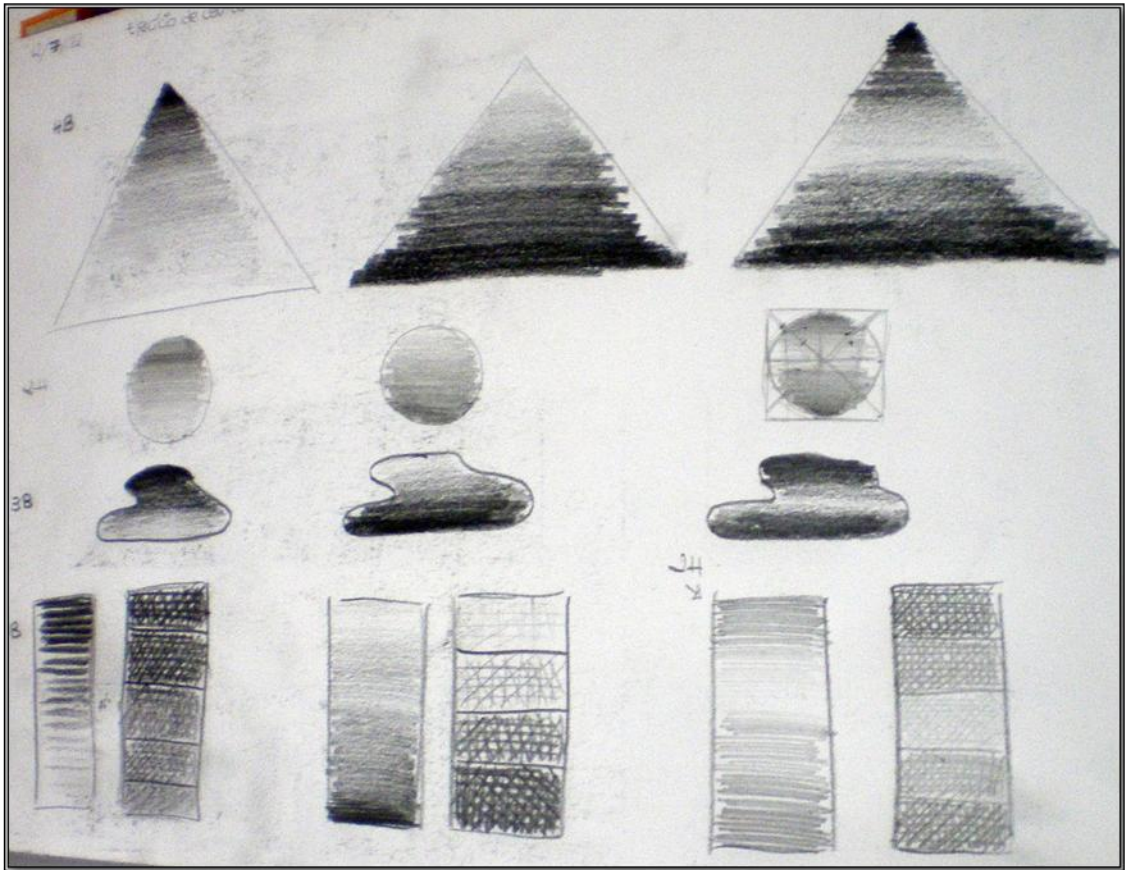


Ilustración 7.15: Tamaño A-3. Degradación en superficies delimitadas. Autora: Ángeles.

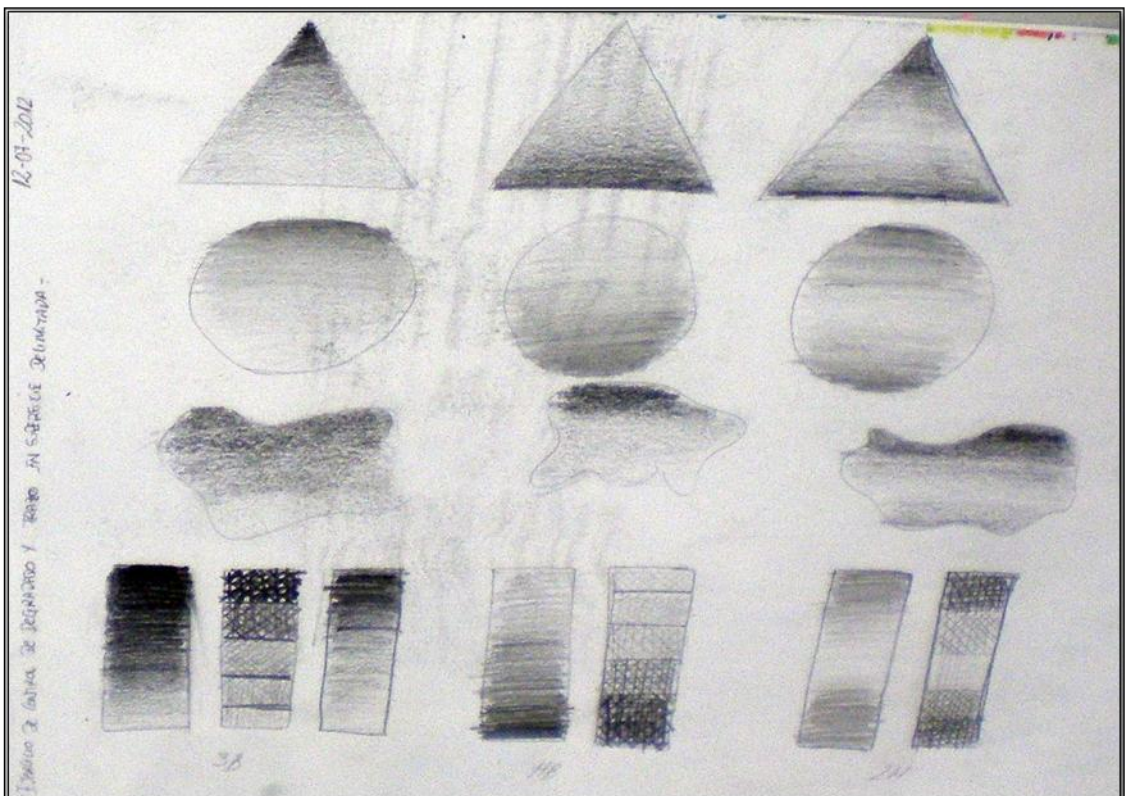


Ilustración 7.16: Tamaño A-3. Degradación en superficies delimitadas. Autora: Mariana.



**Breve Análisis cualitativo al ejercicio de degradación en superficies delimitadas:**

1. La pequeña complejidad de tener que realizar la degradación dentro de superficies simples, pone de manifiesto las diferencias de actitud entre unas y otras chicas.
2. Como se aprecia en las Ilustraciones 7.13 y 7.14, existe una atención y un interés, más o menos reflejado en los dibujos, en hacerlos correctamente y obtener el mayor número de matices; también en estos trabajos las formas irregulares realizadas para rellenar con degradado, están más cuidadas, llegando el sombreado a cubrirlas por completo. Por el contrario, en las Ilustraciones 7.15 y 7.16, detectamos la desidia, el cansancio o la apatía en el resultado de los mismos que, muchas veces, como se ha referido con anterioridad, pueden ser debidos a los efectos de la medicación, percibiéndose que estos dos últimos trabajos están menos limpios, más descuidados, incluso el sombreado de las formas no llega hasta el borde de las mismas quedando espacios blancos sin cubrir.

**7.6.2.3. DIBUJO DE PAISAJES USANDO LA DEGRADACIÓN**

**Justificación del ejercicio:**

El siguiente ejercicio que les propongo, es dibujar, a partir de una fotocopia en blanco y negro, un paisaje cualquiera con distintas tonalidades de grises; deben reproducirlo aplicando las técnicas anteriores, combinando el sombreado de las distintas durezas del grafito y la degradación, para que puedan ver una aplicación sobre un modelo más sugerente.



*Ilustración 7.17: Tamaño A-4 x 2. Autoras: Ana y Amparo.*





*Ilustración 7.18: Tamaño A-4. Aplicación de degradado. Autora: Marina.*

### **Breve Análisis cualitativo al ejercicio de degradación en paisaje:**

1. En general, la motivación aumenta en las alumnas al demandarles éste ejercicio pues, sin duda, despierta su interés la posibilidad de poder realizar un dibujo más realista ya que, de alguna forma, a lo hecho hasta ahora, no le veían un resultado tangible.
2. Como confirmación de lo indicado en el punto anterior, es destacable la evolución en el dibujo entre un tipo y otro de ejercicio realizados por la misma alumna, como se puede apreciar comprando la evolución de las Ilustraciones 7.16 y 7.18 realizadas por Mariana.
3. Existe bastante diferencia entre sus trabajos; los hay que son sensibles a representar con exhaustividad los contornos y muestran una amplia gama de grises, con trazo progresivo y cuidado, como en la Ilustración 7.17 izquierda. Otros están realizados de forma más mecanizada, diluyendo los perfiles y planteando menos tonos de gris en la degradación, como en la ilustración 7.18, incluso existe omisión de elementos, -el pájaro y parte de la silueta-, como en el trabajo de la Ilustración 7.17-derecha.



### 7.6.2.4. DIBUJO DE RAYADO Y LÍNEAS ALEATORIAS

#### Justificación del ejercicio:

Antes de avanzar más, y para soltar el trazo, les pido que, en una hoja de block, dibujen, en una mitad, líneas aleatorias para experimentar las posibilidades de la línea según la dureza, la posición y el movimiento del lápiz. En la otra mitad, deben rellenar la silueta de un semicírculo con superficies de distintos trazos generando tramas que creen efectos de volumen con las líneas. Para practicar las proporciones se ejercitaron con la división en fragmentos iguales de una línea trazada en cualquier dirección (Ilustración 7.20).



Ilustración 7.19: Tamaño A-3. Ejercicio de soltura de trazo y paralelas. Autora: Carmela.

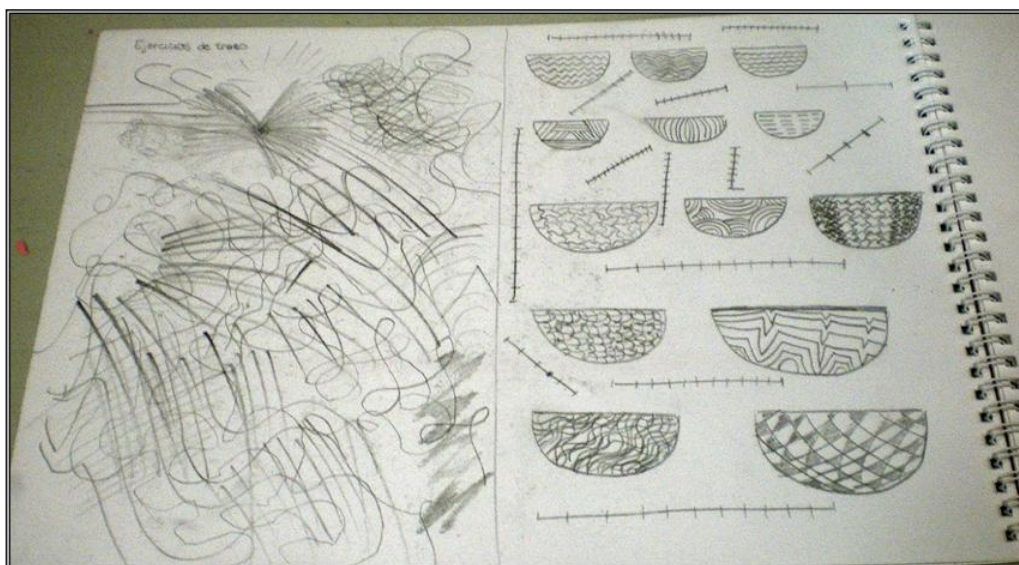


Ilustración 7.20: Tamaño A-3. Ejercicio de soltura de trazo y paralelas. Autora: Miriam.





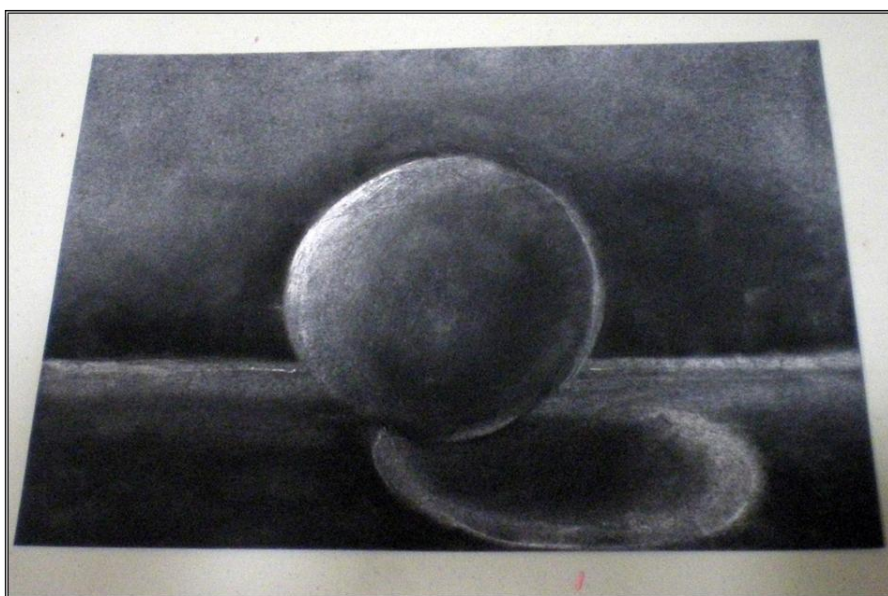
### **Breve Análisis cualitativo al ejercicio de rayado y líneas aleatorias:**

1. La libertad de creación en éste ejercicio ha posibilitado que disfruten en su ejecución, sobre todo en el trazado de líneas paralelas con las que han configurado cenefas y brocados interesantes como se muestra en las Ilustraciones anteriores.
2. El trazado de líneas aleatorias ha servido para desarrollar su libertad creativa apareciendo, desde siluetas de flores o palmeras (Ilustración 7.19) a, simplemente, rayados que han ayudado a soltar el trazo y relajarse (Ilustración 7.20).
3. Como en el resto de ejercicios, se viene observando que hay trabajos más cuidados, ordenados y con mayor número de prácticas por propuesta (Ilustración 7.20) y, sin embargo, otros son más sencillos, peor presentados y que tienen un número menor de prácticas sobre la propuesta indicada.

### **7.6.2.5. DIBUJANDO UNA ESFERA EN NEGATIVO: VOLUMEN Y SOMBRAS**

#### **Justificación del ejercicio:**

En la última sesión de esta fase les propongo que dibujen con tiza y sobre cartulina negra, una esfera. Se pretende con éste ejercicio una aplicación real del degradado, que comprendan cómo incide la luz en los objetos y cómo se produce la formación de las sombras generadora de la sensación óptica de volumen. La propuesta, en general, las ilusiona, pues es la introducción de un elemento nuevo con el que trabajar, como es la tiza, y despierta curiosidad la inversión de los conceptos utilizados hasta ahora: dibujar blanco sobre negro.

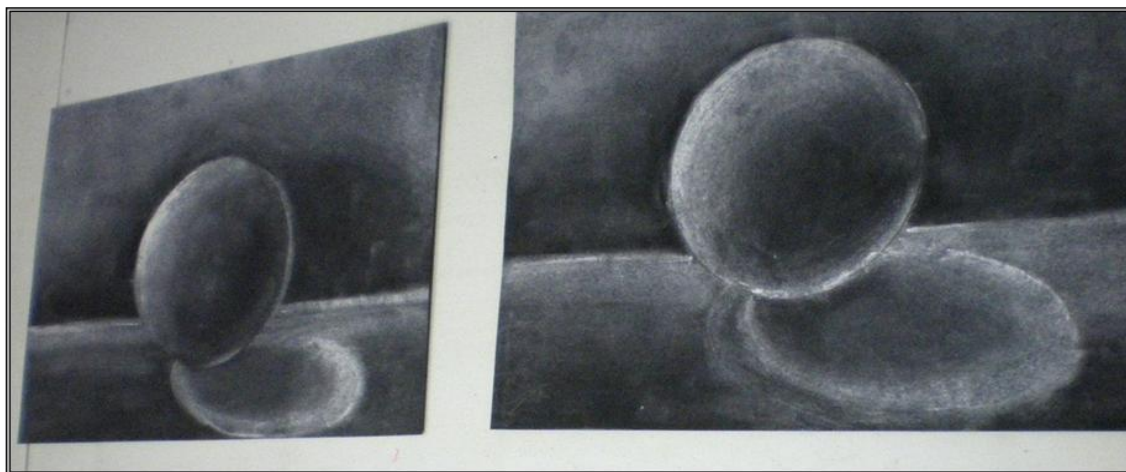


*Ilustración 7.21: Tamaño A-3. Ejercicio de volumen y sombras. Autora: Ana.*





Para motivarlas decido colocar en la pared de la clase, a modo de exposición, sus trabajos de volumen y sombras (Ilustración 7.22) lo que dio lugar a un positivo intercambio de opiniones y a un mayor acercamiento entre ellas.



*Ilustración 7.22: Tamaño A-3. Exposición en clase de ejercicios de volumen y sombras.*

#### **Breve Análisis cualitativo al ejercicio de volumen:**

1. Manifestaron su sorpresa por los buenos resultados obtenidos empleando un medio que casi ninguna había utilizado: tiza sobre cartulina negra.
2. Hubo algunos resultados magníficos, como el de la Ilustración 7.21, que las hizo conscientes de su evolución.
3. Las motivó el ver sus obras colocadas en la pared de la clase.
4. La exposición sirvió como punto de encuentro y debate de pareceres que, en resumen, propició el acercamiento entre ellas y la cohesión del grupo.

#### **7.6.2.6. RETRATANDO TU MANO: DIBUJAR UN MODELO QUE TIENE VOLUMEN**

##### **Justificación del ejercicio:**

Para próximos ejercicios tengo un reto a superar y será necesario abordarlas con una especial sensibilidad y de forma sutil, prudente, pues se van a tratar temas/conceptos "delicados" relacionados con la enfermedad, pero a la vez, imprescindibles en el contenido y enseñanza del dibujo: proporciones, volúmenes, cuerpo, etc.

Trabajar con la imagen corporal, enfrentándose a ella, pienso que es una manera de normalizar la situación (en vez de obviar completamente la temática). Además, "en este tipo de pacientes, trabajar cuidadosamente sobre el tema del cuerpo puede "contribuir a mejorar aspectos positivos con relación a su propia corporeidad" (Ortega y Jáuregui, 2012:1661), pero que, como podré comprobar más tarde, no siempre hay una respuesta positiva al tratar la propia corporeidad.



Comenzamos con un ejercicio preliminar para que tomen conciencia de la importancia de observar a la hora de dibujar. Se les invita a hacer un dibujo detenidamente, tratando de representar “lo que realmente ve el ojo”. Se les propone dibujar a partir de un modelo real con volumen: una de sus manos, lo que motivó comentarios entre ellas, alabándose el estado de las mismas, pues casi todas las tenían con las uñas muy cuidadas y pintadas.



*Ilustración 7.23: Tamaño A-4. Ejercicio “lo que ve el ojo”. Autora: Miriam.*

### **Breve Análisis cualitativo de un caso significativo del ejercicio de la mano:**

Como ya pensaba que pudiera ocurrir, Miriam, una de las chicas, al tratar de encajar el dibujo de sus dedos, extremadamente delgados y con una manifiesta separación entre ellos, en la palma de la mano (Ilustración 7.23) obtuvo el efecto óptico contrario, dando la sensación de una mano desproporcionadamente ancha, y diciendo que no podía tener esa **mano tan gorda**, provocándose en ella una pequeña crisis de ansiedad y una situación tensa que, afortunadamente, se superó sin consecuencias.

Esta circunstancia que, de alguna manera, ya prevé Raich, (2011:49) “La evaluación de un objeto como el propio cuerpo, tan altamente correlacionado con la autoestima y tan valorado socialmente, amenaza el propio valor y produce ansiedad, con lo que no se favorece la objetividad en la medición” entrando en contradicción con la opinión de Ortega y Jauregui, (2012:1661) anteriormente citada. Esa reacción al ver el resultado del dibujo de su mano, nos recuerda el inicio del cuento “La Tercera Resignación” de García Márquez, (García 1973:3) “Algo se había desadaptado en su estructura material de hombre firme; algo que las otras veces había funcionado normalmente y que ahora le estaba martillando de cabeza por dentro con un golpe seco y duro dado por unos huesos de mano descarnada, esquelética, y le hacía recordar las sensaciones amargas de la vida”



### 7.6.2.7. APRENDIENDO A VER

#### **Justificación del ejercicio:**

Apliqué el método de dibujo de Betty Edwards para "aprender a ver", proponiéndoles copiar *boca abajo*, al revés, un dibujo, en este caso un caballo. Pretendía que dibujaran lo que realmente "se ve" y no "lo que se cree que se percibe". De este modo, al estar invertido el modelo a copiar, se dibujan líneas sin asociarlas a una forma determinada que, por el contrario, si se conoce, ya se tiene una idea predefinida mentalmente de cómo es, que influye en la manera de hacer el dibujo, favoreciendo que se haga "como se cree que es y no cómo se ve en realidad".

#### **Breve Análisis cualitativo un caso significativo de este ejercicio del caballo:**

La novedad, despertó inicialmente la curiosidad general y permitió un desarrollo lúdico, salvo en el caso de Beatriz, que ya aquel día entró a clase muy baja de ánimo, y la enfermedad le jugó una mala pasada pues al girar su dibujo, empezó a llorar y entre lágrimas decía "El caballo está gordo... ¿soy la única que lo ve así?"



Ilustración 7.24: Tamaño A-4. Ejercicio "aprendiendo a ver". Autora: Beatriz.





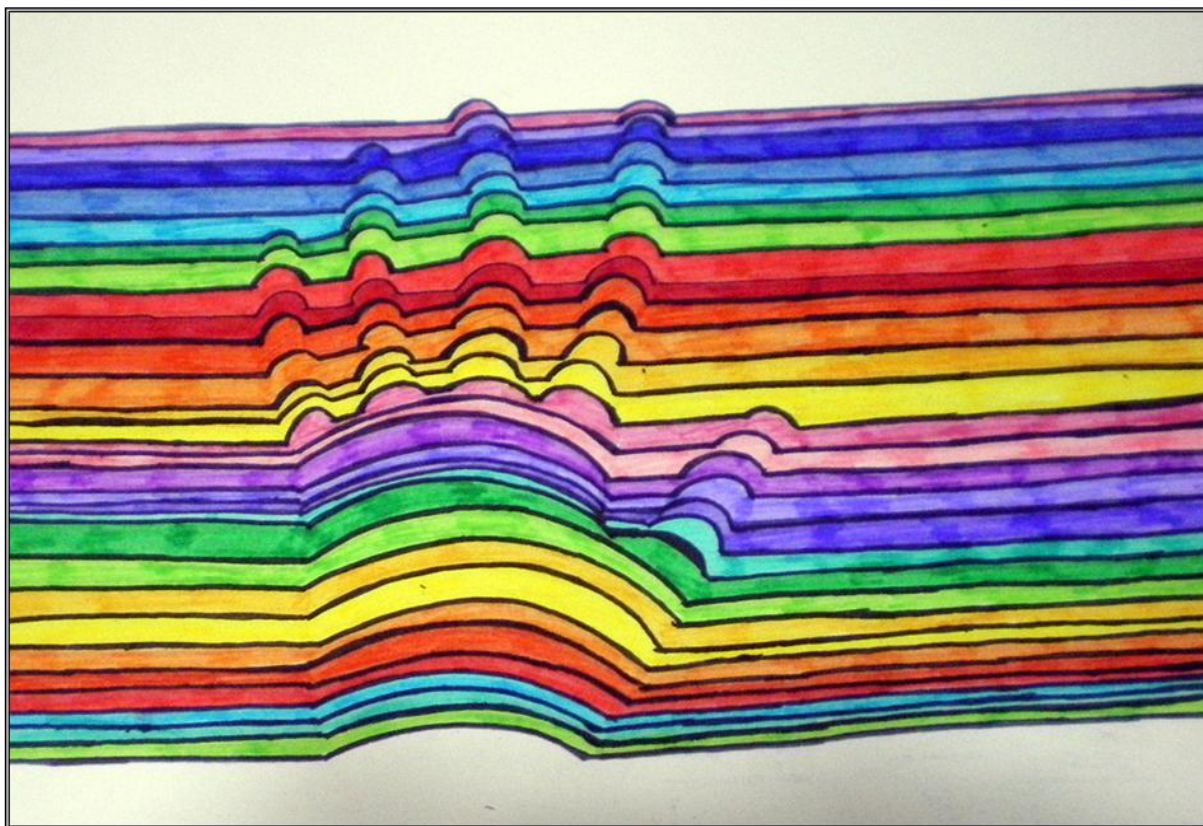
A pesar de lo sucedido, al final la propuesta le resultó muy positiva, ya que en la siguiente sesión retomó el trabajo de forma voluntaria con un planteamiento libre: decidió calcarlo y colorearlo de forma personalizada; al final de la clase quiso regalárselo a una compañera, que lo recibió emocionada.

De manera generalizada, el ejercicio creó satisfacción en el grupo pues hubo sorpresa por el parecido final del dibujo que consiguieron, a pesar de hacerlo al revés.

#### 7.6.2.8. DIBUJANDO EN RELIEVE

##### **Justificación del ejercicio:**

Estaba claro que mis objetivos al desarrollar propuestas artísticas - formativas no podían dejar de tener en cuenta el aspecto lúdico que las mismas debían de contener a fin de lograr los ansiados momentos de distensión (individual y grupal) que permitieran mejorar la calidad de vida durante el tiempo de estancia en el centro, por ello, para los siguientes ejercicios opté por una práctica menos académica pero más entretenida. De este modo, les propongo dibujar una silueta de su mano y completarla con trazos horizontales que, en el punto de unión con la línea de silueta, formen un pequeño arco; después se completará el ejercicio dando un color distinto a cada espacio formado por las sucesivas líneas paralelas que ofrecerá el efecto óptico de un "dibujo con volumen".

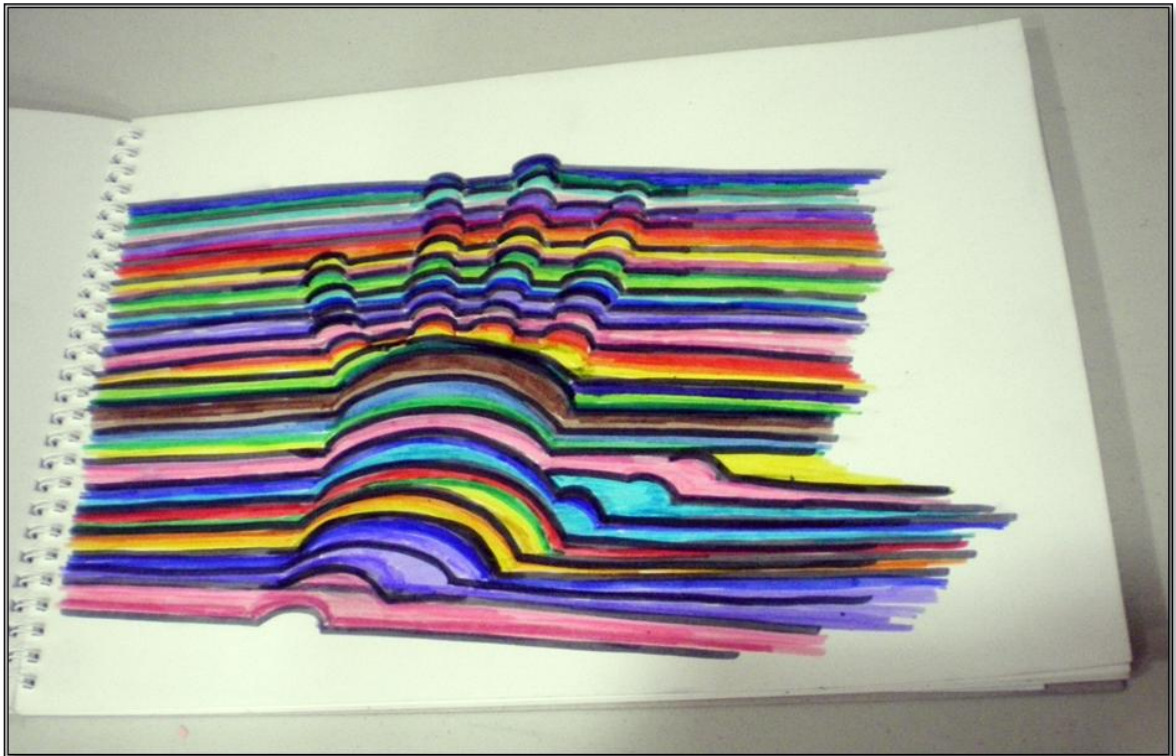


*Ilustración 7.25: Tamaño A-3. Ejercicio "dibujando en relieve". Autora: Maya.*



**Breve Análisis cualitativo del ejercicio de relieve:**

1. Algo escépticas inicialmente, cuando se empezaban a observar los resultados, surgió entre ellas, ¡por fin! el momento de la broma, la distensión y el relax. Maya, muy Ilusionada, comenta que si se lo puede llevar a casa, diciendo: *"Pensaba que no me saldría pero el resultado ha sido bueno y se me ha pasado muy rápido el tiempo."*
2. Aunque en algunos casos les resultó complejo comprender el sistema de líneas para conseguir el efecto de volumen del dibujo, llevándoles a repetir el planteamiento, finalmente, disfrutaron realizando aquellos dibujos "en relieve" y se sintieron muy satisfechas por los resultados, encontrándose muy relajadas durante su realización.
3. Conviene destacar que sólo una de las participantes trabajó sobre otro diseño, una esfera. Como propuesta inicial, se les pidió crear la sensación de volumen a partir de la forma de la mano, pero Carmela la rechazó ¿Quizá huía de trabajar sobre un tema relacionado con el cuerpo, que le recordaba la enfermedad? A pesar de la insistencia de sus compañeras para que realizara el ejercicio, que auguraban divertido, animándola, prefirió otra alternativa. Por lo tanto se le sugirió, trabajar a partir de una forma inocua: un círculo, que aceptó ilusionada.



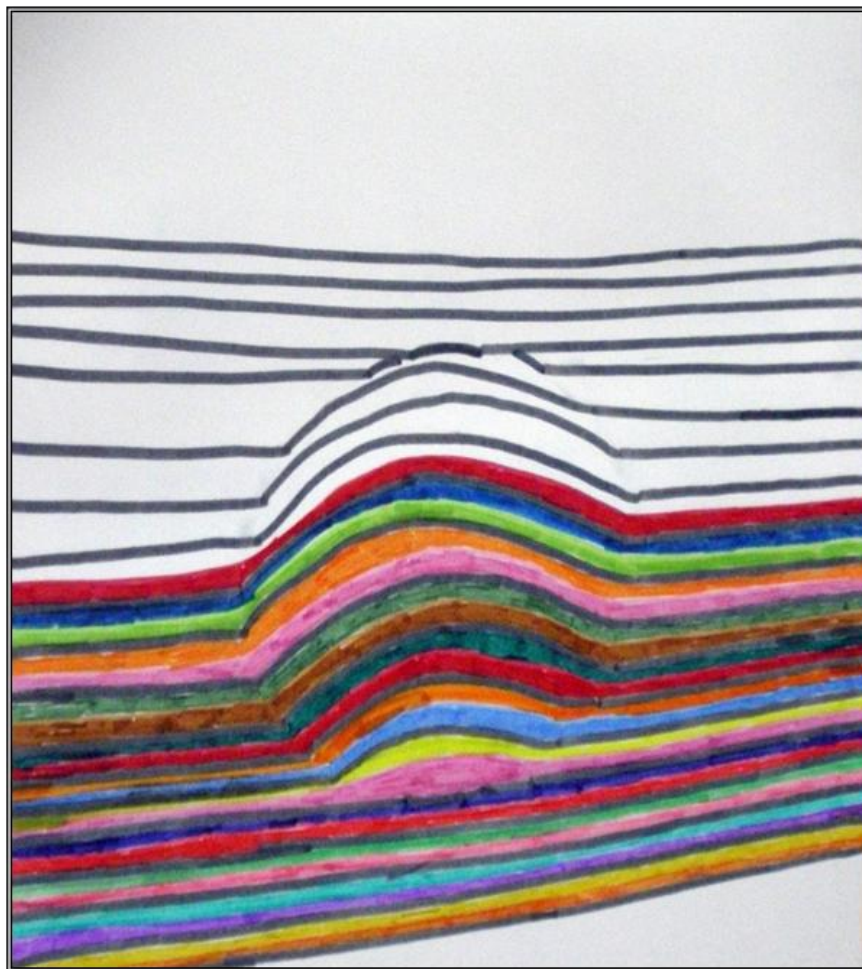
*Ilustración 7.26: Tamaño A-3. Ejercicio "dibujando en relieve". Autora: Amparo.*





Como ya he dicho, el momento de trabajo era distendido que permitió a Carmela disfrutar con su creación, (Ilustración 7.27) aunque fuera diferente, y asumir que podría resultar muy interesante también, trabajar partiendo de la mano, modelo que aunque no aceptó, sí manifestó que le encantaba como les habían quedado a sus compañeras y que en su casa iba a practicar, pues ella quería tener también un dibujo así, de su mano. Sus compañeras bromeaban comentándole que se había perdido el dibujar, en el taller, la silueta una mano y los dedos lo que provocó la sonrisa generalizada.

Lejos de enfadarse, se sintió ilusionada con la idea de dibujar ella también “*una mano así de bonita*” y prometió que iba a practicar en su casa.



*Ilustración 7.27: Tamaño A-3. Primer intento de Carmela.*

En efecto, al día siguiente, para sorpresa de todas, llegó con un nuevo dibujo, (Ilustración 7.28) este ya sí de su mano, en el que el mostraba, orgullosa, el resultado obtenido, recibiendo de sus compañeras palabras de felicitación a las respondió con un “*Bueno, me han ayudado algo a hacerlo...*”.



*Ilustración 7.28: Tamaño A-3. Dibujo final (en casa) de Carmela.*

Como resumen de estas sesiones de la **Segunda Silueta: Dibujando**, cabe destacar:

1. Disparidad en los resultados: Desde los primeros ejercicios de degradado pude observar la diferencia entre unos y otros. En un rápido vistazo comparativo a los mismos, y como he ido exponiendo detalladamente en los apartados anteriores, se observa en unos, la meticulosidad y el interés por el resultado, mientras que otros, denotan apatía, dejadez y desgana. Este fenómeno se repite en todos los ejercicios propuestos, si bien es cierto que a lo largo de las sesiones, el interés va aumentando y las diferencias no son tan patentes.
2. Habilidad de las alumnas: Percibo un rápido aprendizaje de las técnicas propuestas que, inicialmente, son recibidas con escepticismo, pero que cuando empiezan a aplicarlas, en general, se adaptan bien a ellas.
3. Satisfacción por los resultados: Se sienten asombradas y muy satisfechas de los resultados que han obtenido con los primeros ejercicios y tres adolescentes afirman que "el ejercicio de sombrear las relaja".



### 7.6.3. TERCERA SILUETA. DESPLEGLANDO LA CREATIVIDAD: **ACEPTARTE**

Una vez trabajadas unas nociones básicas del dibujo, y para dar un mayor dinamismo a las sesiones, comenzamos la tercera fase con propuestas que pretendían alejarse de lo “académico” y “preciso” y dar rienda suelta a la imaginación y creación personal, mucho más sugerente, y que permitiera una metodología de trabajo aún más lúdica, atractiva, que fomentará la creación y lo genuino de cada una, **aceptarse, descubrirse** de otra manera más positiva **a través de la expresión artística**. Por tanto, planteo ejercicios individuales y grupales dirigidos a desarrollar la imaginación. He clasificado esta fase del taller en tres momentos según el contenido abordado en cada uno de ellos, a través de las distintas actividades:

#### 7.6.3.1. CREACIÓN DE PERSONAJES. IMAGINACIÓN A PARTIR DE CONTORNOS

##### Justificación del ejercicio:

Como contrapunto, para alejarlas del concepto de *lo bien hecho* y su tendencia al perfeccionismo, utilizado en las sesiones de dibujo anteriores, las invito a probar a divertirse con los siguientes ejercicios. Inicialmente les sugiero que, usando como método la improvisación y el juego, llenen un folio de líneas arbitrarias, sin un control o método fijo y que, posteriormente, adaptando siluetas o contornos sugerentes, cada una de ellas trate de crear un personaje original y que describan quién es ese personaje surgido de la fantasía.



Ilustración 7.29: Tamaño A-4. Dibujo del personaje “Liria”. Autora: Ángeles.



En la descripción del personaje su autora dice, entre otras cosas, que:

*“Es una niña [...] que vive en un mundo especial donde no hay estereotipos. Ella es dulce, amorosa, pero muy sensible y miedosa... y ahora mismo está asustada [...] Le encanta sentir cariño, estar acompañada...”*

Como se puede leer en la Ilustración 7.30.

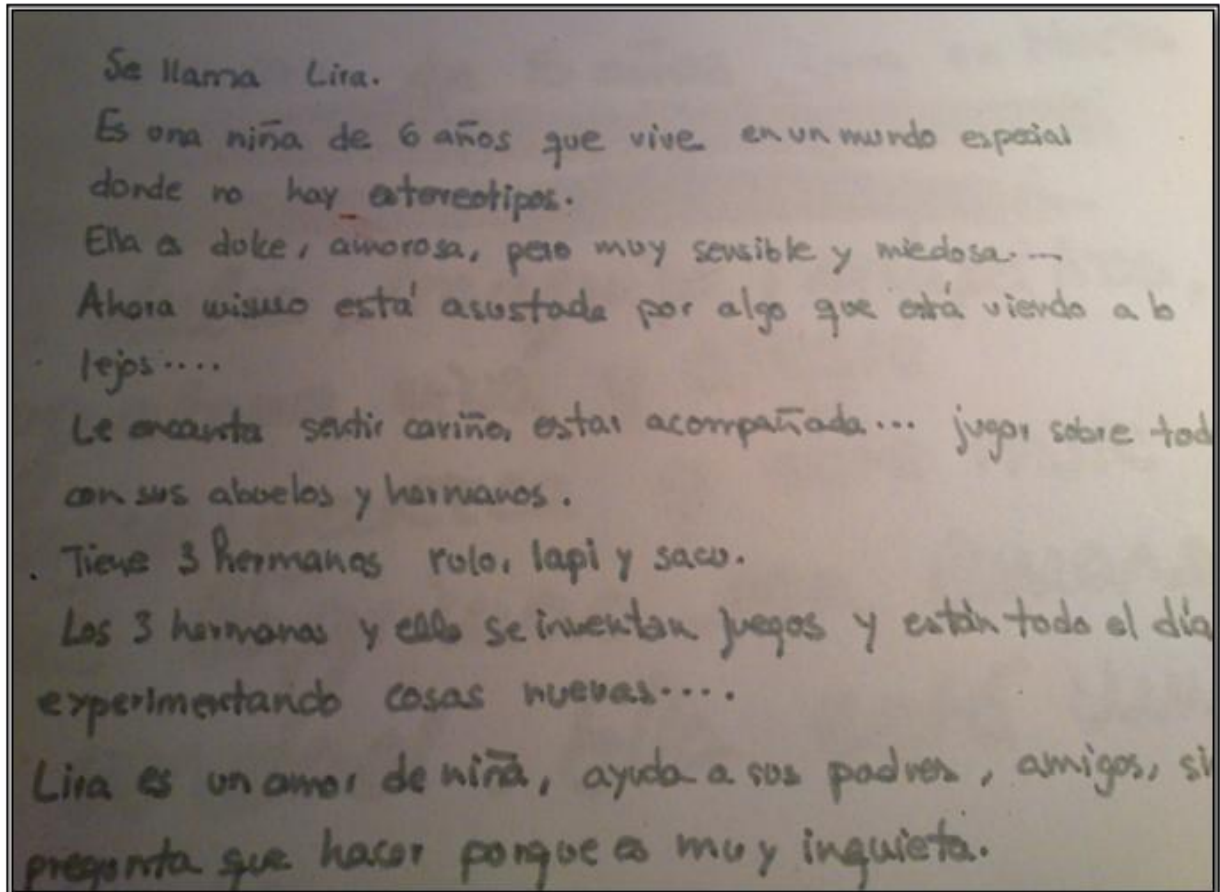


Ilustración 7.30: Descripción del personaje “Lira”, por su autora. (FA).

Recordemos que: “la relación que guardan la exposición a los medios masivos de comunicación, específicamente el estereotipo femenino presentado en éstos, las emociones generadas en las mujeres que los miran y la presencia de riesgo para trastorno alimentario, parece ser estrecha” (Jiménez-Cruz y Silva-Gutiérrez, 2010:12).

En el ejemplo siguiente, se ve claramente como sus creaciones son un **reflejo de cómo ellas se sienten** y tienen un paralelismo notable con lo que piensan de sí mismas...Es el caso del personaje creado por Carmela (Ilustración 7.31), cuyo nombre y características negativas son conmovedoras. Tal empatía sentía su autora con él, que incluso le asignó su misma edad: ¿Estaría manifestando a través del personaje cómo se veía a sí misma...?



Ilustración 7.31: Tamaño A-4. Dibujo del personaje "Bicho raro". Autora: Carmela.

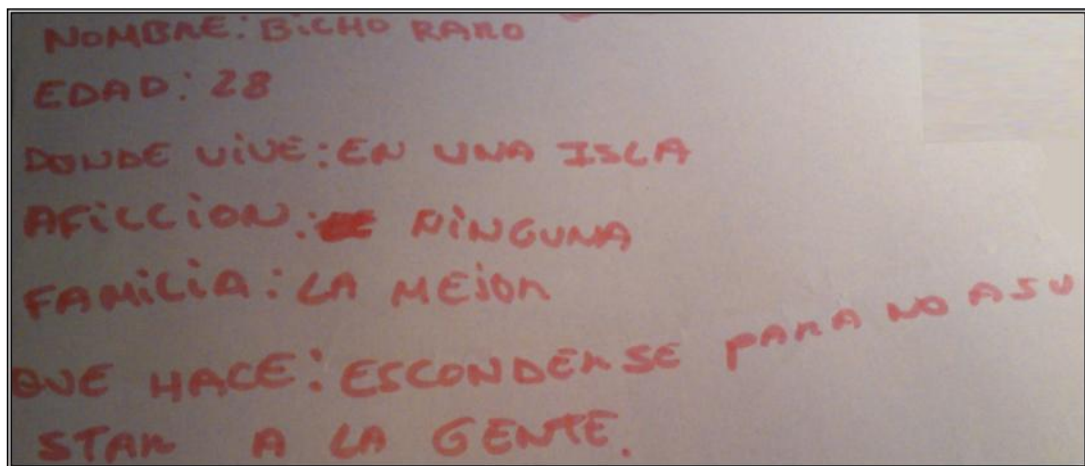


Ilustración 7.32: Descripción del personaje "Bicho raro", por su autora. (FA).

Como vemos en la Ilustración 7.32, Carmela dice de su personaje que se llama *Bicho raro*, tiene 28 años, vive en una isla y su familia es la mejor; no tiene ninguna afición, sin embargo lo que hace es "escondese para no asustar a la gente".

Ya en la contestación sobre la definición de Arte en el **cuestionario/encuesta inicial**, (ver Apartado 7.6.1.2, Respuestas a Pregunta nº6) Carmela respondió: "Arte es una forma de comunicación y de expresar sentimientos e ideas sin necesidad de palabras, de mostrar quienes somos creando algo"; parece que en esta respuesta estuviera parafraseando a Oscar Wilde (2000) ya que él refería, que la búsqueda del artista es siempre el modo de existencia donde el alma y el cuerpo formen una unidad indivisible, donde lo externo exprese lo interno. "La imagen tiene la característica de ser como si hubiera sido dicho".

#### **Breve Análisis cualitativo al ejercicio de personajes:**





1. Destacar un hecho que ocurrió durante el ejercicio. En la rutina diaria no pasaban desapercibidas señales visuales y de actitud características de la enfermedad. Llamaron mi atención las palabras que una de ellas, decía a las compañeras, en tono de sarcástico, y que fue secundado con risas: *"Por favor, podéis pasarme la gomita"*, refiriéndose a la goma de borrar, que guarda relación con el juego concepto-vocabulario: "El sistema de conceptos con que pensamos en la vida común es el expresado por el vocabulario" (Durkheim 1982:402), frase que analiza Gil García (2005:48) en su Tesis .Doctoral. matizando sobre "la capacidad que tiene el lenguaje de crear realidad". En la enfermedad no se permite que el estado de alerta flaquee por un momento; por eso, el hecho de pedir a sus compañeras la goma de borrar le sirvió para hacer verbalmente una conexión con algo tabú y vetado por sufrir TCA: provocar el vómito. Jesús Barea (2011, s. p.) va más allá y nos revela la auténtica dimensión de esa expresión cuando dice: "El **ayuno fanático**, el **vómito** provocado y la consiguiente **alteración en la masa corporal**, **no son más que síntomas del cuadro visible de la enfermedad**. Este comportamiento externo responde a una fuerte angustia interior, expresión de una serie de problemas psíquicos"<sup>57</sup>. La broma la repitió otra vez dejando caer la goma al suelo, quizá en un intento de no parar de moverse y paliar la necesidad constante de actividad física, habitual en este tipo de pacientes. Después dejó de hacerlo, disculpándose.
2. Las propuestas fueron un éxito y los resultados originales, sorprendiendo al grupo, denotando gran habilidad, inteligencia y sentido del humor en ellos. A pesar de plantear técnicas y métodos novedosos en los distintos ejercicios, las propuestas plásticas contenían aspectos comunes. Cabe destacar que muestran alguna relevancia y son significativos por la relación con el proceso de su enfermedad.
3. Las creaciones eran una proyección de sí mismas y estaban muy vinculadas con la historia personal de cada autora, mostrando sus anhelos, inquietudes, incluso rasgos de la enfermedad. Así fue como, a partir de ese entramado de líneas aleatorias dibujadas, surgió Lira (Ilustración 7.29) y, como dice su autora, *"que está asustada por algo que está viendo a lo lejos..."* ¿Quizá haya relación con el sufrimiento por la falta de salud?
4. Originalidad y creatividad en los resultados: Maya dice de su personaje, surgido de cruces extraños de líneas sin destino, que ha nacido y vive en las nubes y *"es un híbrido entre caballo y dragón"*, como apreciamos en la Ilustración 7.33. Llamaron la atención los nombres y las historias que relatan sobre ellos a partir de las siguientes premisas: lugar de nacimiento, tipo de familia, dónde vive, aficiones...

<sup>57</sup> Palabras en negrita en el original



Ilustración 7.33: Tamaño A-4. Dibujo del personaje "Pitugaso". Autora: Maya.

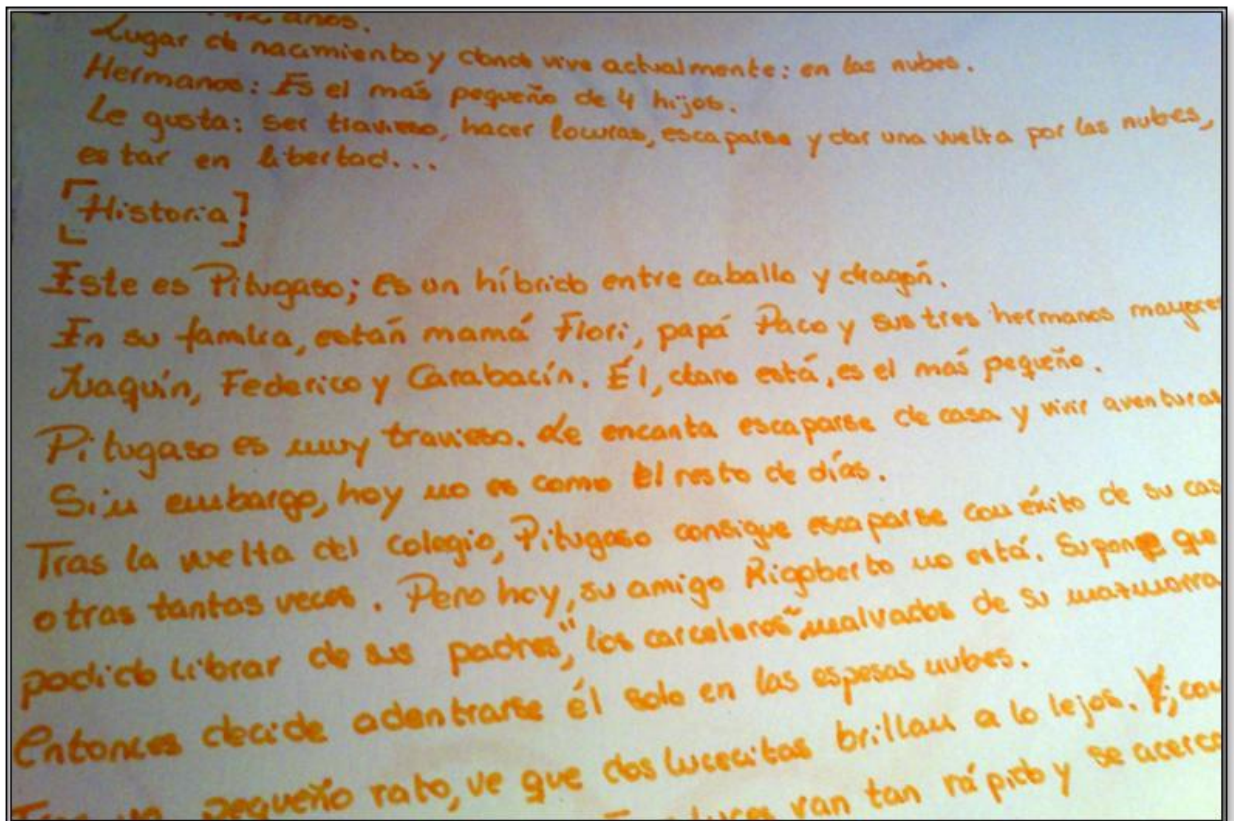


Ilustración 7.34: Descripción e historia del personaje creado por Maya. (FA).



Ilustración 7.35: Tamaño A-4. Dibujo del personaje "Rimbo". Autora: Juani.

### 7.6.3.2. CREATIVIDAD CON HOJAS DE ÁRBOL

#### **Justificación del ejercicio:**

Continuando con el planteamiento y la premisa de aunar el juego y la creación, les propongo que construyan un dibujo a partir de una hoja de árbol sobre un folio para que la hoja se transforme, metafóricamente, en otra cosa distinta a lo que es.

#### **Breve Análisis cualitativo al ejercicio de creación a partir de las hojas:**

1. Inevitables alusiones en sus trabajos al tema del "cuerpo perfecto" a causa de la enfermedad; unos cánones corporales y de belleza estrictos, que se pusieron de manifiesto en varias creaciones surgidas, al proponerles trabajar libremente a partir de unas hojas de árbol, confirmándose el concepto sobre la proyección de la propia imagen a los diferentes materiales utilizados para crear expresada por Dolto (1986:27): "La imagen del cuerpo [...] puede proyectarse en toda representación, sea cual fuere, [...] el dibujo modelado de cosa, vegetal, animal o humano es a la par imagen de aquel que dibuja o modela e imagen de aquellos a los que dibuja o modela, tal como él los querría, conforme con los que él permite esperar de ellos".





*Ilustración 7.36: Tamaño A-4. Creación con hojas. Autora: Cristina.*

Sobrecogedoras la metáforas visuales de las creaciones con hojas; en la Ilustración 7.36; Cristina crea una especie de ángel, o personaje alado, como expresión máxima de belleza. Por su parte, Maya (Ilustración 7.37) utiliza el tallo de la hoja para componer un cuerpo extremadamente delgado consiguiendo lo que pudiera ser una fantasmagórica y extraña bailarina de ballet.



*Ilustración 7.37: Tamaño A-4. Creación con hojas. Autora: Maya.*

Ana (Ilustración 7.38), logra la belleza mediante el sufrimiento: un collar que estiliza el cuello a modo de las "mujeres jirafa", y los lóbulos de las orejas dilatados en los que ha colocado unos adornos; un aparatoso tocado culmina su obra.



*Ilustración 7.38: Tamaño A-4. Creación con hojas. Autora: Ana.*





Un vez más, la tradición cultural a la que pertenecemos se revela para las mujeres fundamentada en esta opresión en la relación entre mujer y corporalidad.



*Ilustración 7.39: Maya realizando su composición. (FA).*

2. Varias creaciones las hicieron configurando animales:



*Ilustración 7.40: Amparo muestra su creación terminada. (FA).*



También hubo humor y diversión en las creativas propuestas realizadas, que era parte de nuestros objetivos, y así lo confirmó Miriam:

*"Me ha resultado graciosa la forma que le hemos dado a las hojas. Me he tomado el ejercicio con mucho humor"*



*Ilustración 7.41: Simpática y original creación de Miriam. (FA).*



3. Destaca la originalidad y el esmero de resultados. Cada participante atribuyó un significado diferente, cuidando el acabado con color, buena presentación, etc. por lo que lo que la propuesta les motivó e interesó.



*Ilustración 7.42: Tamaño A-4. Martina compone una niña volando una cometa. (FA).*



*Ilustración 7.43: Tamaño A-4. Composición de Carmela. (FA).*





### 7.6.3.3. RECICLAJE ARTESANAL CON SENTIMIENTO

Como ya anticipé en la introducción, las pacientes con TCA suelen tener dificultad para expresar las emociones por lo que, para continuar con actividades que minimicen esta carencia, a modo de estímulo, propongo dos tipos de actividades creativas con materiales poco frecuentes: la piedra y el plástico, con dos objetivos claros en esta fase:

1. Permitir el disfrute, la expresión de sentimientos y establecer comunicación entre ellas
2. Motivar la interacción con sus respectivas familias.

#### A) FLOR DE RECICLAJE PARA REGALO

##### Justificación del ejercicio:

Para reforzar los vínculos personales/grupales y partiendo de unas botellas de plástico en las que se envasan aguas minerales o refrescos, les planteo la propuesta de realizar vistosas flores de colores que, una vez finalizadas, las emplearemos como un original regalo: las flores creadas artesanalmente **tenían que ir dirigidas a alguien especial**, para ello, tendrían que poner por escrito a quién se la regalarían y por qué, así como el sentimiento que les motivara a hacer el regalo



Ilustración 7.44: Ana muestra su "Flor de reciclaje" terminada. (FA).



Ilustración 7.45: Fase de pintado de una flor y otra ya terminada. (FA).

**Breve Análisis cualitativo al ejercicio de las flores recicladas:**

1. Diseños variados, originales, realizados con esmero. Incorporan técnicas y materiales especiales: la purpurina, el punteado y formas de pétalos sugerentes.
2. Variados eran los destinatarios de las flores: seres queridos, novios, familiares, amigos...se establecen, aún en la distancia, vínculos afectivos especiales e intensos, principalmente con sus madres, como puede leerse en la Ilustración 7.46, se la regalaría a su madre "porque me quiere a rabiar y me ayuda muchísimo".

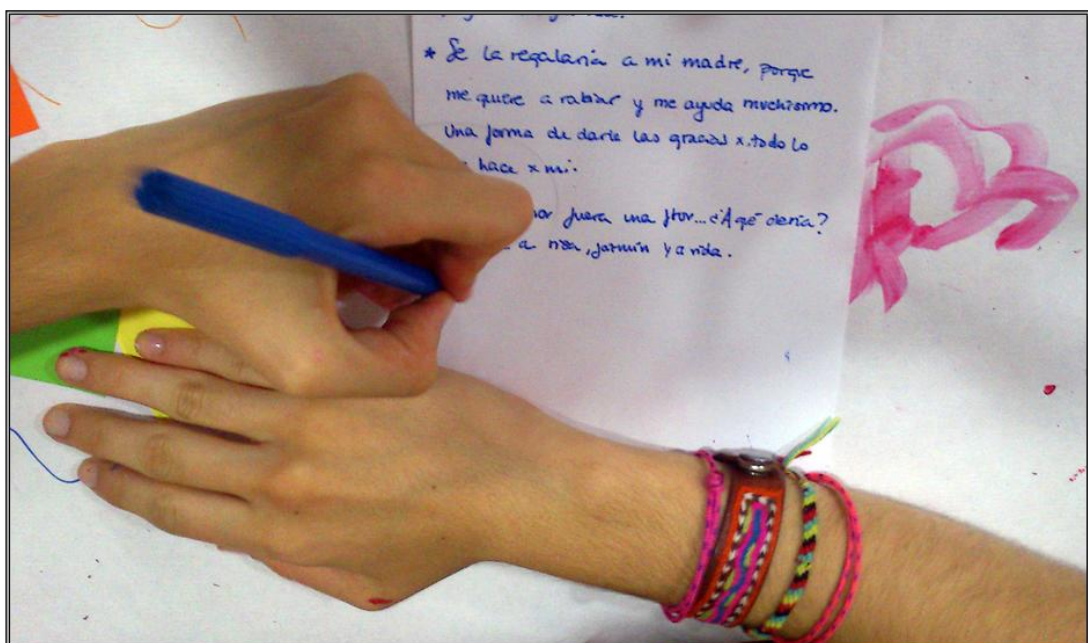


Ilustración 7.46: Las delgadas manos de Ana dedican a su madre el regalo de la flor. (FA).





O como Martina, que se la regalaría: "... a mi novio por sus abrazos y sacarme esas sonrisas. Y a cada uno de los miembros de mi familia, en especial a mi madre por no cansarse de mis llantos y mis días malos", (Ilustración número 7.47).

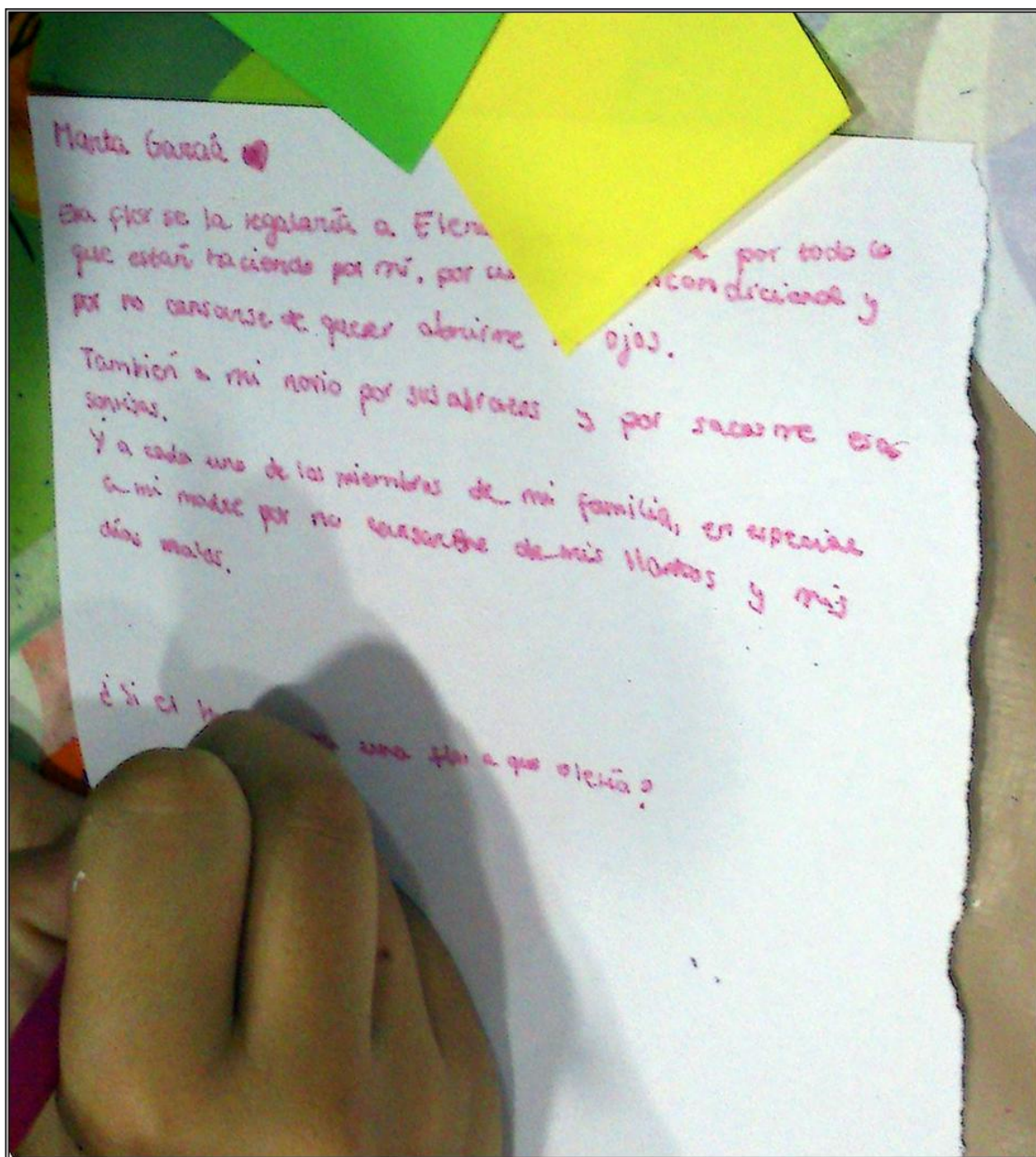


Ilustración 7.47: Martina escribe su dedicatoria. (FA).

Se recogen por escrito emotivos pensamientos y reflexiones surgidos a partir de esta actividad que confirman lo expuesto por Barea (2011, s.p.): "Una comprensión más profunda aparecerá como consecuencia de acciones positivas al contactar con la propia autenticidad, con el dominio del corazón en el ritual creativo del dar y recibir"



3. A la pregunta **¿A quién regalarías la flor?** casi de forma unánime, todas las alumnas coinciden en regalarla a su madre reconociendo la ayuda que están recibiendo de ella y, en algunos casos, expresando el sufrimiento por el que está pasando; en ésta línea, otra alumna responde: *“Se la regalaría a mi madre, porque me gustaría tener un detalle con ella y agradecerle todo lo que está luchando a mi lado y porque la quiero y sé que le haría ilusión. [...] olería a suavizante mimosín”*. (Ilustración 7.48)

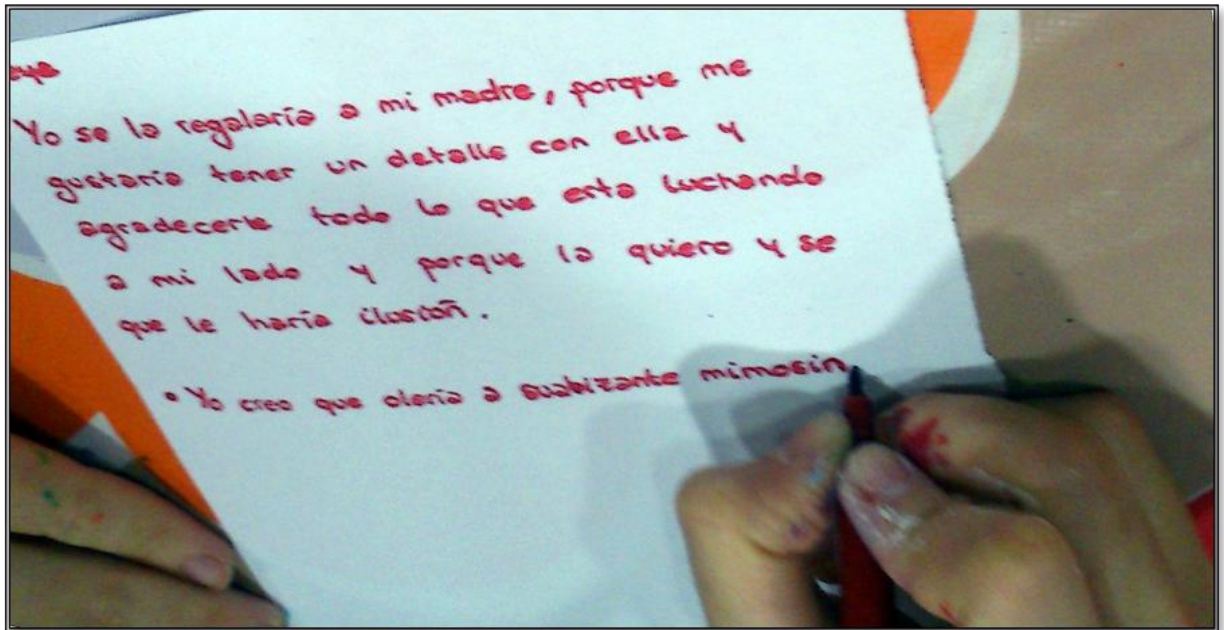


Ilustración 7.48: María dedicando la “Flor de reciclaje” a su madre. (FA).

4. Es una actividad que les resulta interesante y les hace sentir bien. Así, Amparo escribe: *“Esta actividad está muy bien para no pensar y permite pasar un buen rato dialogando con las compañeras. Me ha encantado trabajar con ellas y con estos materiales”* y otra compañera ya tiene actividad para su casa: *“Esta flor la voy a hacer con mi hija esta tarde cuando llegue a mi casa”*.

Estas expresiones escritas desde la distensión y el relax que le ocasionan los trabajos creativos que están llevando a cabo hacen pensar que denotan una gran sinceridad y un lenguaje surgido de un sentimiento profundo, por lo que nos recuerda a Cerviño (2002, s.p) “El lenguaje se dice a sí mismo. Cada signo remite a otro signo. (...) Únicamente nos pertenece el temblor que se tensa al filo de lo decible, aquello que se equilibra apenas sobre el balbuceo ininteligible. Sólo lo no decible se puede decir. Estamos atrapados, hablar nos deshabita y callar no nos devuelve al mundo”



## B) HUELLAS DE PIEDRA

### Justificación del ejercicio:

Para dialogar sobre la experiencia de las vacaciones de verano y evaluar la trayectoria del taller, se trabajó con piedras construyendo huellas que las alumnas tenían que personalizar con palabras y dibujos que representaran "la huella que les deja el taller". Se ha tomado como referencia para el planteamiento de esta dinámica la obra artística del fotógrafo escocés Iain Blake concretamente su original proyecto fotográfico Stone Footprints (en inglés, "huellas de piedra") y que llamó mucho la atención.

### Breve Análisis cualitativo al ejercicio de las flores:

1. Son coincidentes y positivos los sentimientos en casi todas las expresiones que utilizan para exteriorizar la huella que les deja el taller a las alumnas; palabras como libertad, amistad, amor (y desamor)



Ilustración 7.49: "Huellas de piedra". Trabajos realizados. (FA).

2. Destacan por su originalidad y parecido dos trabajos. Coinciden en la elección de la palabra amor, y en el carácter decorativo de su diseño: letras peculiares, incorporación de símbolos (corazón, estrella) incluso línea pintada sobre la piedra

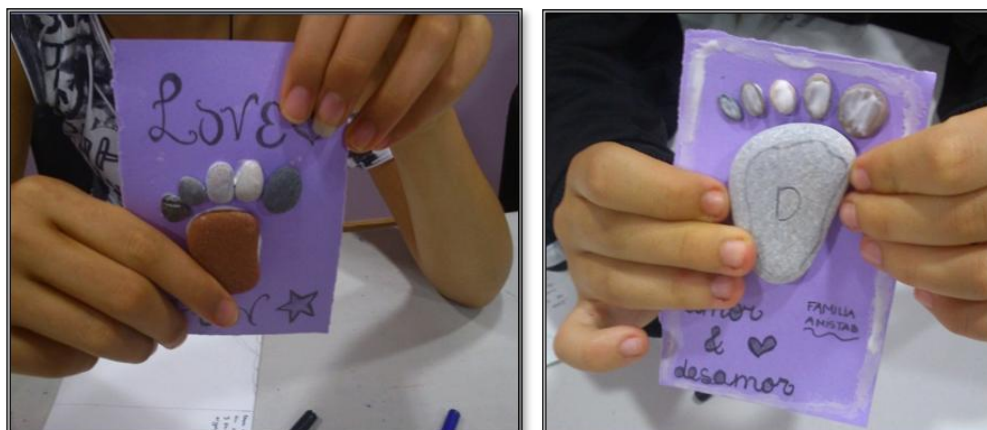


Ilustración 7.50: Alumnas muestran sus trabajos finalizados. (FA).



#### 7.6.3.4. EL HUMOR POSITIVO. RELATO DESDE LO LÚDICO

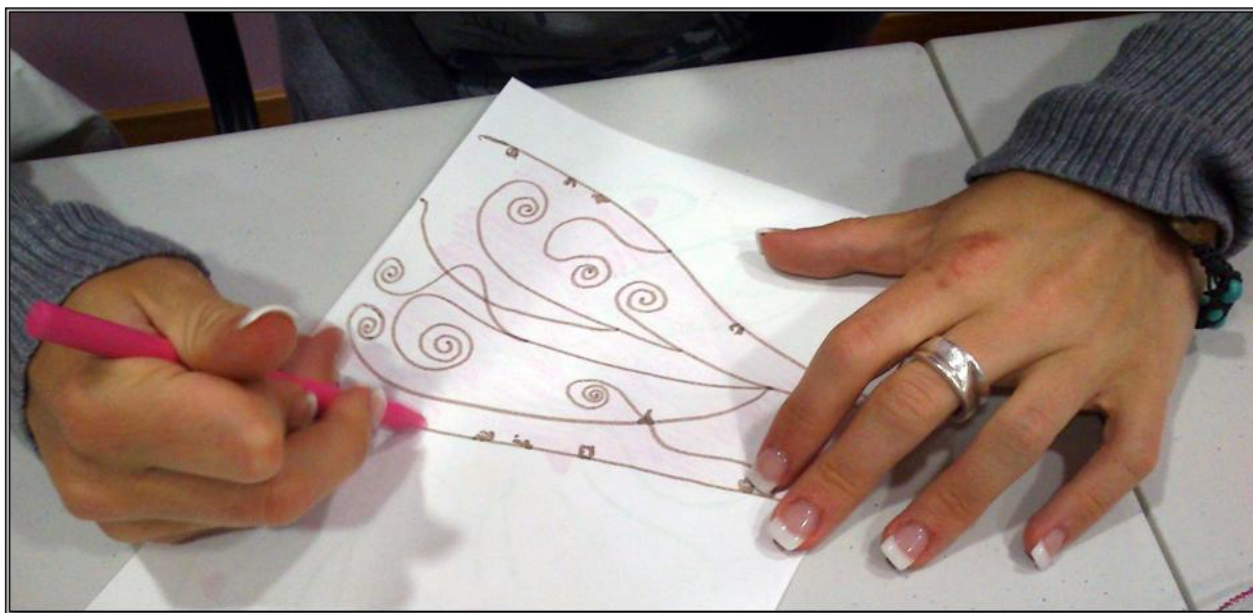
Se atribuye a Galeno la expresión de que: “Hay poco humor en la medicina pero mucha medicina en el humor”. En esa línea García Walker (2000) defiende que elementos como la risa, la sonrisa el optimismo o el juego, son capaces de acelerar la recuperación y la curación de cualquier enfermedad y numerosos autores y estudios ponen de manifiesto la influencia del humor en la salud. Martín Seligman (2003), precursor de la psicología positiva, defendía que la educación es mucho más que la corrección de defectos ya que debe tratar de reconocer y fomentar valores. De acuerdo con él, no nos podemos limitar a estudiar las debilidades/traumas, sino también ocuparnos de la felicidad. Con este convencimiento abordó directamente el tema del humor y la sonrisa en varias sesiones de trabajo grupal.

##### Justificación del ejercicio

Planteo la propuesta de realizar, en grupos de tres alumnas, un “árbol de la sonrisa” o “árbol de la felicidad”; en un folio, que se ha doblado en tres partes, cada una de las participantes dibujará un trozo de árbol (raíces, tronco o ramas) y escribirá un fragmento de la historia de dicho árbol sin que el resto de las compañeras del grupo lo vean. Desconocían, por tanto, el resultado completo hasta el final, momento en el que desplegaban el papel poniendo entre todas un título. Un ejercicio que, ya desde el planteamiento inicial, despertó interés y gestos de sonrisa; durante el desarrollo, incertidumbre, intriga, motivación, coordinación y cohesión grupal; y, en el final, gran asombro, confianza y satisfacción. Una actividad que, más allá del resultado, irradiaba creatividad y generó un cambio positivo de humor en las participantes, lo que confirma el planteamiento de Schaverien (1994) que presenta el arte como un medio para lograr un estado que facilite el acercamiento y la relación de la anoréxica con otra persona defendiendo que: “(...) las obras de arte, como objetos, pueden ser el medio a través del cual el paciente se relaciona (...)” (p.37)



Ilustración 7.51: Amparo escribiendo la “Historia del árbol”. (FA).



*Ilustración 7.52: Beatriz dibujando una parte del árbol. (FA).*



*Ilustración 7.53: Los grupos despliegan completamente los árboles. (FA).*

Una vez dibujada la parte del árbol elegida y escrita la parte de historia de correspondiente, el grupo procedía a desplegar el folio con las partes del árbol, leer la historia completa y ponerle título al trabajo terminado. En las Ilustraciones 7.54 y 7.55 se reflejan las situaciones en que comentan y debaten los trabajos.





Ilustración 7.54: Debatiendo en grupo sobre los trabajos finalizados -1. (FA).



Ilustración 7.55: Debatiendo en grupo sobre los trabajos finalizados -2. (FA).

**Breve Análisis cualitativo al ejercicio de los árboles:**

1. El resultado fueron trabajos de enorme originalidad con títulos que encerraban entrañables historias, llenas de moraleja y significado, como se desprende de la muestra presentada en la Ilustración 7.56.

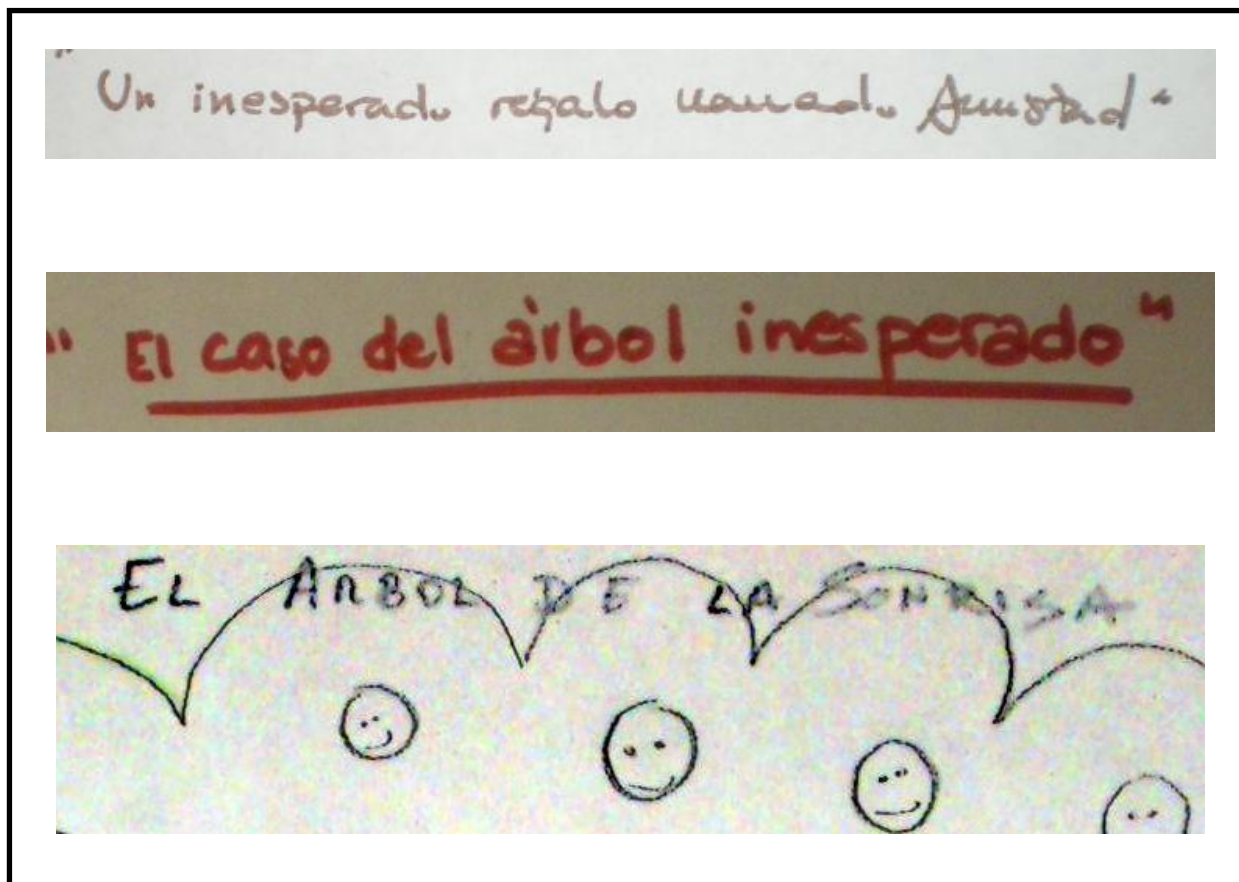


Ilustración 7.56: Algunos de los títulos de los trabajos en grupo de creación del árbol.

Se exponen a continuación algunos fragmentos de las historias que acompañan al trabajo pictórico:

Así, en el titulado *“El árbol del amor y la felicidad que desprende emociones”* podemos leer:

*“Esta es la historia del árbol del amor y la felicidad. Se llamaba así porque era un árbol muy especial que todo el mundo quería visitar porque desprendía emociones. Un día mientras tomaba el sol junto a su amigo el arbusto, le dijo: ‘me gustaría ser estrella para verlo todo desde el cielo’. El arbusto le contestó, que cada visión tiene su encanto especial [...]*

2. Los párrafos que tienen que tienen una mayor fuerza expresiva, son los que describen las raíces del árbol; quizá, de alguna forma, están evocando sus deseos inconscientes de fortaleza interna, de tener una *base fuerte*, de no volver a caer...

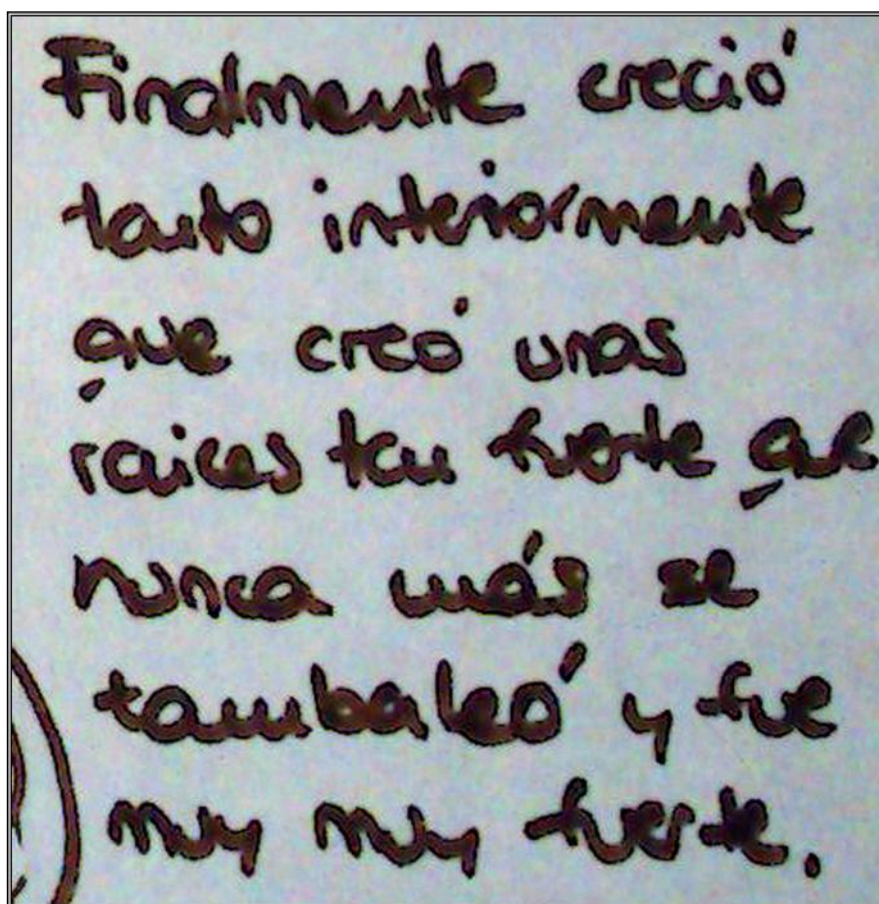




*“Finalmente el árbol creció sano y fuerte. Echó unas grandes raíces que se incrustaron fuertemente a la tierra y le permitieron quedarse definitivamente de pie y no volver a caerse”.*

*“Las raíces del árbol de la alegría consiguieron superar el duro suelo y crecer y desarrollarse más fuertes y vivas que ningunas otras raíces ya que el esfuerzo que tuvieron que hacer para seguir adelante su camino las hicieron especiales y muy vivas”.*

*“Finalmente creció tanto interiormente que creó unas raíces tan fuerte que nunca más se tambaleó y fue muy muy fuerte”.*



*Ilustración 7.57: Detalle del texto que alude a las raíces de uno de los árboles. (FA).*

A continuación se presentan (Ilustración 7.58) las imágenes de algunos de los trabajos terminados en los que se aprecia la creatividad e imaginación que desarrollaron los diferentes grupos:

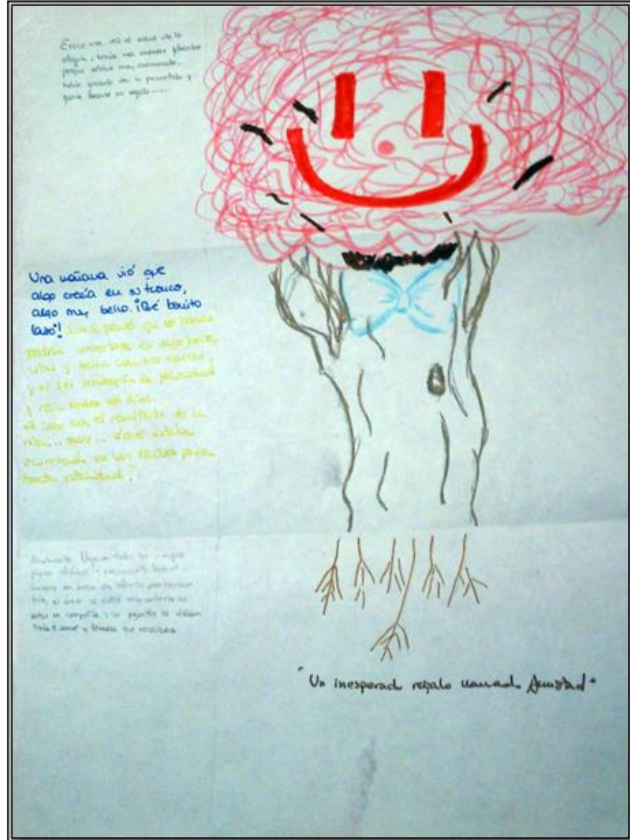
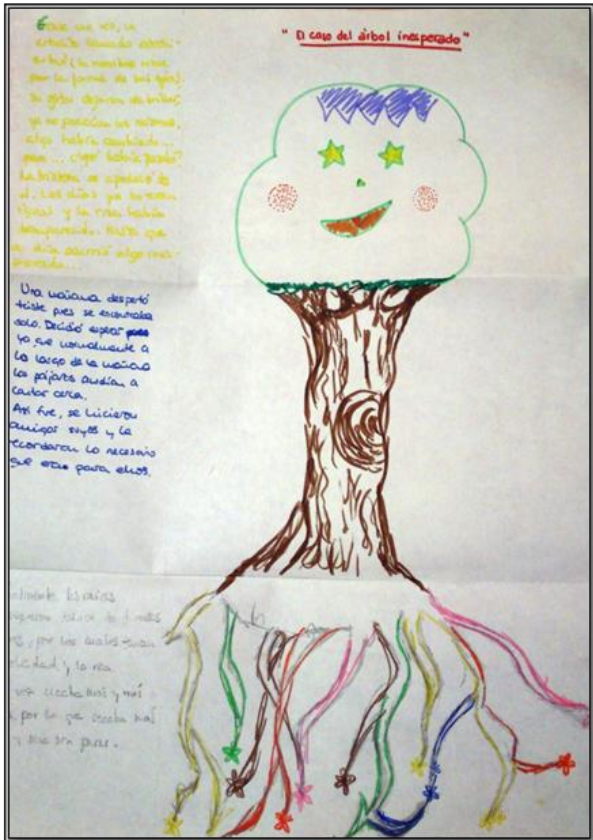
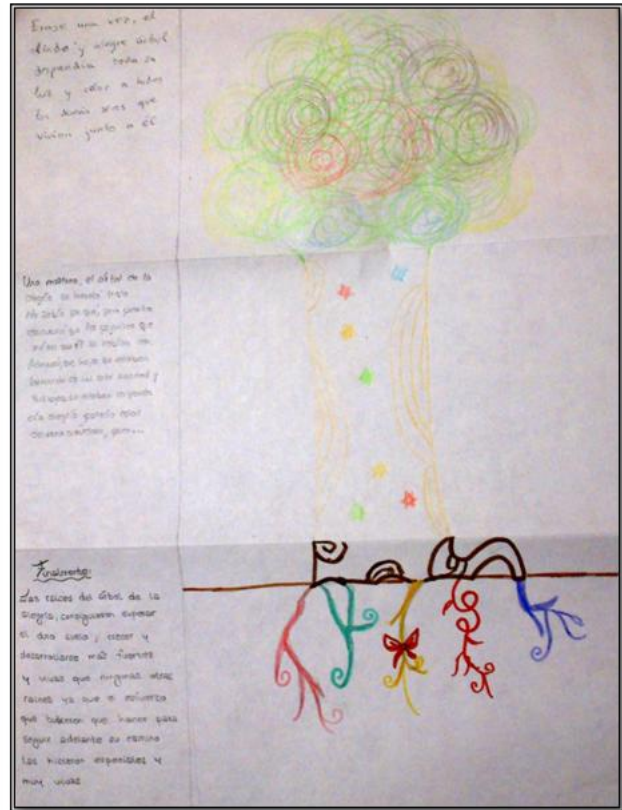
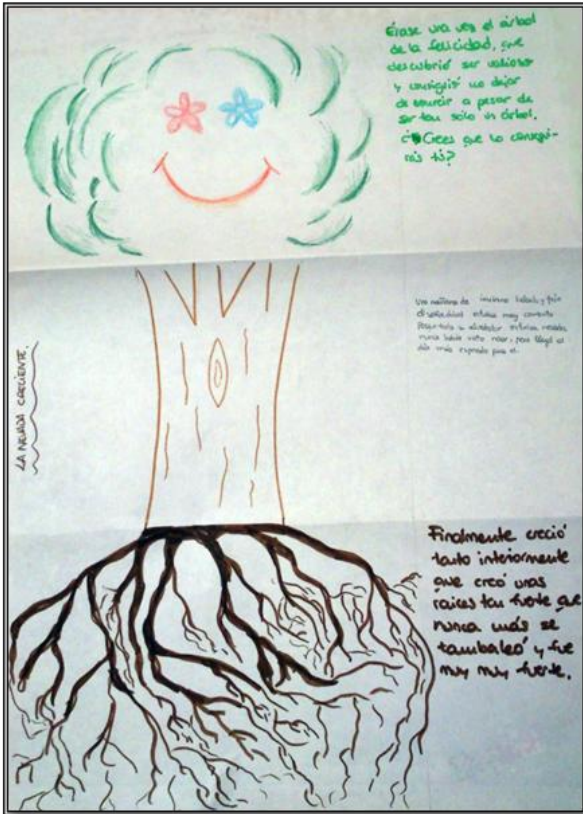


Ilustración 7.58: "Árboles de la felicidad", terminados. (FA).





### 7.6.3.5. SESIONES GRUPALES DE DISEÑO, NARRATIVA Y COLLAGE

Posteriormente, y en vista del buen resultado que se había obtenido en la experiencia anterior de la realización en grupo del árbol, opté por seguir promoviendo trabajos en equipo.

#### **Justificación del ejercicio**

Como la narrativa había sido un medio de expresión atractivo, continué avanzando en ésta línea con una nueva propuesta en la que la escritura se realizaría con la técnica del *collage*, construyendo historias cuyo tema fuera "Humor y Sonrisa", en forma de caligrama y a partir de palabras recortadas de revistas.

El principal método para generar el texto, según Booth (1996), es cortar y pegar, refiriéndose, en este caso, a la importancia de utilizar diferentes partes del material para que el resultado obtenido componga una narrativa o desarrolle un tema coherente y como dice Hornillo y Sarasola, (2003:378) "la biografía, como la historia, es la organización de la memoria humana. Papeles reunidos y acumulados, son trozos y piezas de la memoria".

#### **Breve Análisis cualitativo al ejercicio de collage:**

1. Existe una disparidad de resultados por lo que cada trabajo es único y diferente
2. Coinciden en transmitir mensajes positivos y esperanzadores



Ilustración 7.59: Tamaño A-4. Trabajo de collage en equipo. (FA).



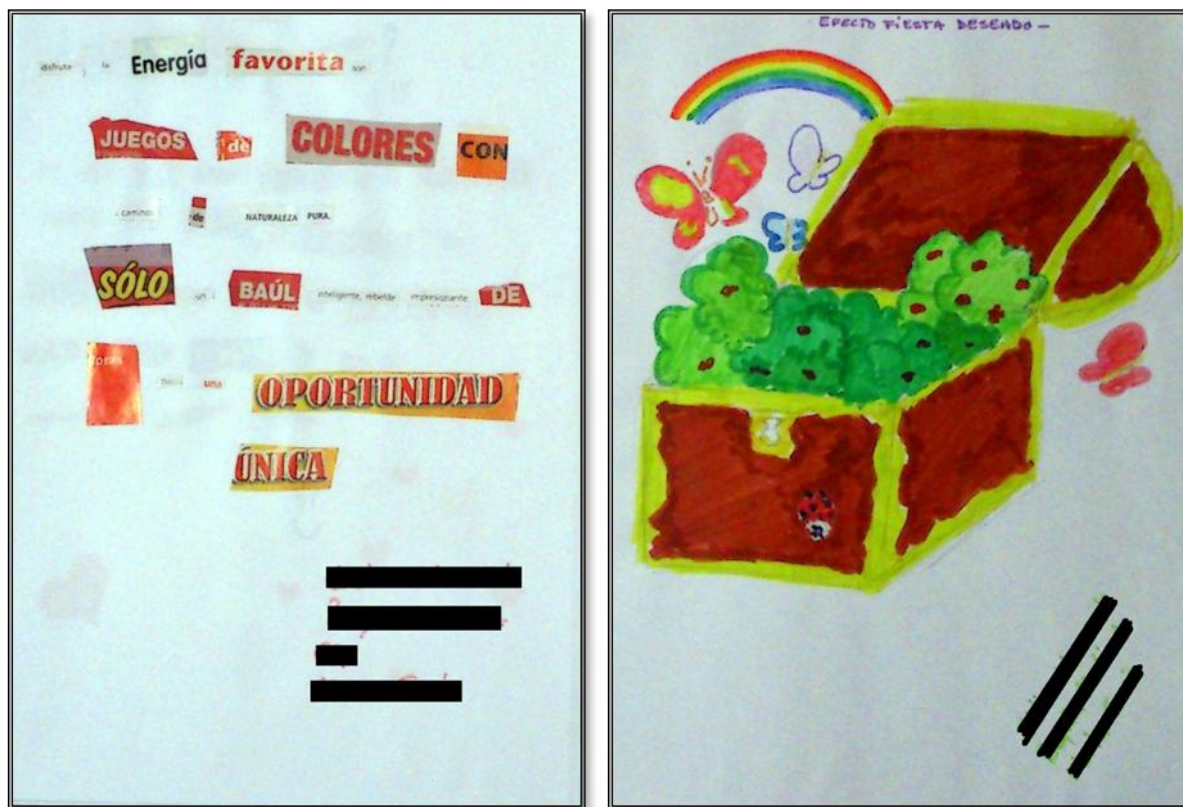


Ilustración 7.60: Tamaño A-4 x 2. Trabajo "Efecto fiesta deseado" (Nombres autoras tachados) (FA).

En el trabajo titulado "Efecto fiesta deseado" realizado por el grupo de Beatriz, María y Cristina (Ilustración 7.60) la frase compuesta dice: "Disfruta la energía favorita con juegos de colores con camino de naturaleza para sólo un baúl inteligente, rebelde, impresionante deseas tener una oportunidad única".



Ilustración 7.61: Tamaño A-4. Trabajo en grupo "Qué nada te pare". (FA).



Ilustración 7.62: Tamaño A-4. Caligrama del trabajo en grupo "Qué nada te pare". (FA).

En el trabajo titulado "Que nada te pare" realizado por el grupo de Crisanta, Juani y Maya (Ilustraciones 7.61 y 7.62) la frase compuesta dice: "El poder de los puntos calientes: Un placer por volver a ser feliz, la risa es todo el éxito que quiero. Su corazón con estilo primaveral, para acercarnos la deseada felicidad."

Un somero análisis de los contenidos de los trabajos realizados muestra los deseos internos de paz, libertad, felicidad... que subyacen en ellos.



#### 7.6.4. SILUETA FINAL: REFLEXIONANDO (ENTREVISTA ESTRUCTURADA)

Como cierre de éste ejercicio se invita a las alumnas a contestar por escrito a una entrevista estructurada sobre el Humor Positivo, a fin de que reflexionen sobre ese concepto y la posición que ocupa en sus vidas. Fue muy enriquecedor compartir sus pensamientos entre los que se transcriben textualmente las respuestas y, como siempre, manteniendo el anonimato de sus autoras.

##### 1- ¿Qué es para ti la sonrisa?

- Es estar contento y expresarlo con la cara.
- La mejor expresión del alma.
- La mejor manera de expresar el estado del corazón.
- Lo más bonito, la expresión que más feliz me hace y puedo hacer a alguien.
- La felicidad me gusta verla más en la gente, que en mí misma.

##### 2- ¿Qué es para ti el buen humor?

- Es una sensación o una cualidad pasajera. Se trata de reírse de las cosas, darles la importancia que tienen y reírse primeramente de uno mismo. Tener un buen día y que la risa domine mi día, ver el vaso medio lleno.
- Sentirte bien contigo mismo y con lo que te rodea y transmitirlo.
- Tomarse la vida con positividad como nuestra auxiliar Esther, que siempre está de buen humor.
- Si el humor fuera un sonido sonaría a chispas de colores sonando muy agudo.

##### 3- ¿Qué sonido tendría el humor?

- A rodaje de películas antiguas.
- Música alegre.
- Muchas chispas de colores sonando muy agudo.
- A trompetas y tambores.
- Risas y diversión.
- A risas de bebés.
- A carcajadas, un sonido alegre que despierte el entusiasmo.
- Relajante y satisfactorio.



#### 4- Si el humor fuera una flor ¿a qué olería?

- A fresa y a amor
- A primavera
- A suavizante *mimosín*
- A risa, a jazmín y a vida
- Chicle de fresa
- Olería a alegría amistad y ganas de vivir ¡Yo quiero ese aroma!
- Polvos pica-pica
- Sería suave su aroma, como las fresas, el aroma a fresa madura
- A risas
- A simpatía, a alegría, felicidad, mucha diversión y originalidad con un toque de melocotón, vainilla y canela.





## 7.7. RESULTADOS

Aunque de una forma empírica se podría afirmar que los resultados han sido positivos y que la experiencia ha supuesto a las participantes un apoyo importante y, en general, se ha logrado un fortalecimiento tangible de la situación del grupo, se presentan a continuación los resultados obtenidos con los diversos instrumentos de evaluación empleados, mostrando los distintos **datos** recopilados y **hechos** contrastados a partir de ellos.

### 7.7.1. DATOS OBTENIDOS MEDIANTE CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

Era preciso un cuestionario de valoración del proceso de clase, para obtener una evaluación continua del taller, por lo que diseñé para ello, el modelo que se presentó en la **Ilustración 7.11**.

Con el citado impreso, procedí a la realización de una encuesta directa a cada una de las participantes que se llevaba a cabo después de cada sesión y constaba de:

- **Cuatro preguntas con respuesta directa.**
- **Tres preguntas en las que se dejaba un espacio para expresar su opinión sobre un aspecto de la jornada.**

En las Tablas 7.6 y 7.7 de las siguientes páginas se indica la fecha y la sesión en que se tomaron los datos, así como el número de participantes en la encuesta; hay que matizar que, entre las sesiones 3<sup>a</sup> y 4<sup>o</sup> en las que se tomaron datos, existe un mes de descanso por vacaciones de verano, que considero incidió negativamente en el desarrollo de las actividades apreciando una notable apatía y desgana inicial en la participación-realización de los trabajos tras la reincorporación de las participantes, pero que en las sucesivas jornadas, desapareció. Pienso que esa importante circunstancia en una, relativamente corta, investigación, desvirtúa algo los resultados haciendo aparecer una inflexión en la misma hacia la mitad del proceso. Por esa razón, la sesión 4, de algún modo, puede tener connotaciones de *sesión inicial*.

A continuación se presentan tabulados los datos numéricos y porcentuales obtenidos en el cuestionario de satisfacción a las cuatro preguntas de respuesta directa:





## ANÁLISIS NUMÉRICO

1 - La jornada de clase les ha resultado...						
Sesión y Fecha	Nº de asistentes	Aburrida o inútil	Útil o distraída	Muy interesante o provechosa		
1 / 19-07-12	8	1	5	2		
2 / 26-07-12	12		11	1		
3 / 02-08-12	12		8	4		
4 / 06-09-12	11		8	3		
5 / 13-09-12	11		1	10		

2 - El tiempo de clase se les hizo...						
Sesión y Fecha	Nº de asistentes	Muy largo	Largo	Normal	Corto	Muy corto
1 / 19-07-12	8	1	2	5		
2 / 26-07-12	12	2	4	6		
3 / 02-08-12	12			8	1	3
4 / 06-09-12	11	1	2	7	1	
5 / 13-09-12	11	2		3	4	2

3 - Auto-satisfacción con los trabajos realizados						
Sesión y Fecha	Nº de asistentes	Nada	Poca	Regular	Mucha	Muchísima
1 / 19-07-12	8	1		2	5	
2 / 26-07-12	12	1	1	6	4	
3 / 02-08-12	12		1	2	7	2
4 / 06-09-12	11	1		3	7	
5 / 13-09-12	11			3	5	2

4 - Con qué agrado recuerdan la clase anterior						
Sesión y Fecha	Nº de asistentes	No la recuerdan	Poco	Regular	Mucho	Muchísimo
1 / 19-07-12	8	2	1	4	1	
2 / 26-07-12	12	2		7	3	
3 / 02-08-12	12	2		3	7	
4 / 06-09-12	11	3	1	1	6	
5 / 13-09-12	11	1			9	1

Tabla 7.06 Resultados NUMÉRICOS del cuestionario de satisfacción.



## ANÁLISIS PORCENTUAL

		1 - Les ha resultado jornada de clase...				
Sesión y Fecha	Nº de asistentes	Aburrida o inútil	Útil o distraída	Muy interesante o provechosa		
1 / 19-07-12	8	13%	63%	25%		
2 / 26-07-12	12		92%	8%		
3 / 02-08-12	12		67%	33%		
4 / 06-09-12	11		73%	27%		
5 / 13-09-12	11		9%	91%		

		2 - El tiempo de clase se les hizo...				
Sesión y Fecha	Nº de asistentes	Muy largo	Largo	Normal	Corto	Muy corto
1 / 19-07-12	8	13%	25%	63%		
2 / 26-07-12	12	17%	33%	50%		
3 / 02-08-12	12			67%	8%	25%
4 / 06-09-12	11	9%	18%	64%	9%	
5 / 13-09-12	11	18%		27%	36%	18%

		3 - El resultado de los trabajos realizados en clase, les gustó...				
Sesión y Fecha	Nº de asistentes	Nada	Poco	Regular	Mucho	Muchísimo
1 / 19-07-12	8	13%		25%	63%	
2 / 26-07-12	12	8%	8%	50%	33%	
3 / 02-08-12	12		8%	17%	58%	17%
4 / 06-09-12	11	9%		27%	64%	
5 / 13-09-12	11			27%	45%	18%

		4 - El agrado con que recuerdan la clase anterior, fue...				
Sesión y Fecha	Nº de asistentes	No la recuerdan	Poco	Regular	Mucho	Muchísimo
1 / 19-07-12	8	25%	13%	50%	13%	
2 / 26-07-12	12	17%		58%	25%	
3 / 02-08-12	12	17%		25%	58%	
4 / 06-09-12	11	27%	9%	9%	55%	
5 / 13-09-12	11	9%			82%	9%

Tabla 7.07 Resultados PORCENTUALES del cuestionario de satisfacción.



Para poder apreciar con más facilidad la evolución se presentan gráficamente dichos datos.

**Pregunta 1**

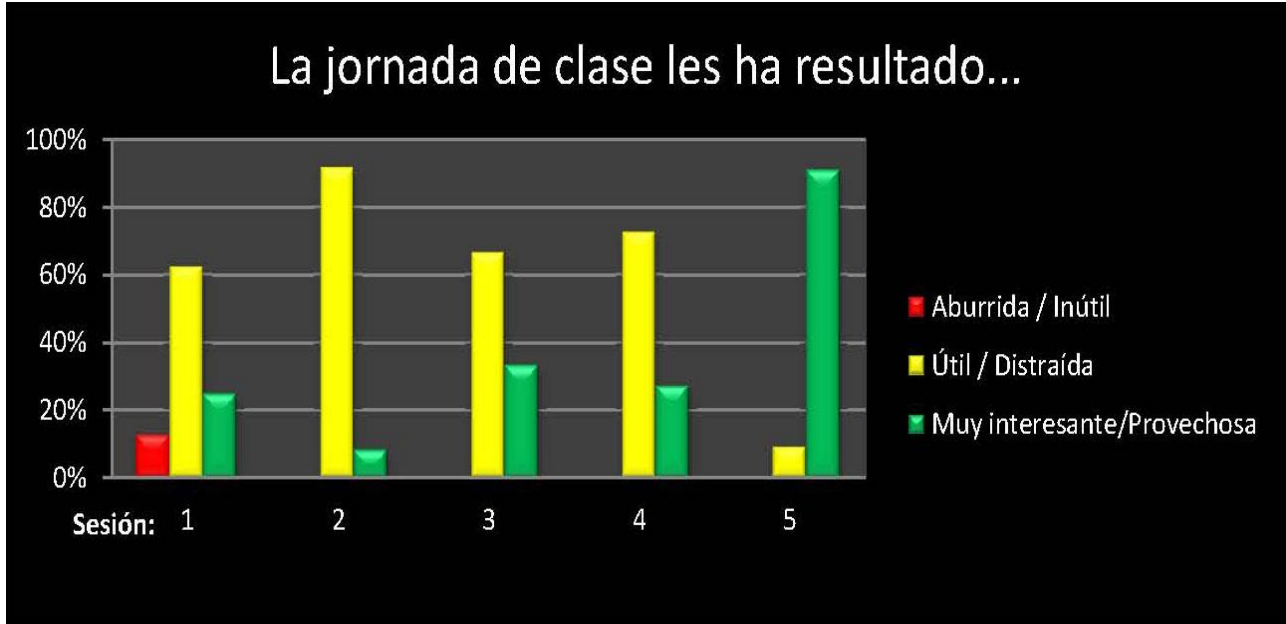


Tabla 7.08 Gráfica de resultados PORCENTUALES de la Pregunta 1.

**Pregunta 2**

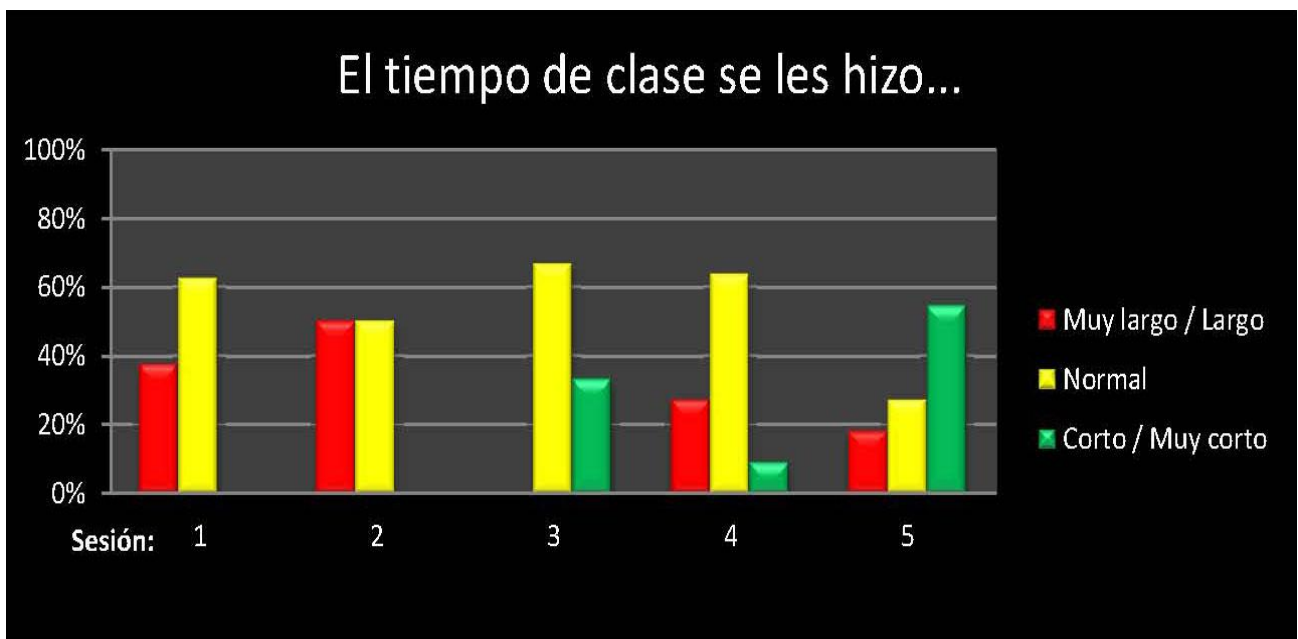


Tabla 7.09 Gráfica de resultados PORCENTUALES de la Pregunta 2.



**Pregunta 3**



Tabla 7.10 Gráfica de resultados PORCENTUALES de la Pregunta 3.

**Pregunta 4**



Tabla 7.11 Gráfica de resultados PORCENTUALES de la Pregunta 4.

Se transcriben a continuación algunos de los testimonios directos más significativos de la evaluación en relación a las tres preguntas del cuestionario de satisfacción (Ilustración 7.11) en las que se solicitaba su opinión escrita.



**1. ¿Qué te ha gustado MENOS de la sesión?**

María: *“Me he agobiado con el tiempo y no sabía cuál iba a ser el resultado de mi dibujo”*

Ángeles: *“La parte de teoría”*

Cristina: *“Que no tiene sentido lo que hago”*

Juani: *“La falta de respeto de mis compañeras”*

**2. ¿Qué te ha gustado MÁS de la sesión?**

Pili: *“Dibujar me ha despertado”*

Maya: *“Lo entretenida que he estado; he tenido la mente muy tranquila”*

Martina: *“Trabajar en grupo y con música”*

Cristina: *“Nada”*

**3. Tu OPINIÓN sobre la sesión de hoy**

Beatriz: *“Me ha gustado mucho. Ha sido sencilla y a la vez, entretenida. Nunca había creado un volumen de ésta forma”*

Ángeles: *“Muy entretenida y divertida; se me ha pasado el tiempo volando”*

Juani: *“Me ha gustado bastante y ha sacado la creatividad que tengo dentro”*

Cristina: *“Una tontería”*





### 7.7.2. DATOS OBTENIDOS MEDIANTE INVENTARIO STAI

Considerando el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI), de Spielberger (1994), como uno de los instrumentos más fiables para la determinación de la ansiedad, y con la colaboración de la psicóloga del centro, se decidió su utilización para obtener una valoración lo más académica posible de unos datos que, empíricamente, venían demostrándose como positivos y adyuvantes en la terapia general del grupo.

Se acuerda realizar distintas pasaciones individuales Pre-Post (antes de las sesiones de trabajo del taller de arte y creatividad y después de las mismas) del Cuestionario Ansiedad Estado-Rasgo.

El cuestionario comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad y que consideramos interesante recordar:

**Ansiedad como ESTADO (A/E)**: evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, es decir, hace referencia al estado o situación emocional del momento. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad: Describe cómo se siente la persona en ese momento (Estado transitorio)

**Ansiedad como RASGO (A/R)**: señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que señala la tendencia más o menos estable de la persona para responder ante las situaciones, e identifica como se siente la persona habitualmente (Rasgo latente).

Se hacen cuatro pasaciones del instrumento midiendo en cada una de ellas la Ansiedad-Estado y la Ansiedad-Rasgo obteniéndose los valores que se presentan en las siguientes páginas. (Tablas 7.12 a 7.16):

por una parte, valores tabulados en dos escalas (percentiles y decatipos) y de otra, la expresión gráfica de los resultados de los test Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo en relación a la media del grupo (resultado en decatipos), completándose con un resumen comparativo de la variación de las medias.



## ANÁLISIS- EVALUACIÓN A-E y A-R ANTES Y DESPUÉS DE LA CADA SESIÓN (12 SUJETOS)

Pág. 1/3

<b>Cuestionario STAI</b>				
<b>Resultados en PERCENTILES</b>				
Sujeto	Ansiedad - Estado (A-E)		Ansiedad - Rango (A-R)	
	Antes	Después	Antes	Después
1-MJR	90	97	85	75
2-CRV	99	99	99	99
3-CNE	99	60	99	95
4-CSR	80	65	35	23
5-JEC	99	77	75	70
6-ARF	95	85	90	85
7-MAV	95	95	85	85
8-MSJ	80	80	90	90
9-BML	50	50	50	40
10-MGR	97	85	99	90
11-MMC	85	80	60	55
12-AIB	45	40	50	48

*Tabla 7.12 Resultados en PERCENTILES del Cuestionario STAI.*

**ANÁLISIS- EVALUACIÓN A-E y A-R ANTES Y DESPUÉS DE LA CADA SESIÓN  
(12 SUJETOS)**

Pág. 2/3

Sujeto	Ansiedad - Estado (A-E)		Ansiedad - Rango (A-R)	
	Antes	Después	Antes	Después
1-MJR	8	9	8	7
2-CRV	10	10	10	10
3-CNE	10	6	10	9
4-CSR	7	6	5	4
5-JEC	8	7	7	7
6-ARF	9	8	8	8
7-MAV	9	9	8	8
8-MSJ	7	7	8	8
9-BML	6	6	6	5
10-MGR	9	8	10	8
11-MMC	8	7	6	6
12-AIB	5	5	6	5
<b>Media:</b>	<b>8,0</b>	<b>7,3</b>	<b>7,7</b>	<b>7,1</b>

Tabla 7.13 Resultados en DECATIPOS del Cuestionario STAI.



**ANÁLISIS- EVALUACIÓN A-E y A-R ANTES Y DESPUÉS DE LA CADA SESIÓN  
(12 SUJETOS)**

Pág. 3/3

**Resumen:**

**Análisis A-E, ANTES y DESPUÉS de la sesión:**

**AUMENTA:** En 1 sujeto

**NO VARÍA:** En 5 sujetos

**DISMINUYE:** En 6 sujetos

**La MEDIA baja 0,7 Decatipos**

**Análisis A-R, ANTES y DESPUÉS de la sesión:**

**AUMENTA:** En 0 sujetos

**NO VARÍA:** En 6 sujetos

**DISMINUYE:** En 6 sujetos

**La MEDIA baja 0,6 Decatipos**

*Tabla 7.14 Resumen variación media en Decatipos de la A-E y A-R.*



De forma gráfica los datos quedan más evidentes:

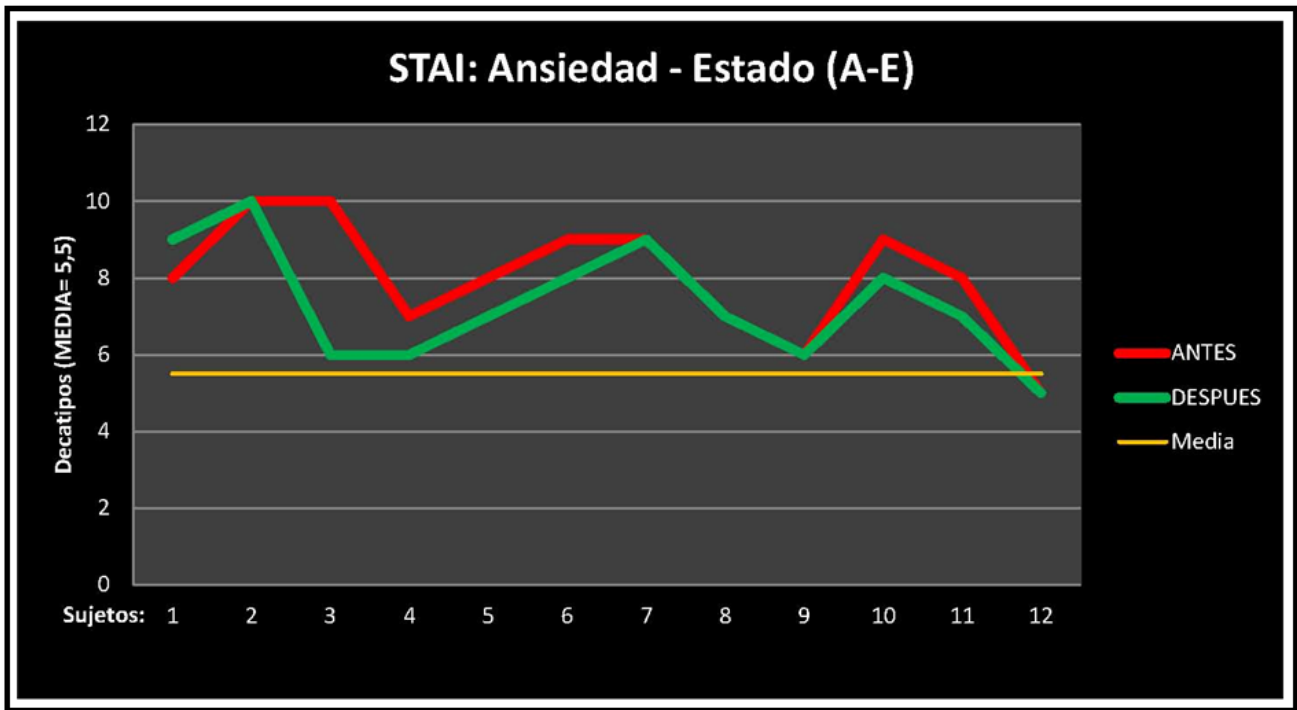


Tabla 7.15 Gráfica del comportamiento de la A-E en relación a la media.

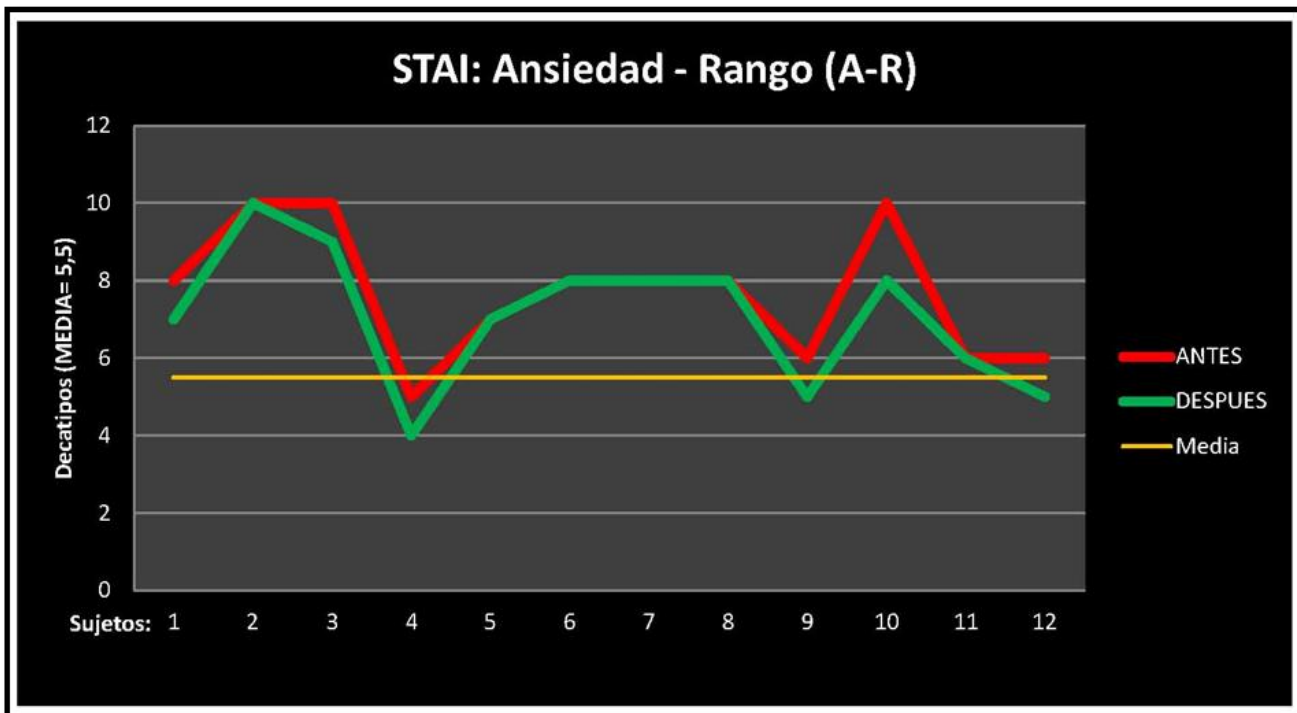


Tabla 7.16 Gráfica del comportamiento de la A-R en relación a la media.





A la vista de los datos, la mayoría de la población clínica que participa en el estudio, mantiene una Ansiedad-Rasgo (predisposición a la ansiedad) estable a través de las diferentes pasaciones del cuestionario, mientras que la Ansiedad-Estado (nivel de ansiedad transitoria de los sujetos) va disminuyendo después de cada sesión del taller de arte y creatividad. Por tanto, a la vista de estos resultados, podemos afirmar, que **la actividad artística resulta ser favorecedora de la reducción de ansiedad.**

Se han encontrado muchas investigaciones que el ámbito psicológico (Muñoz Martínez, Beato y Rodríguez Cano, 2012), incluso pedagógico, utilizan este cuestionario, sin embargo, en el área artística no se han encontrado evidencias.

---

### 7.7.3. RESUMEN DE LOS RESULTADOS

- Es **positiva la evolución del grupo** a lo largo de las diferentes sesiones realizadas, destacando la transición desde el rechazo generalizado a realizar cualquier tipo de actividad en las primeras jornadas, a la aceptación, satisfacción y agradecimiento -casi unánime- del colectivo, por el desarrollo de esas actividades.
- Según el cuestionario de satisfacción, entrevistas y resultados plásticos, **existe una evolución positiva del grupo a lo largo de las sesiones**, siendo progresivo el aumento de la implicación, autoestima y bienestar al realizar las propuestas artístico-creativas.
- A través de las diferentes **pasaciones del instrumento STAI**, se observa que las pacientes mantienen una ansiedad-rasgo estable, mientras que **la ansiedad-estado va disminuyendo después de cada sesión artística.**



## 7.8. CONCLUSIONES DE LA EXPERIENCIA

En relación con los objetivos iniciales planteados al inicio de la experiencia, se reseñan a continuación las conclusiones obtenidas:

1. La actividad artística reduce la ansiedad transitoria en las pacientes.
2. Las propuestas plástico-creativas facilitaron una dinámica participativa con beneficios terapéuticos que paliaron los síntomas de la enfermedad y generaron disfrute/confianza, progresivamente, desde las primeras sesiones.
3. Se ha facilitado y potenciado la comunicación interpersonal (situaciones terapéuticas y humanas de alto valor).
4. Queda manifiesta la repercusión positiva que el acompañamiento, el trabajo creativo y el cariño, llegan a tener en las personas durante la enfermedad del TCA.



## 7.9. REFLEXIONES FINALES DE LA EXPERIENCIA

Las conclusiones que hemos citado en el apartado anterior convergen con las de otros trabajos y experiencias afines. Citaremos, por su similitud en cuanto a participantes y duración, sólo el resultado del estudio presentado por Bezos *et al* (2012) en el XIII Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis y Neurociencias, en el que se recogen las experiencias de un Taller de Arteterapia para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, afirmando que “El proceso creativo que surge en la actividad artística es enriquecedor para el desarrollo personal, el conocimiento sobre uno mismo y la mejora en la calidad de vida” concluyendo, que “la expresión plástica representa un vehículo para mejorar la salud mental y física y también una técnica en la que la actividad creativa provoca cambios en la persona que mejoran su estado general”.

Llegados a este punto nos surge una importante reflexión para un mejor apoyo a los tratamientos convencionales de los TCA: ¿cómo desarrollar proyectos, ideas y propuestas permanentes y paralelas a las alternativas convencionales de carácter escolar y curricular?

Desde aquí nos atrevemos a lanzar las siguientes líneas de deliberación:

Proponer como debate en las instituciones asistenciales pertinentes, el hecho de incorporar metodologías basadas en lo vivencial y en el compromiso personal de cambio que, apoyadas en el aprendizaje informal, pujen por el desarrollo de la persona, fomentando su salud.

Apostar por el desarrollo de propuestas beneficiosas, alternativas y complementarias al tratamiento médico, para el colectivo con TCA, ya que actualmente no son demasiado abundantes. Propuestas que atiendan a las personas vulnerables a esta enfermedad para el desarrollo de sus capacidades, como, entre otras, la autoestima y la responsabilidad y coloquen estratégicamente, en el marco educativo al que nos vayamos a enfrentar, el desarrollo de las capacidades de comprensión, así como las capacidades personales de organización, planificación y ejecución. Lo que requiere pensar en un modelo de formación flexible, comprensivo y crítico, que desencadene procesos formativos desde la escuela que permitan a los alumnos crear conciencia ante esta enfermedad, impidiendo y paliando que se generen nuevos casos y el empeoramiento de los ya afectados.





## PARTE IV

# CONCLUSIÓN







## CAP. 8-CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

### 8.1. CONCLUSIONES GENERALES

Iniciábamos ésta investigación formulándonos, en el apartado de justificación de la misma (Punto 1.2), una serie de preguntas a las que, ahora en la conclusión del trabajo, podemos decir, satisfactoriamente, que hemos encontrado respuesta, pues hemos constatado que el humor positivo es un poderoso recurso con el que afrontar la tensión y la frustración con el consecuente fortalecimiento del estado anímico y mejor afrontamiento de situaciones difíciles; sólo así se puede entender que en el abatimiento surja ilusión; en el dolor consuelo y en la oscuridad esperanza. Sólo de esta manera se podrá comprender la ternura de una mirada, la dulzura de un poema o la ilusión y el sueño de un globo que se eleva.

Al margen de las consideraciones académicas y de las innumerables investigaciones que hemos venido citando y que ofrecen opiniones, datos y resultados contrastables, si por algo se ha caracterizado el desarrollo de este estudio investigador, ha sido por la ilusión surgida en cada uno de los momentos vividos, guiando la experiencia, dándole forma y poniéndonos de manifiesto la repercusión favorable que el trabajo creativo, el acompañamiento y el cariño, pueden llegar a tener en menores y familiares, con necesidades emocionales especiales, en fases críticas como la enfermedad.

Al ser el presente trabajo una investigación realizada desde dos planos distintos, las conclusiones obtenidas también las hemos de presentar desde dos aspectos diferenciales:

#### 8.1.1. DEL MARCO TEÓRICO

A lo largo de la exposición de los Capítulos 4 y 5 de HUMOR HOSPITALARIO y JUEGO Y TERAPIA, se han analizado las posibilidades terapéuticas de los elementos con los que partía esta investigación: **humor, creatividad, juego y arte** para tratar de demostrar que existen otros recursos no alopáticos, capaces de mejorar el estado de ánimo y la calidad de vida de los menores y jóvenes en déficit de salud y, por tanto, generar bienestar. Para ello, hemos consultado, analizado y confrontado dichos elementos en numerosas investigaciones y estudios, cuyos resultados, como se ha ido exponiendo, han sido concluyentes y nos han ayudado a despejar el interrogante principal del enunciado de ésta Tesis, *-¿Utopia del humor positivo?*- por lo que, sin lugar a dudas, podemos, tras la referida investigación multilateral, afirmar que no estamos ante ninguna utopía, sino una realidad sobradamente contrastada.

Del estudio teórico realizado, podemos obtener unas conclusiones generalmente aceptadas y referidas a las últimas décadas:



1. Se observa un creciente proceso de transformación en el fondo y forma de abordar al niño enfermo hospitalizado, y a su familia, procurando cuidados encaminados a la excelencia.
2. Es constante la búsqueda de la calidad en la atención sanitaria y la satisfacción, no sólo del menor, sino también de la familia y, como consecuencia, de los propios profesionales terapéuticos, especialmente de enfermería, siendo el juego uno de los recursos que permite y facilita la consecución de esta meta.
3. Las actividades lúdicas tienen un alto potencial terapéutico permitiendo a los niños enfermos, familias y personal sanitario, gestionar experiencias traumáticas, descargar tensiones, aceptar la realidad, explorar y descubrir cierta satisfacción, también, en situaciones carentes de salud.
4. Las propuestas artístico-creativas propician una dinámica participativa con beneficios terapéuticos que alivian la sensación de enfermedad y generan disfrute/confianza.
5. Está generalmente aceptado que la actividad artística reduce la ansiedad transitoria al tiempo que ayuda a asumir mejor la enfermedad.
6. La mejora de la comunicación entre el personal sanitario, padres y menores aumenta las relaciones cordiales, cercanas y potencia la expresión de sentimientos y pensamientos, mejorando la confianza en el personal sanitario.
7. Las actividades lúdico-terapéuticas en el tiempo libre, a través del juego, la creatividad y el humor permiten mantener la condición de niños/as, a pesar de su enfermedad y hospitalización.
8. Las propuestas de humor y juego se comienzan a aceptar como un medio para descargar la agresividad que va ligada a las rupturas y contrariedades vividas por una hospitalización.
9. Paulatinamente se pretende la transformación del hospital en un lugar más alegre, más humano y sensible.
10. El humor positivo ocasiona una disminución de tensiones, que son sustituidas por la expresión de alegría e ilusión, que hacen sentirse mejor a los menores y a sus familiares.
11. Cuando un niño empieza a reír, significa que empieza a sentirse mejor por lo que afirmamos que el humor es sanador, puesto que le proporciona beneficios físicos y psicológicos inmediatos y a largo plazo.
12. Los materiales plásticos permiten al menor expresarse con más facilidad que verbalmente.



13. Las expresiones artísticas (dibujos, pinturas, esculturas...) así como los colores empleados, expresan un lenguaje simbólico y comunicador del interior del menor.
14. Mediante actuaciones de humor, se ha reducido el de tiempo de estancia hospitalaria, incluso han disminuido la utilización de analgésicos y sedantes.
15. El uso cada vez más frecuente del humor como recurso hospitalario está haciendo que el profesional sanitario mejore su relación con el paciente.
16. Desde el campo de la psicología se reconoce al humor positivo un triple beneficio terapéutico: a nivel cognitivo, afectivo y conductual.

### 8.1.2. DE LA FASE EMPÍRICA

Como se va visto, en esta fase se han descrito dos experiencias de situaciones distintas con el entorno común de menores en situación de enfermedad y que, por su estructura, bien podrían considerarse como investigaciones independientes, al tener cada una de ellas sus propios planteamientos iniciales, objetivos, metodología, exposición, análisis y, por supuesto, sus **conclusiones** que exponemos a continuación:

17. El conocimiento del entorno de la enfermedad grave infantil nos hace concluir que, con el simple hecho de **estar** y **compartir**, se palían muchas situaciones de sufrimiento, dolor, ansiedad y soledad, tanto de los menores hospitalizados, como de sus familias.
18. La comunicación en el triángulo hospitalario (personal sanitario, familiares y pacientes) ha sido fluida creando relaciones cordiales, cercanas y dando lugar a entrañables momentos.
19. Se ha potenciado la expresión de sentimientos y pensamientos, mejorando la confianza en el personal sanitario.
20. Los distintos talleres han proporcionado un ambiente lúdico-creativo que ha ofreciendo diversas posibilidades para el tiempo libre, a través del juego, la ilusión y el humor.
21. Las actividades creativas han posibilitado hacer más llevadero el tiempo de la enfermedad y hospitalización.
22. El estímulo de las potenciales facetas artísticas de los menores, les han permitido explorar y comprender nuevas situaciones a través del disfrute y la esperanza.



- 23.** Con la confirmación de las propias manifestaciones de los protagonistas, afirmamos que las actividades desarrolladas han supuesto un beneficio anímico y un alivio terapéutico durante la estancia hospitalaria.
- 24.** En el grupo de trabajo de jóvenes con TCA se ha constatado la evolución positiva durante las diferentes sesiones realizadas, subrayando la evolución desde el rechazo generalizado a realizar cualquier tipo de actividad propuesta en las primeras jornadas, a la aceptación, satisfacción y agradecimiento, casi general, del colectivo, por el desarrollo de esas actividades.
- 25.** El cuestionario de satisfacción, entrevistas y resultados plásticos, muestra una evolución positiva del grupo a lo largo de las sesiones, siendo progresivo el aumento de la implicación, autoestima y bienestar al realizar las propuestas artístico-creativas.
- 26.** Las diferentes pasaciones del instrumento STAI, ha observado que las pacientes de TCA mantienen una ansiedad-rasgo estable, mientras que la ansiedad-estado va disminuyendo después de cada sesión de trabajo, por lo que concluimos que, la actividad artística reduce la ansiedad transitoria en las pacientes con TCA.
- 27.** Es manifiesta la repercusión positiva que el acompañamiento, el trabajo creativo y el cariño, llegan a tener en las personas durante la enfermedad del TCA.





## 8.2. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN Y REFLEXIÓN FINAL

De forma similar a como hemos procedido en el anterior Apartado 8.1 de Conclusiones, damos por citadas en éste las “REFLEXIONES FINALES DE LA EXPERIENCIA”, referidas a las dos que han sido expuestas en la PARTE EMPÍRICA y que figuran en los puntos 6.8 y 7.9.

Con carácter general, diremos que, aunque conocemos ampliamente los resultados favorables de las actuaciones con menores y jóvenes en situación de enfermedad mediante la aplicación de los elementos terapéuticos que hemos empleado en nuestro estudio (humor, creatividad, juego, arte...) y los resultados expuestos de las diversas investigaciones referenciadas, existe una falta de reafirmación científica que pueda confirmar suficientemente cuál es el mecanismo fisiológico que originan las intervenciones terapéuticas, como indican Sato *et al.* (2016), en una muy actual publicación.

Hasta ahora, solo algunos trabajos han constatado, tímidamente, el respaldo técnico necesario, como el estudio con participación de payasos hospitalarios, realizado por Bertini, Isola, Paolone y Curcio, (2011) en menores con patologías respiratorias, que además de manifestar los efectos positivos en la salud y en la evolución clínica de la enfermedad, se pudo confirmar también la mejoría de algunos parámetros fisiológicos (presión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura) así como una reducción del dolor y una desaparición más temprana de los síntomas patológicos.

Incluso, en un reciente trabajo llevado a cabo por Armfield, Bradford, White, Spitzer y Smith, (2011) se amplía la capacidad terapéutica del payaso, pues defiende la presencia del clown de hospital, aún de forma virtual (videoconferencia o *teleclowning*) con claro aspecto comercial al defenderla como una terapia fácil de usar, barata, natural y apta para todas las edades.

Las investigaciones que han puesto en evidencia la importancia de la utilización del juego terapéutico como método beneficioso, incluso imprescindible, como instrumento de intervención en enfermería pediátrica, están marcando una tendencia a que se incluyan en estudios oficiales, complementos de aprendizaje ludo-artísticos para que lleguen a formar parte de la formación práctica de los profesionales; de acuerdo con Mitre (2007) cuando preconizaba que se debía avanzar mucho más y que el juego, como recurso terapéutico, requería de un amplio debate institucionalizado, para que sea cubierto con eficacia en el campo de la salud pública.

Algunos estudios comienzan a exigir (Jansen *et al.*, 2010; Maia *et al.*, 2011) la inclusión de tema del juego como contenido de los planes de estudio de grado y de los diferentes programas de educación para la salud de los profesionales pediátricos.

En éste sentido, en nuestra ciudad nos cabe la satisfacción de contar con un curso de Ludoterapia enfermera para los alumnos del Grado de Enfermería de la Universidad de Granada, a través del Máster “Cuidados de Salud para la Promoción de la Autonomía de las personas y la atención a los procesos del fin de la vida”, que desde 2012 se realiza bajo la supervisión de D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> José Aguilar y que ésta doctoranda tiene el honor de impartir.



El juego debe ser considerado, definitivamente, un recurso de salud y se podría decir que es una medicina sin efectos secundarios cuya posología consiste en generar espacios de acción-transformación lúdica que se construyen con simples gestos: una mirada, una sonrisa, una muestra de interés hacia la persona enferma o familiar... gracias a los cuales surge el vínculo entre dos personas que se transforman mutuamente; un espacio de posibilidad que contiene bienestar, diversión y, en definitiva, un compartir, que garantiza una seguridad afectiva y una mejoría del estado de salud.

Es importante que el juego ocupe un lugar como medicina complementaria a los tratamientos tradicionales utilizados en los procesos de salud/enfermedad. Para que esto sea posible, es preciso contribuir y apostar por su investigación mediante estudios experimentales y/o analíticos. Por tanto, es necesario, en un contexto de medicinas múltiples, como lo son la enfermedad, el hospital, etc., apostar por una complementariedad terapéutica y la introducción de terapias alternativas, como el juego, en el campo asistencial, que según García Carpintero (2010), unidas a la terapia farmacológica pueden provocar beneficios sin ningún tipo de efecto secundario, lo cual influirá directamente tanto en la salud de los niños como en el desarrollo del trabajo diario de los sanitarios en la plantas de pediatría, abordando los cuidados de enfermería de manera holística incluyendo, no sólo el aspecto biológico, sino también el psicológico y social.

Se espera, por tanto, como ya apunta Yonekura (2010), que con las, cada vez más, evidencias de la buena aplicabilidad y potencialidad de los juegos, el uso de ese instrumento forme parte de la práctica del enfermero y de los investigadores, como una estrategia dialógica y crítica capaz de consolidar las acciones sanitarias, en una perspectiva emancipadora.

Desde aquí pensamos, con total humildad, que el camino a seguir sería, desde el campo científico, tratar de lograr evidencias fisiológicas que vendrían a otorgar el apoyo institucional a este tipo de actividades, que sabemos, empíricamente, que son beneficiosas y, aún antes de finalizar ésta investigación, la doctoranda, desde hace algún tiempo, empieza a materializar la idea de iniciar un nuevo estudio por esa vía.

Por nuestra parte, poco más que añadir, quizá decir que ha sido un proceso altamente enriquecedor y que nos ha marcado dentro y fuera del ámbito hospitalario y, como dice Fernández Sierra (1992:177):

“todo trabajo (...) lleva implícito un germen de proyección al mundo exterior. Una necesidad de liberarse del marco en el que se ha llevado a cabo, de ser comunicado, de ser trasladado a otros contextos, de ser compartido con otras gentes. Pero ese anhelo requiere, en contrapartida, un reconocimiento público de la veracidad, del rigor de la profundidad, de la transferibilidad, en definitiva, de la calidad de ese trabajo”.

Llegados a este punto merece la pena reparar en varias cuestiones que nos llaman a reflexionar:



- ¿Cómo generar, sostener y desarrollar ideas, proyectos y propuestas del tipo de las que se han presentado en esta investigación, de una manera permanente y paralela a las convencionales, que supongan alternativas, de carácter escolar y curricular, motivadoras y formadoras?
- ¿Hasta qué punto conviene o interesa una plena dedicación de recursos –materiales y humanos- por parte de las instituciones, para que sean posibles?
- ¿Cómo llevar adelante y gestionar procesos de sistematización, acopio, publicación y difusión de las experiencias de este tipo, para contribuir al fomento de otras similares?
- ¿Cómo, a través de qué recursos y soportes, hacer públicamente disponible esos espacios para generar alternativas?
- ¿Qué hacer para que algo diferente suceda en la acomodada rutina institucionalizada, que vagamente actúa por temor arriesgarse, a pesar de reconocer la efectividad de esa transformadora realidad?

Es melancólico asumir el final, un punto difícil de marcar, pues siempre tendremos la sensación de que hay algo más que comprender, que abarcar; algo más que descubrir, algo más que sea necesario hacer aflorar, contar y dar a conocer.

Pero como dice García Jorba (2000:223), “todo final es en realidad un inicio”. Quiero que la conclusión de esta experiencia investigadora no sea algo cerrado, sino una puerta abierta a próximas ilusiones dentro de este nuevo campo satisfactorio, formativo y enriquecedor a nivel personal y profesional, por lo que voy a que recurrir, por última vez, a López Fdez. Cao y Martínez (2008:205) y decir que: “finalizo con la palabra comienzo, comienzo de comenzar: principio origen y raíz de algo. O empezar, dar principio. ¿Qué vendrá luego? Incertidumbres, ganas, interrogantes, creer, querer, crear, ayudar...”

El futuro está por venir y, a la vista de lo estudiado, le auguramos a este campo perspectivas esperanzadoras, pero el presente, hoy acaba aquí y, personalmente, esta experiencia me deja una importante huella, no sólo por lo que he aprendido, sino también emotiva y que alcanza dimensiones de sueño... El mejor que pueda ser deseado.





## REFERENCIAS

### 1 - BIBLIOGRÁFICAS

- AA.VV. (2006). *Risas y humor*. Lérida, España: Artes Gráficas de la Diputación de Lérida
- Abad Molina, J. (2008). El placer y el displacer en el juego espontáneo infantil. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 3, 167-188. Recuperado de: <http://search.proquest.com/openview/1d7e3f75bd105ac7bd898422a2931ed6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=237373>
- Abad Molina, J.A., Ruiz de Velasco Gálvez, Á. (2011). *El juego simbólico*. Barcelona: Graó. Recuperado de: [https://books.google.es/books/about/El\\_juego\\_simb%C3%B3lico.html?id=8zgrMuAB\\_3kC](https://books.google.es/books/about/El_juego_simb%C3%B3lico.html?id=8zgrMuAB_3kC)
- Aberastury, A. (1968). *El niño y sus juegos*. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/239762305/El-nino-y-sus-juegos-Arminda-Aberastury-pdf>
- Aberastury, A. (1984). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Barcelona: Paidós. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/172244001/Aberastury-Teoria-y-tecnica-del-psicoanalisis-de-ninos-Tecnica-actual-pdf>
- Acevedo Mejía, V., Estrada Walker, J., Gallego Yepes, C., Gaviria Giraldo, C. M., & Restrepo Moreno, (2010). *Efectos de la terapia de la risa en la enfermedad* (Doctoral dissertation). Facultad de Medicina. Grupo Observatorio de la Salud Pública. Medellín.
- Aceves, J. (2001). Experiencia biográfica y acción colectiva en identidades emergentes. *Espiral: estudios sobre Estado y Sociedad*, 7(20), 11-38. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/138/13802001.pdf>
- Adams, M. A. (1976). A hospital play program: Helping children with serious illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 46(3), 416-424. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/ort/46/3/416/>
- Adams, P. (1998). *Gesundheit!: Bringing good health to you, the medical system, and society through physician service, complementary therapies, humor, and joy*. Rochester, Estados Unidos: Inner Traditions/Bear & Co.
- Adams, P. (2002). Humour and love: the origination of clown therapy. *Postgraduate Medical Journal*, 78(922), 447-448. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1742451/pdf/v078p00447.pdf>
- Adams, P. (2007). *Salute!*. Italia: Editorial Apogeo. ISBN:9788850323067
- AECC, (1994). *Manual de formación del voluntariado*. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer.
- Agostini, F., Monti, F., Neri, E., Dellabartola, S., de Pascalis, L., & Bozicevic, L. (2014). Parental anxiety and stress before pediatric anesthesia: a pilot study on the effectiveness of preoperative clown





- intervention. *Journal of health psychology*, 19(5), 587-601. Recuperado de:  
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359105313475900>
- Aguilar, D. H., & Chávez, R. R. (2013). La investigación biográfico-narrativa, una alternativa para el estudio de los docentes. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 13(3), 1-27. Recuperado de: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v13n3/a17v13n3>
- Aguirre, C. F., Salazar, V. M., Ávila, G. Á., & Pérez, F. R. (2012). Ludoterapia como método de orientación para el autocuidado en el paciente con trasplante renal. *Revista Horizontes en Salud*, 4, 26-42. Recuperado de:  
<http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol4/LUDOTERAPIA.pdf>
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716. Recuperado de:  
<https://pdfs.semanticscholar.org/5431/41e657bda74736ff87ac10d70643cd639892.pdf>
- Aires, C. (2002). *Mr. Hyde*. Granada: Diputación Provincial (Catálogo de la exposición en Condes de Gabia).
- Alarcón, W.A. y Mendinueta, C. (2009). El efecto terapéutico del buen humor en los cuidados paliativos: a propósito de Patch Adams (1998) y Planta 4ª (2003). *Revista de medicina y cine*, 5(1), 30-38. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3672640>
- Alexander, S. A., Frohlich, K. L., & Fusco, C. (2012). Playing for health? Revisiting health promotion to examine the emerging public health position on children's play. *Health promotion international*, 29(1), 155-164. Recuperado de: <https://academic.oup.com/heapro/article/29/1/155/571621/Playing-for-health-Revisiting-health-promotion-to>
- Alpizar Castillo, R. (2014, 5 de septiembre). *Infomed. Temas de salud. Traducción y Terminología Médicas – Rapport, relación, empatía*. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Recuperado de: <http://temas.sld.cu/traduccion/2014/09/05/rapport-relacion-empatia/>
- Altamirano, C., Piglia, R., Sarlo, B. (marzo-abril, 1974). *Los libros: Instituciones de Salud Mental*, 34. Recuperado de: [http://izquierda.library.cornell.edu/i/izquierda/libros\\_pdf/034.pdf](http://izquierda.library.cornell.edu/i/izquierda/libros_pdf/034.pdf)
- Andreu Andrés, M.A., & García Casas, M. (Noviembre, 2000). Actividades lúdicas en la enseñanza de LFE: el juego didáctico. En: M. Bodoy, A. van Hooft, A. Sequeros. (Eds.), *I Congreso Internacional de Español para Fines Específicos*, (pp.121-124) Ámsterdam, Países Bajos: Ministerio de Educación Cultura y Deportes y Conserjería de Educación y Ciencia en Bélgica, Países Bajos y Luxemburgo. Recuperado de:  
[http://cvc.cervantes.es/Ensenanza/biblioteca\\_ele/ciefe/pdf/01/cvc\\_ciefe\\_01\\_0016.pdf](http://cvc.cervantes.es/Ensenanza/biblioteca_ele/ciefe/pdf/01/cvc_ciefe_01_0016.pdf)
- Andrusiewicz, V. (2008, 12 de mayo). El juego como potenciador de la resiliencia *elpsitio.com* Recuperado de: <https://www.dropbox.com/s/6xz23vi803mxxdr/Resiliencia.pdf?dl=0> y <http://www.elpsitio.com.ar/noticias/noticiamuestra.asp?Id=1926>
- Ante, B., González, R., López, X., Peleteiro, C., Rodríguez, C., & Ruibal, N. (2011). Algo más que color. *Terapia Habitacional de Hospital. Arte, Individuo y Sociedad*, 23, 203-211. Recuperado de:  
<http://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/view/36756>



- Antequera, J. G., & Domínguez, F. I. R. (2015). Videojuegos precursores de emociones positivas: propuesta metodológica con Minecraft en el aula hospitalaria. *IJERI: International Journal of Educational Research and Innovation*, (3), 105-120. Recuperado de: <https://www.upo.es/revistas/index.php/IJERI/article/view/1447>
- Aquino, T.D (2005). *Suma de Teología*, Vol.IV, Parte II-II b. Madrid: BAC
- Arango Cammaert, A. M y Moreno Franco, M. F. (2009). Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 135-145. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v12n2/v12n2a13.pdf>
- Aranguren, M. (2013). Emoción y creatividad: una relación compleja. *Suma Psicológica*, 20(2), 217-230. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-43812013000200007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812013000200007)
- Araujo, E. (2010, 28 de septiembre). *Lúa. Impulso vital. Un momento de reflexión. "LA RISA"*. Blog: retos femeninos. Recuperado de: <http://www.retosfemeninos.com/profiles/blogs/lua-impulso-vital-un-momento-4>
- Arcos Proaño, N. (2013) Desarrollo de Actividades Lúdicas en Niños de Edad Preescolar con Diagnóstico de Leucemia, Pacientes del Hospital de Niños Baca Ortiz. *Revista Eídos* 3, 17-23 Recuperado de: <https://app.ute.edu.ec/Portal/Revista.aspx?idPortal=15&idCategoria=1144&idSeccion=1031&idArticulo=29>
- Armfield, N. R., Bradford, N., White, M. M., Spitzer, P., & Smith, A. C. (2011). Humour sans frontieres: the feasibility of providing clown care at a distance. *Telemedicine and e-Health*, 17(4), 316-318. Recuperado de: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/tmj.2010.0166>
- Artezblai (2002, 29 de agosto). Catorce compañías participan en el VII Festival Internacional de Clown. *Artezblai, Periódico de las Artes Escénicas*, Recuperado de: <http://www.artezblai.com/artezblai/catorce-companias-participan-en-el-vii-festival-internacional-de-clown.html>
- Ashby, F. G., & Alfonso-Reese, L. A., Turken, A.U, Waldrom, E.M. (1998). A neuropsychological theory of multiple systems in category learning. *Psychological review*, 105(3), 442-481. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.407.8939&rep=rep1&type=pdf>
- Ashby, F. G., Isen, A. M., & Turken, A. U. (1999). A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review*, 106(3), 529-550. Recuperado de: <https://labs.psych.ucsb.edu/ashby/gregory/reprints/rev10635.pdf>
- Atkinson, P. (2005). Qualitative research – Unity and diversity. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(3), Art. 26. Recuperado de: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/4/9>
- Ávila Valdés, N. (2014) Arte y salud: construyendo un espacio de conocimiento híbrido. En *II Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud.*, (pp.56-58) Denia, Valencia, España: Marina Salud S.A. Recuperado de: <http://www.congresoespaciosarteysalud.com/p/actas-ier-congreso.html>



- Ávila, N. (2005). *Diseño y desarrollo de recursos On-Line: aplicaciones virtuales de arte infantil en contextos hospitalarios*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense Madrid, Madrid. Recuperado de: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/bba/ucm-t28940.pdf>
- Axline, V. M. (1947) *Terapia de Juego*. Belo Horizonte, Brasil: Interlivros.
- Axline, V.M. (1950). Entering the child's world via play experiences, *Progressive Education*, 27, 68-75.
- Azevedo DM, Santos JJS, Justino MAR, Miranda NA, Simpson CA. (2008) O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes. *Revista Eletrônica Enfermagem* 10(1): 137-144  
Recuperado de: <http://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/8002/5789>
- Azpeitia, M., Barral, M. J., Díaz, L. E., Cortés, T. G., Moreno, E., & Yago, T. (2001). *Piel que habla: viaje a través de los cuerpos femeninos*. Barcelona: Icaria.
- Baas, M., De Dreu, C. K., & Nijstad, B. A. (2008). A meta-analysis of 25 years of mood-creativity research: Hedonic tone, activation, or regulatory focus?. *Psychological bulletin*, 134(6), 779-806. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/b88f/b3ccd282ed5ce2efb6ef8c9d351148fe29bd.pdf>
- Baggerly, J. N. (1999). *Adjustment of kindergarten children through play sessions facilitated by fifth grade students trained in child-centered play therapy procedures and skills* (Doctoral dissertation). University of North Texas. Denton, Texas. Recuperado de: [https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc278097/m2/1/high\\_res\\_d/1002658832-baggerly.pdf](https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc278097/m2/1/high_res_d/1002658832-baggerly.pdf)
- Baquero, R. (1997). *Vigotsky y el aprendizaje escolar*. (Vol. 4). Buenos Aires: Aique. Recuperado de: <http://cmappublic3.ihmc.us/rid=1MQLSN4JP-17YHV2W-14J7/art%C3%ADculo.pdf>
- Barbero, J. (2003) Hechos y valores en Psicooncología *Psicooncología*, (1), 21-38 Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/17234>
- Barea, J. (2011, 10 enero). *El arteterapia en el tratamiento de los TCA*. Blog: 1 espejo 1000 ventanas.com. Recuperado de: <http://1espejo1000ventanas.com/profesional/el-arteterapia-en-el-tratamiento-de-los-tca-parte-3-y-ultima/>
- Barfield, S., Dobson, C., Gaskill, R., & Perry, B. D. (2014). Neurosequential model of therapeutics in a therapeutic preschool: Implications for work with children with complex neuropsychiatric problems *The Advanced Generalist: Social Work Research Journal*, 1(2). 64-80. Recuperado de: [http://soar.wichita.edu/xmlui/bitstream/handle/10057/10912/AGv1\(2\)Barfield\\_etal\\_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://soar.wichita.edu/xmlui/bitstream/handle/10057/10912/AGv1(2)Barfield_etal_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Barkmann, C., Siem, A. K., Wessolowski, N., & Schulte-Markwort, M. (2013). Clowning as a supportive measure in paediatrics-a survey of clowns, parents and nursing staff. *BMC pediatrics*, 13(1), 166. Recuperado desde: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-13-166>
- Barnett, L. A., & Storm, B. (1981). Play, pleasure, and pain: The reduction of anxiety through play. *Leisure Sciences*, 4(2), 161-175. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01490408109512958>
- Baroja, P. (1948). *La caverna del humorismo en Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.



- Baroja, P. (2002). *Humorismo y retórica*. Madrid. CIC. *Cuadernos de Información y Comunicación*, (7), 131-138. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/935/93500708.pdf>
- Barquier Pérez, M. J. B., Marfil Carmona, R. M. (2010). El dibujo en terapias de atención psicológica infantil. En: Gómez Vida, R., Moleón Viana, M.A., González Castro, C. (Eds) *I Congreso Internacional Arte, ilustración y Cultura Visual en Educación Infantil y Primaria: Construcción de identidades*. (pp. 251-256). Granada, España: EGM Publicidad.
- Barra Quezada, C. (2010). *Arteterapia y personas con discapacidad severa. El grupo, no grupo*. (Monografía para optar a la Especialización de Terapia de Arte, Mención Arteterapia). Universidad de Concepción, Santiago, Chile. Recuperado de: [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/ar-barra\\_c/html/index-frames.html](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/ar-barra_c/html/index-frames.html)
- Battrick, C., Glasper, E. A., Prudhoe, G., & Weaver, K. (2007). Clown humour: The perceptions of doctors, nurses, parents and children. *Journal of Children's and Young People's Nursing*, 1(4), 174-179. Recuperado de: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/jcyn.2007.1.4.24403> y <http://sci-hub.cc/10.12968/jcyn.2007.1.4.24403>
- Baumeister, R. F., & Exline, J. J. (2000). Self-control, morality, and human strength. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 29-42. Recuperado de: <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/jscp.2000.19.1.29>
- Bayés, R. (2003). Después de muchos años: los tiempos de espera en oncología. *Psicooncología*, 0, (1), 147-149. Recuperado de: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero1\\_vol0/comentario1.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero1_vol0/comentario1.pdf)
- Bay-Hinitz, A. K., Peterson, R. F., & Quilitch, H. R. (1994). Cooperative games: A way to modify aggressive and cooperative behaviors in young children. *Journal of applied behavior analysis*, 27(3), 435-446. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1297825/pdf/jaba00009-0017.pdf>
- Bech, J. A. (2012). La interpretación de la obra de arte desde la perspectiva de la Hermenéutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria: Revista de Investigación de la Universidad Simón Bolívar*, (11), 42-50.
- Bellert, J. L. (1989). Humor: A therapeutic approach in oncology nursing. *Cancer Nursing*, 12(2), 65-70. Recuperado de: [http://journals.lww.com/cancernursingonline/abstract/1989/04000/humor\\_a\\_therapeutic\\_approach\\_in\\_oncology\\_nursing.2.aspx](http://journals.lww.com/cancernursingonline/abstract/1989/04000/humor_a_therapeutic_approach_in_oncology_nursing.2.aspx)
- Belver, M. y Moreno, C. (2005). *Arte infantil en contextos contemporáneos*. Madrid: Envida.
- Bemak, F., & Young, M. E. (1998). Role of catharsis in group psychotherapy. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 50(4), 166. Recuperado de: <http://search.proquest.com/openview/4ebc55be1880f927cb1903248a3f0952/1?pq-origsite=gscholar&cbl=29096>
- Bemúdez Rey, M. T y Torío López, S. T. (2012). La percepción de las familias ante la animación hospitalaria: estudio realizado en el hospital Materno-Infantil de Oviedo. *Pedagogía Social*, (20),



- 223-242. Recuperado de:  
<http://search.proquest.com/openview/221f1b58b8cf85c56608c1a263c1888a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=996330>
- Bennett, M. P., Zeller, J. M., Rosenberg, L., & McCann, J. (2003). The effect of mirthful laughter on stress and natural killer cell activity. *Alternative therapies in health and medicine*, 9(2), 38-45. Recuperado de: <http://search.proquest.com/openview/32bff964dba95ba92d88fa31d2296ce5/1?pq-origsite=gscholar&cbl=32528>
- Benyamini, Y., Idler, E. L., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2000). Positive affect and function as influences on self-assessments of health expanding our view beyond illness and disability. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 55(2), 107-116. Recuperado de: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/55/2/P107/578700/Positive-Affect-and-Function-as-Influences-on-Self>
- Berger, A.A. (1993). *An anatomy of humor*. New Brunswick (USA): Transaction Publishers
- Berger, P. (1999). *Risa redentora. La dimensión cómico de la experiencia humana*. Barcelona: Kairós
- Bergson, H. (1986). *Introducción a la metafísica; la risa*. México: Porrúa.
- Bergson, H. (2008). *La risa: Ensayo de significación de lo cómico*. Madrid: Alianza Editorial
- Bertini, M., Isola, E., Paolone, G., & Curcio, G. (2011). Clowns benefit children hospitalized for respiratory pathologies. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. Recuperado desde: <http://sci-hub.cc/10.1093/ecam/nej064>
- Bettelheim, B. (1987). The importance of play. *The Atlantic*, 259(3), 41-49. Recuperado de: <http://faculty.spokanefalls.edu/InetShare/AutoWebs/kimt/The%20Importance%20of%20Play.pdf> y <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/1987/03/the-importance-of-play/305129/>
- Bezós Saldaña, L., Bañón González, S., Pose Cabarcos, A.F., Pinilla Santos, B.E., Cobo Calvo, L.,... Sáez Roche, M.E. (2012). Taller de arteterapia para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: una experiencia piloto. Comunicación en: *XIII Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis*. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/10/52/32/1052329819749354545063161797359133383>
- Blain, S., Kingsnorth, S., Stephens, L. y McKeever, P. (2012). Determining the effects of therapeutic clowning on nurses in a children's rehabilitation hospital. *Arts and Health*, 4(1): 26-38. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17533015.2011.561359> y <http://sci-hub.cc/10.1080/17533015.2011.561359>
- Blanco, P. J., Muro, J. H., & Stickley, V. K. (2014). Understanding the concept of genuineness in play therapy: Implications for the supervision and teaching of beginning play therapists. *International Journal of Play Therapy*, 23(1), 44-54. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/pla/23/1/44/> y <http://sci-hub.cc/10.1037/a0035478>





- Blerkom, L. M. (1995). Clown doctors: shaman healers of western medicine. *Medical Anthropology Quarterly*, 9(4), 462-475.
- Bojorge, N. (2012, 9, 19) Literaterapia: Escribe para sanar tus heridas. *Laopinion*. Recuperado de: <http://laopinion.com/2012/09/19/literaterapia-escribe-para-sanar-tus-heridas/>
- Bolívar Botía, A. de la Cruz Fernández, J.M., Domingo Segovia, J. (1998) *La investigación biográfico-narrativa en educación: Guía bibliográfica*. Universidad de Granada
- Bolívar, A, y Domingo, J. (2006). La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica: Campos de desarrollo y estado actual. *FQS Forum: Qualitative Social Research* 7 (4), Art. 12, Recuperado de: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/161>
- Bolívar, A. (2002). "¿De nobis ipsis silemus?": Epistemología de la investigación biográfico narrativa en educación, *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 4 (1). Recuperado de: <http://redie.uabc.mx/redie/article/view/49/91>
- Bolívar, A., & Domingo, J. (2006, September). La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica: Campos de desarrollo y estado actual. En *Forum: Qualitative Social Research* 7(4), 1-43. Recuperado de: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44359102/Bolivar\\_Antonio\\_-\\_la\\_investigacion\\_biografica\\_y\\_narrativa\\_en\\_iberamerica\\_campos\\_de\\_desarrollo\\_y\\_estado\\_actual.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1492983002&Signature=25cgd50b%2FP7%2BAQq8ArI2JtkXWNY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLa\\_investigacion\\_biografica\\_y\\_narrativa.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44359102/Bolivar_Antonio_-_la_investigacion_biografica_y_narrativa_en_iberamerica_campos_de_desarrollo_y_estado_actual.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1492983002&Signature=25cgd50b%2FP7%2BAQq8ArI2JtkXWNY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLa_investigacion_biografica_y_narrativa.pdf)
- Bolívar, A., Domingo, J. y Fernández, M. (2001). *La investigación biográfico - narrativa en educación: enfoques y metodología*. Madrid: La Muralla.
- Bolívar, A, Fernández, M y Molina, E. (2005). Investigar la Identidad profesional del profesorado. Una triangulación secuencial. *FQS Forum: Qualitative Social Research*, 6 (1), Art. 12. Recuperado de: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewFile/516/1117>
- Böll, H. (1982). *Opiniones de un payaso*. Barcelona: Bruguera.
- Bonill de las Nieves, C. (2010). El empleo del humor como estrategia de mejora de los cuidados. *Index de Enfermería*, 19 (2-3), 213-214. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000200031](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200031)
- Borja I Solé, M. (1994a). Los juguetes en el marco de las ludotecas: Elementos de juego, de transmisión de valores y desarrollo de la personalidad. *Revista Internacional de Formación del Profesorado*, (19), Enero/Abril, 43-64. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/117810.pdf>
- Bosoer, E., Paolicchi, G., & Colombres, R. M. (2014). Aportes para el estudio del juego y del apego en un contexto social vulnerable. *Anuario de Investigaciones*, 21, 329-337. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v21n1/v21n1a34.pdf>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, II Separation* (Vol 2). New York. USA: Basic Books.



- Bremmer, J. y Roodenburg, H. (1999). *Historia cultural del humor: desde la antigüedad a nuestros días*. Madrid: Sequitur.
- Briceño, G. (1999). Reflexiones en torno al juego y el jugar. *Sinéctica* 14, enero-junio, 1-8 Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Gloria\\_Briceno/publication/47804634\\_Reflexiones\\_en\\_torno\\_al\\_juego\\_y\\_el\\_jugar/links/5695aac408ae3ad8e33d8e22.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Gloria_Briceno/publication/47804634_Reflexiones_en_torno_al_juego_y_el_jugar/links/5695aac408ae3ad8e33d8e22.pdf)
- Brown, S. (2010). *Play: How it shapes the brain, opens the imagination, and invigorates the soul*. New York, NY: Avery.
- Buxó, M. J. (1999). ... que mil palabras. En Ruiz, M. D., Goldsen, R. K., & Pinto, C. *De la investigación audiovisual: fotografía, cine, vídeo, televisión* (Vol. 10). Barcelona: Anthropos Editorial.1-22 Recuperado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=JfZYnjYAIIC&oi=fnd&pg=PR7&dq=De+la+investigaci%C3%B3n+audiovisual:+fotograf%C3%ADa,+cine,+v%C3%ADdeo,+televisi%C3%B3n&ots=UlxHJ0g-gg&sig=btNrQf9HPTgUz2LYfg3Q9aGVOAk#v=onepage&q=De%20la%20investigaci%C3%B3n%20audiovisual%3A%20fotograf%C3%ADa%2C%20cine%2C%20v%C3%ADdeo%2C%20televisi%C3%B3n&f=false>
- Cabas Hoyos, K., Velázquez Garcés, J. S., Romero Barrios, C. A., & Cadavid Pérez, I. (2015). Efecto de la distracción mediante el uso de videojuegos en la percepción del dolor inducido experimentalmente. *Tesis Psicológica*, 10 (1), 104-114. Recuperado de: <http://190.242.99.229/index.php/TesisPsicologica/article/view/571>
- Caires, S., Almeida, I., Antunes, C., Moreira, C., & Melo, A. S. (2013). Vantagens da presença dos doutores palhaços no contexto hospitalar: as expectativas dos profissionais de pediatria. *Indagatio Didactica*, 5(2). Recuperado de: <http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/view/2492>
- Caires, S., Dias, M. F., Esteves, C. H., Belo, S., Correia, S., Diaz, Z., & Ballester, S. (2010). Rir é o melhor remédio? O humor no contexto hospitalar. En *Actas do Congresso Emoções em Saúde* (pp. 13-23). Corrente Dinâmica. ISBN: 978-989-96617-1-4.
- Caires, S; Almeida, I; Esteves, H y Correia, S. (2012) Expectativas del personal pediátrico con respecto a la intervención de los doctores payasos En: Hervás, G. (Presidencia). Comunicación presentada en / *Congreso Nacional de Psicología Positiva*. (pp. 118). El Escorial. Madrid. Recuperado de: [http://www.sepsicologiapositiva.es/OLDSalva/congresoOld/documentos/PROGRAMA\\_DEFcompleto.pdf](http://www.sepsicologiapositiva.es/OLDSalva/congresoOld/documentos/PROGRAMA_DEFcompleto.pdf)
- Camarena, C. (21 de diciembre, 2011). Blog: *Kireei cosas bellas*. Character Game. Recuperado de: <http://www.kireei.com/character-game/>
- Camozzi, R. (2001). *Aproximaciones al humor*. Madrid: Endymion
- Campaña, L., Larraín, V., Creus, A. (2007). Investigar en una red de relaciones: reflexiones sobre la representación de las voces de una investigación. *EMIGRA Working Papers*, (122). Recuperado de: [http://ddd.uab.cat/pub/emigrawp/emigrawp\\_a2007n122/emigrawp\\_a2007n122p1.pdf](http://ddd.uab.cat/pub/emigrawp/emigrawp_a2007n122/emigrawp_a2007n122p1.pdf)



- Campos, C., Cordero, S., Rojas, G., Vargas, M. (2005). Ludoterapia y estimulación temprana: atención del niño hospitalizado y su familia. *Enfermería en Costa Rica: Colegio de Enfermeras de Costa Rica*. (4-9). Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v30n1/art2.pdf>
- Cañas Rodas, S. (2013). *Comunicación no verbal durante el proceso de interacción entre un payaso hospitalario y los niños y niñas entre los 7-11 años, hospitalizados en la sala Anhelos de Vida del Hospital Universitario del Valle* (Proyecto de grado para optar a título de comunicador social). Universidad Autónoma de Occidente. Santiago de Cali. Colombia.
- Cañeque, H. (1993). *Juego y vida: la conducta lúdica en el niño y el adulto*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Cañizares, F. (2016). Muñecos muy especiales. *Revista Muy interesante*, (6). Recuperado de: <http://tapasdeciencia.blogspot.com.es/2016/05/munecos-con-discapacidades-ideados-por.html>
- Carbelo, B. (2004). *El humor en la relación con el paciente. Una guía para profesionales de la salud*. Barcelona: Masson.
- Carbelo, B., Casas F., Rodríguez S., Romero M. (1997). Los cuidados de enfermería y el sentido del humor. ¿Un tratamiento enfermero?, ¿un reto? *Medifan 7*, 377-381. Recuperado de: <http://www.elgotero.com/Archivos%20PDF/Los%20Cuidados%20de%20Enfermer%C3%ADa%20y%20el%20Sentido%20del%20Humor%20un%20Tratamiento%20Enfermero%20un%20Reto.pdf>
- Carbelo, B., y Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 18-30. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1120.pdf#page=20>
- Cárdenas Botero, A. M. (2012) *Cáncer en pacientes pediátricos: Un abordaje desde diferentes perspectivas* (Tesis de Licenciatura). Universidad de la Sabana. Chía, Colombia. Recuperado de: <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2298/131489.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cardi V, Krug I, Perpiñá C, Mataix-Cols D, Roncero M, (2012) Treasure J. The use of a nonimmersive virtual reality programme in Anorexia nervosa: A single case-report. *Eur. Eat. Disord Rev.*, 20(3), 240–245. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.1155/full> y <http://scihub.cc/10.1002/erv.1155>
- Cardone, P. y Monsalve. C. (2010) *Pedagogía Hospitalaria. Una Propuesta Educativa*. Caracas: Fondo Editorial Universidad Pedagógica Experimental Libertador y Asociación Civil El Aula de los Sueños
- Carpén Méndez, Á. (2014). *Creatividad y emociones positivas en Educación Primaria*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia. Recuperado de: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/40667>
- Carrasco Lluch, M. P (2009) *Estudio del valor terapéutico de la literatura infantil en niños hospitalizados*. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia. Recuperado de: [http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=4581](http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=4581)
- Carrasco, Á. (2010). Arquetipo Ludi. Un estudio del juego desde la psicología arquetípica. *Encuentros. Revista Latinoamericana de Psicología Analítica*, (2), 81-100. Recuperado de: <http://revista.cgjung.cl/index.php/encuentros/article/view/13/12>



- Carretero, H. (2005). *Construcción de la escala de apreciación del sentido del humor (EAHU)*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada.
- Carrión, M. D. (2007). *El cáncer durante la infancia: experiencias y necesidades*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Recuperado de: <http://0-hera.ugr.es/adrastea.ugr.es/tesisugr/17249946.pdf>
- Carter, C. M. (2001). Using choice with game play to increase language skills and interactive behaviors in children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 3(3), 131-151. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/109830070100300302>
- Carvalho Furtado, M. C., & García, R. A. L. (1999). Brincar no hospital: subsídios para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 33(4), 364-369. Recuperado de: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41121>
- Carvalho, F. G. R., & Rodrigues, P. R. G. (2007). Dr. Amoroso: um trabalho de apoio social na humanização hospitalar. *XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação*. (p. 2885-2888) Recuperado de: <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=Dr.+Amoroso%3A+um+trabalho+de+apoio+social+na+humaniza%C3%A7%C3%A3o+hospitalar.+XI+Encontro+Latino+Americano+de+Inicia%C3%A7%C3%A3o+Cient%C3%ADfica+e+VII+Encontro+Latino+Americano+de+P%C3%B3s-Gradua%C3%A7%C3%A3o&btnG=&lr=>
- Casares, J. (1945). Contestación al discurso de ingreso en la RAE de Wenceslao Fdez. Florez, 14 de mayo 1945, pp.30-62. Madrid: Imprenta Sáez. Recuperado de: [http://www.rae.es/sites/default/files/Discurso\\_de\\_ingreso\\_Wenceslao\\_Fernandez\\_Florez.pdf](http://www.rae.es/sites/default/files/Discurso_de_ingreso_Wenceslao_Fernandez_Florez.pdf)
- Casares, J. (2002). *Concepto del humor*. *CIC Cuadernos de Información y Comunicación*, (7), 169-187. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/CIYC/article/view/8187>
- Casey, K. (1993). *I answer with my life: life histories of women teachers working for social change*. Nueva York: Routledge.
- Cassell, S. (1965). Effect of brief puppet therapy upon the emotional responses of children undergoing cardiac catheterization. *Journal of Consulting Psychology*, 29(1), 1-8. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/29/1/1/> y <http://sci-hub.cc/10.1037/h0021670>
- Castanha, M.L, Ribeiro Lacerda, M. R.y Zagonel, I. P. S. (2005). Hospital: lugar para o enfermeiro cuidar do imaginário?. *Acta Paul Enferm*, 18(1), 94-99. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a13v18n1>
- Castevi, E. (2007). *El taller de la risa*. Barcelona: Alba.
- Castillo M. (2012). *Mattel to manufacture bald Barbie doll*. CBS News. Recuperado de: <http://www.cbsnews.com/news/mattel-to-manufacture-bald-barbie-doll/>
- Catalá, J. M. (2009). *Límites de lo risible. Ética y estética del documental humorístico*. En E. Oroz y G. de Pedro (Eds.): *La risa oblicua. Tangentes, paralelismos e intersecciones entre documental y humor* (pp. 45-74). Madrid, España: Ocho y medio. Recuperado de:



[http://www.academia.edu/3180589/La\\_risa\\_oblicua\\_tangentes\\_paralelismos\\_e\\_intersecciones\\_entr\\_e\\_documental\\_y\\_humor](http://www.academia.edu/3180589/La_risa_oblicua_tangentes_paralelismos_e_intersecciones_entr_e_documental_y_humor)

Cerviño, A. (2002). *Play Back*. Vigo: Galería Ad Hoc. Recuperado de:

[http://angelcervino.es/textos/TEXTOS\\_CERVINO/anorexia\\_del\\_artista.htm](http://angelcervino.es/textos/TEXTOS_CERVINO/anorexia_del_artista.htm)

Chadi Tondatti, P., & Correa, I. (2012). Use of music and play in pediatric nursing care in the hospital context. *Investigación y Educación en Enfermería*, 30(3), 362-370. Recuperado de:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072012000300009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000300009)

Chaves, C. (2015). *Emociones positivas y bienestar en niños con enfermedades crónicas*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/28422/1/T35744.pdf>

Chaves, C., Vázquez, C., & Hervás, G. (2015). Positive interventions in seriously-ill children: Effects on well-being after granting a wish. *Journal of health psychology*, 21(9), 1870-1883. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/profile/Carmelo\\_Vazquez2/publication/271647845\\_Positive\\_interventions\\_in\\_seriously-ill\\_children\\_Effects\\_on\\_well-being\\_after\\_granting\\_a\\_wish/links/54d5dcea0cf2970e4e65b212.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carmelo_Vazquez2/publication/271647845_Positive_interventions_in_seriously-ill_children_Effects_on_well-being_after_granting_a_wish/links/54d5dcea0cf2970e4e65b212.pdf)

Christian, K. M., Russ, S., & Short, E. J. (2011). Pretend play processes and anxiety: Considerations for the play therapist. *International Journal of Play Therapy*, 20(4), 179. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/232576002\\_Pretend\\_play\\_processes\\_and\\_anxiety\\_Considerations\\_for\\_the\\_play\\_therapist](https://www.researchgate.net/publication/232576002_Pretend_play_processes_and_anxiety_Considerations_for_the_play_therapist)

Christiano, B. A., & Russ, S. W. (1996). Play as a predictor of coping and distress in children during invasive dental procedure. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 130-138. Recuperado de: [http://scihub.cc/10.1207/s15374424jccp2502\\_1](http://scihub.cc/10.1207/s15374424jccp2502_1)

Cibreiros, S. A., & Oliveira, I. C. D. S. (2010). A dramatização no espaço hospitalar: uma estratégia de pesquisa com crianças. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 14(1), 165-170. Recuperado de:

<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-544084>

Cintra, S. M. P., Silva, C. V. D., & Ribeiro, C. A. (2006). O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(4), 497-501. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a05v59n4>

Cohen, R. H. O (2006). Aveso da dor: uma reflexão sobre a influência do brincar como coadjuvante na cura de crianças com neoplasias, *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology*, 6(1), 43-53. Recuperado de:

[http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/latin\\_american/v3\\_n1/o\\_aveso\\_da\\_dor.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/latin_american/v3_n1/o_aveso_da_dor.pdf)

Coll, A., Chellew, K., Meisel, V., Ponsell, E., Fernández-Coca, A., y Garcia, L. (2012) Cuestionario de satisfacción sobre los payasos de hospital (h-crin-q; hospital clown research international network questionnaire) En Hervás, G. (Presidencia). Ponencia llevada a cabo en *I Congreso Nacional de Psicología Positiva*. (pp. 60-61) El Escorial. Madrid. Recuperado de:

[http://www.sepsicologiapositiva.es/OLDSalva/congresoOld/documentos/PROGRAMA\\_DEFcompleto.pdf](http://www.sepsicologiapositiva.es/OLDSalva/congresoOld/documentos/PROGRAMA_DEFcompleto.pdf)





- Collins, J. F., Hanson, K., Mulhern, M., & Padberg, R. M. (1992). Sense of coherence over time in cancer patients: A preliminary report. *Medical Psychotherapy: An International Journal*, 5, 73-82. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1994-18182-001>
- Colomer, M. (2010). *Los payasos*. Barcelona: Artes y Paz, ECP. Recuperado de: <http://escolapau.uab.cat/img/programas/musica/07musica011e.pdf>
- Comitato Maria Letizia Verga (2009) *Il bambino leucémico a scuola Una guida per gli insegnanti* Clinica Pediatrica dell'Università di Milano. Centro di Ematologia Pediatrica. Recuperado de: <http://www.giocoestudio.it/documentazione/schede/freefulltext/II%20bambino%20leucemico%20a%20scuola.pdf>
- Connelly, F. M., & Clandinin, D. J. (1990). Stories of experience and narrative inquiry. *Educational researcher*, 19(5), 2-14. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.3102/0013189X019005002>
- Connelly, M. y Clandinin, J. (1995). Relatos de experiencia e investigación educativa, en Larrosa, J. et al (Comp.) *Déjame que te cuente. Ensayos sobre narrativa y educación*. (11-59). Barcelona: Laertes/Psicopedagogía
- Connolly, J. A., & Doyle, A. B. (1984). Relation of social fantasy play to social competence in preschoolers. *Developmental Psychology*, 20(5), 797-806. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/dev/20/5/797/>
- Consuegra, A. N. (2004). *Diccionario de psicología*. Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones. Recuperado de: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=P9w3DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Consuegra,+A+N+\(2004\).+Diccionario+de+psicolog%C3%ADa&ots=Ze3dCkuWWs&sig=9C1HtCrVLMYA9hjeX8kPqnKDEHk#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=P9w3DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Consuegra,+A+N+(2004).+Diccionario+de+psicolog%C3%ADa&ots=Ze3dCkuWWs&sig=9C1HtCrVLMYA9hjeX8kPqnKDEHk#v=onepage&q&f=false)
- Corbella y Botella. (2003) La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), diciembre, 2003, pp. 205-221. Recuperado de: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/8010/1/La%20alianza%20terapeutica.%20Historia,%20investigacion%20y%20evaluacion.pdf>
- Córdoba, V. Y. (2007). La narrativa visual como metodología del sentido: articulación metodológica e implicaciones terapéutico-educativas *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* 2, 233-246. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/viewFile/ARTE0707110233A/8983>
- Cosacov, E. (2007). *Diccionario de términos técnicos de la psicología*. Editorial Brujas. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/128639627/Cosacov-E-Diccionario-de-Terminos-Tecnicos-de-la-Psicologia>
- Costa Fernandes, S., & Arriaga, P. (2010). The effects of clown intervention on worries and emotional responses in children undergoing surgery. *Journal of Health Psychology*, 15(3), 405-415. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359105309350231>
- Cousins, N. (1991). *Principios de Autocuración. La biología de la esperanza*. Barcelona: Urano.



- da Silva, L. F., Cabral, I. E., & Christoffel, M. M. (2010). As (im) possibilidades de brincar para o escolar com câncer em tratamento ambulatorial. *Acta Paul Enferm*, 23(3), 334-40.
- Dalley, T. (1987). Art as therapy: some new perspectives. *Images of art therapy*, 1-35.
- Dansky, J. L., & Silverman, I. W. (1973). Effects of play on associative fluency in preschool-aged children. *Developmental Psychology*, 9, 38-43 Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/dev/9/1/38/>
- Daunhauer, L. A., Coster, W. J., Tickle-Degnen, L., & Cermak, S. A. (2010). Play and cognition among young children reared in an institution. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 30(2), 83-97. Recuperado desde: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01942630903543682>
- de Aquino, R. G., Bortolucci, R. Z., & Marta, I. E. R. (2004). Clowns doctors: the child talk.... *Online Brazilian Journal of Nursing*, 3(2), 41-48. Recuperado de: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4909>
- de Araújo Mitre, R. M., & Gomes, R. (2004) A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 147-154. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n1/19832.pdf?>
- De Borja i Solé, M. (1994). Los juguetes en el marco de las ludotecas: elementos de juego, de transmisión de valores y desarrollo de la personalidad. *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado*, (19), 43-64.
- de la Huerta, R., Corona, J., & Méndez, J. (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(1), 46-51. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp061g.pdf>
- de Lima, R. A. G., Azevedo, E. F., Nascimento, L. C., & Rocha, S. M. M. (2009). A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), 186-193. Recuperado de: <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=A+arte+do+teatro+Clown+no+cuidado+%C3%A0s+crian%C3%A7as+hospitalizadas&btnG=&lr>
- de Lione Melo, L., & do Valle, E. R. M. A (2010). Brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 517-525. Recuperado de: <http://unicamp.sibi.usp.br/handle/SBURI/1134>
- de Paula Machado, M. M., & Gioia-Martins, D. (2002). A criança hospitalizada: espaço potencial e o palhaço. *Boletim de Iniciação Científica em Psicologia*, 3(1), 34-52. Recuperado de: <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=A+crian%C3%A7a+hospitalizada%3A+espa%C3%A7o+potencial+e+o+palha%C3%A7o&btnG=&lr>
- de Pinedo Extremera C.; Rodríguez López M.A.; Oblaré Molero, C.; Martínez Peláez, E. (2012). Alimentarte. La actividad artística como adyuvante terapéutico en adolescentes con TCA. *Revista Nutrición Hospitalaria*. 27. (3).53-54. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112012000900003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000900003)



- de Pinedo Extremera, C. (2009). *Vuelo de ilusiones. Una experiencia con menores ingresados en el HMI Virgen de las Nieves (Granada)*. (Trabajo Fin de Máster). Universidad de Granada.
- de Pinedo Extremera, C. *Vuelo de ilusiones una experiencia con menores ingresados en el Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves (Granada)*. (2012). En Callejón Chinchilla, M.D. y Moreno Montoro, I. (Eds) *Arte, educación y cultura. Aportaciones desde la periferia*. (1043-1052) Jaén: COLBAA. ISBN 978-84-937651-0-1
- de Pinedo Extremera, C.; García Ruiz, D.; Gijón López-Cózar, R.; Jiménez Rivas, M.; López Martín, A.; Ortega Ortega, M.; Palomino Ortega, I. (2010). *Granada con letra Infantil*. Granada: Ed. Junta de Andalucía
- De Valdenebro, X. (2009). El arte y el juego. *Educación y Educadores*, 4, 61-70. Recuperado de: <http://educacionyeducadores.unisabana.edu.co/sabana/index.php/eye/article/viewFile/496/1582>
- Decety, J. & Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal*, 6, 1146 – 1163. Recuperado de: <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2006/280363/abs/>
- del Yerro Valdés, A. G. (2007) “La autorregulación y su desarrollo en la primera infancia”. En González del Yerro Valdés A. y Gutiérrez Rodríguez H. (Eds) *La participación de la escuela en la formación inicial de los maestros*, 1ª edición, 53-86. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/278018484\\_La\\_autorregulacion\\_y\\_su\\_desarrollo\\_en\\_la\\_primera\\_infancia](https://www.researchgate.net/publication/278018484_La_autorregulacion_y_su_desarrollo_en_la_primera_infancia)
- Delauro, R. (2006). *La risa y la salud*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Risa
- Delgado Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81. Recuperado de: <http://chitita.uta.cl/cursos/2012-1/0000636/recursos/r-9.pdf>
- Delgado, F. y del Campo, P. (1993). *Sacando jugo al juego*, Barcelona: Integral. Recuperado de: <https://www.dropbox.com/s/q5quplr70o60czs/libro1.pdf?dl=0>
- Des Camp, K. D., & Thomas, C. C. (1993). Buffering nursing stress through play at work. *Western Journal of Nursing Research*, 15(5), 619-627.
- Díaz Cubillos, N. S. (2011). *Entretejiendo ocupación y arte: hacer especial y hacer cotidiano de artistas y de mujeres que tejen y cosen* (Tesis doctoral) Universidad Complutense de Madrid
- Díaz, E. T. A., Sánchez, E. M. R., & Ramírez, R. M. G. (2003). Impacto de un programa didáctico preoperatorio en el niño con cirugía de corazón. *Rev Enferm IMSS*, 11(2), 87-92. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2003/eim032f.pdf>
- Díaz, M.J (2010) *Pídeme un deseo antes de ir a dormir*, Valencia: Aspanion.
- Diéguez, M.d.R. (2006). Formas para el silencio. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. (1), 69-74.



- Diette, G. B., Lechtzin, N., Haponik, E., Devrotes, A., & Rubin, H. R. (2003). Distraction therapy with nature sights and sounds reduces pain during flexible bronchoscopy: A complementary approach to routine analgesia. *Chest Journal*, 123(3), 941-948. Recuperado de: <http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1081365>
- Dionigi, A., Sangiorgi, D., & Flangini, R. (2014). Clown intervention to reduce preoperative anxiety in children and parents: A randomized controlled trial. *Journal of health psychology*, 19(3), 369-380. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359105312471567>
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Domínguez Toscano, P. (2004). *Arteterapia: principios y ámbitos de aplicación*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Domínguez, B. "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". Pre-proyecto de investigación. Montevideo: UR. FP, 2015. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/5768>
- Domínguez, M. (2001) Los efectos de la risa. *Revista Electrónica de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado MUFACE* (14), 144 Recuperado de: <http://www.muface.es/revista/o184/repor.htm#risa>
- Donald, E. J., Culbreth, J. R., & Carter, A. W. (2015). Play therapy supervision: A review of the literature. *International Journal of Play Therapy*, 24(2), 59-77.
- Dooley, L. (1941). *The relation of humor to masochism*. *The Psychoanalytic Review* (1913-1957), 28, 37. Recuperado de: <http://search.proquest.com/openview/c2a61537cf99f76d30f1bc7e50c5d1c5/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1820903>
- Drewes, A. A y Schaefer, C. E., (2010). The therapeutic powers of play and play therapy. En Schaefer, C. E., & Drewes, A, *School-based play therapy*, 3-16. Recuperado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=kq11StOIk-4C&oi=fnd&pg=PA3&dq=Prescriptive+play+therapy.+International+Journal+of+Play+Therapy&ots=b1UtjNY7OO&sig=HMd8etLkY9TQba6OmxGWhVvy07NQ#v=onepage&q=Prescriptive%20play%20therapy.%20International%20Journal%20of%20Play%20Therapy&f=false>
- Duré, N. (2009) La magia de la risa. *abc-COLOR* (30/08/09). Recuperado de: <http://www.abc.com.py/edicion-impres/suplementos/abc-revista/la-magia--de-la-risa-16083.html>
- Durkheim, E. (1982). *Las formas elementales de la vida religiosa* (38). Ediciones Akal. Recuperado de: <https://books.google.es/books?id=MrPKiLWsXhMC&pg=PA402&lpg=PA402&dq=El+sistema+de+conceptos+con+que+pensamos+en+la+vida+com%C3%BAAn+es+expresado+por+el+vocabulario&source=bl&ots=J2SwHKTgrL&sig=FzZgyEwQt8eGC2cVlCmbZjHxvBY&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiXy-uTyMfSAhVHSBQKHZyoBm0Q6AEIGjAA#v=onepage&q=El%20sistema%20de%20conceptos%20con%20que%20pensamos%20en%20la%20vida%20com%C3%BAAn%20es%20expresado%20por%20el%20vocabulario&f=false>



- Echegoyen Olleta J y Blanco I. (s.f) Diccionario de psicología científica y filosófica Explicación de los principales conceptos, tesis y escuelas en el área de la Psicología. Ed. Torre de Babel. Recuperado de: <http://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Contracondicionamiento.htm>
- Eiser, C.; Patterson, D. (1984) Children's perceptions of hospital: a preliminary study, en *International Journal of Nursing Studies*, 21, pp. 51-57. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0020748984900063>
- Ejzenberg B. (2003). Entretenimento de crianças internadas. *Pediatrics* 25(4):147-148.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Escobar González, G. H. (2013). *Análisis del discurso humorístico de los cuentos La rebelión de los perros y Espejo del tiempo de José María Méndez* (Doctoral dissertation, Universidad de El Salvador).
- Escribano, F. (2013). Gamificación versus Ludictadura. *Obra digital*, (5) p.58-72. Recuperado de: <http://revistesdigitals.uvic.cat/index.php/obradigital/article/view/22/35>
- Espejo, J.L. (15, mayo, 2012) Blog: Historia Oculta. *El poder de la risa*. Recuperado de: <http://www.joseluisespejo.com/index.php/formas-de-vivir/135-el-poder-de-la-risa>
- Espinosa, B. B., & Gutiérrez, T. R. (2010). Lo esencial es invisible a los ojos: payasos que humanizan y promueven salud. *Aletheia*, (31), 4-15. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942010000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000100002)
- Eufrásio, C., Ribeiro, A. L., & Porto, M. C. (2015). Percepção dos componentes do grupo universitário móvel de palhaçada intensiva sobre suas atividades lúdica. *Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963*, 9(5), 7869-7876. Recuperado de: <http://www.periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10536>
- Fagundo, A. B., Santamaría, J. J., Forcano, L., Giner-Bartolomé, C., Jiménez-Murcia, S., Sánchez, I., & Lam, T. (2013). Video game therapy for emotional regulation and impulsivity control in a series of treated cases with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 21(6), 493-499. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.2259/full>
- Fantuzzo, J., McWayne, C., Perry, M. A., & Childs, S. (2004). Multiple dimensions of family involvement and their relations to behavioral and learning competencies for urban, low-income children. *School Psychology Review*, 33(4), 467. Recuperado de: <http://search.proquest.com/openview/9ef7629945bffce39b0d1deea4924632/1?pg-origsite=gscholar&cbl=48217>
- Fantuzzo, J., Sekino, Y., & Cohen, H. L. (2004). An examination of the contributions of interactive peer play to salient classroom competencies for urban head start children. *Psychology in the Schools*, 41(3), 323-336. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pits.10162/full>
- Favara-Scacco C, Smirne G, Schilirò G, Di Cataldo A. (2001). Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures. *Med Pediatr Oncol*; 2001; 36: 474-80.





- Favero, L., Dyniewicz, A. M., Spiller, A. P. M., & Fernandes, L. A. (2007). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de enfermagem: relato de experiência. *Cogitare Enfermagem*, 12(4). <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/10080>
- Feeney, J., & Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Feitelson, D., & Ross, G. S. (1973). The neglected factor—play. *Human development*, 16(3), 202-223. Recuperado de: <http://www.karger.com/Article/Abstract/271276>
- Fernandes, S, Arriaga, P. (Marzo de 2012) Importancia de los programas preoperatorios: estudio de los efectos de la actuación de los payasos de hospital y otros materiales preoperatorios educativos sobre el bienestar de los niños en cirugía pediátrica. En Hervás, G. (Presidencia). Ponencia llevada a cabo en *I Congreso Nacional de Psicología Positiva*. El Escorial. Madrid. Recuperado de: [http://www.sepsicologiapositiva.es/OLDSalva/congresoOld/documentos/PROGRAMA\\_DEFcompleto.pdf](http://www.sepsicologiapositiva.es/OLDSalva/congresoOld/documentos/PROGRAMA_DEFcompleto.pdf)
- Fernández Flórez, W. (1945) *El humor en la literatura española*. Discurso Ingreso RAE, 14 de mayo 1945, pp.1-29 Recuperado de: [http://www.rae.es/sites/default/files/Discurso\\_de\\_ingreso\\_Wenceslao\\_Fernandez\\_Florez.pdf](http://www.rae.es/sites/default/files/Discurso_de_ingreso_Wenceslao_Fernandez_Florez.pdf)
- Fernández Habrylak, M. (2000). La pedagogía hospitalaria y el pedagogo hospitalario. *Revista Pedagógica Tabanque. Universidad de Salamanca (Sección Valladolid)*. (15), p.149.
- Fernández Sierra, J. (1992). *Evaluación cualitativa de programas de educación para la salud: una experiencia hospitalaria*. Archidona, Málaga: Aljibe
- Fernández Solís, J.D., (2003). *El valor pedagógico del humor*. (Dossier 44). Aravaca, Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Fernández Solís, J.D., y García Cerrada, J. (2010). *El valor pedagógico del humor en la educación social*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Fernández, A. (2002). *Una hoja de lechuga: anorexia, una enfermedad del alma*. Plaza y Janés. ISBN : 84-01-37786-2
- Fernández, J. D. y Francia, A. (1995). *Animar como humor, aprender riendo, gozar educando*. Madrid: CCS.
- Fernández-Abascal, E. G., & Díaz, M. D. M. (2010). Estrés positivo y afecto positivo. *Atrapados por el estrés*. ©RÍTICA, 968, 22-25 Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Antonio\\_Tabares/publication/274215325\\_Imago\\_mundi\\_la\\_contribucion\\_cultural\\_de\\_la\\_medicina\\_al\\_estres\\_urbano/links/5519060c0cf2f7d80a3e3843/Imago-mundi-la-contribucion-cultural-de-la-medicina-al-estres-urbano.pdf#page=22](https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Tabares/publication/274215325_Imago_mundi_la_contribucion_cultural_de_la_medicina_al_estres_urbano/links/5519060c0cf2f7d80a3e3843/Imago-mundi-la-contribucion-cultural-de-la-medicina-al-estres-urbano.pdf#page=22)
- Ferrario, G. (2006). *Reír de corazón: el valor terapéutico del humor*. Barcelona: Terapias Verdes.
- Ferreira Esteves, C. H. (2015). Contributos dos doutores palhaços da Operação Nariz Vermelho para a qualidade da adaptação e do desenvolvimento em contexto pediátrico: o olhar da criança e seus pais. (Tesis doctoral) Universidade do Minho Recuperado de:



<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/40066/1/Carla%20Hiolanda%20Ferreira%20Esteves.pdf>

- Ferrero, V., Gutiérrez, M., & Malchiodi, M. L. (2014). *El Cáncer en niños: su expresión a través del dibujo y la escritura* (Doctoral dissertation). Recuperado de: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:h6UxiiO\\_9xQJ:rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/95&num=1&hl=es&gl=es&strip=1&vwsrc=0](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:h6UxiiO_9xQJ:rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/95&num=1&hl=es&gl=es&strip=1&vwsrc=0)
- Fine, C. G. (1991). Treatment stabilization and crisis prevention: Pacing the therapy of the multiple personality disorder patient. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 661-675. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1992-06326-001>
- Fiorelli, J.A y Russ, S.W., (2012) Pretend Play, Coping, and Subjective Well-Being in Children. A follow-up study. *American Journal of Play* 5 (1), 81-103 Recuperado de: <http://www.journalofplay.org/sites/www.journalofplay.org/files/pdf-articles/5-1-article-pretend-play.pdf>
- Florentino, M. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma psicológica*, 15(1), 95-114. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604004.pdf>
- Fiorini, H. (1992). *Teorías y técnicas de psicoterapia*. Buenos Aires: ED. Nueva Visión. Recuperado de: <http://studylib.es/doc/6482726/teoria-y-tecnica-de-psicoterapias>
- Fisher, E. P. (1992) The impact of play on development: A meta-analysis. *Play y Culture*, 5(2), 159-181. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1992-42498-001>
- Fisher, K., Hirsh-Pasek, K., Golinkoff, R. M., Singer, D., & Berk, L. E. (2010). Playing around in school: Implications for Learning and Educational Policy. En A. Pellegrini (Ed.), *The Oxford handbook of play*. NY: Oxford University Press, 341-363. Recuperado de: [http://ymca.ca/CWP/media/YMCA-National/Documents/Our%20Impact%20page%20resources/Playing-around-in-School-2011\\_Fisher\\_et\\_al.pdf](http://ymca.ca/CWP/media/YMCA-National/Documents/Our%20Impact%20page%20resources/Playing-around-in-School-2011_Fisher_et_al.pdf)
- Fonseca, M. S. (2011). Aprendo en el hospital: recurso instruccional multimedia para niños hospitalizados. *Educere*, 15(52), 683-690. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35622379015>
- Fontes, C. M. B., Mondini, C. C. D. S. D., Moraes, M. C. A. F., Bachega, M. I., & Maximino, N. P. (2010). Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 95-106. Recuperado de: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/11449>
- Fontes, I., y Menéndez, M. Á. (2004). *El parlamento de papel: las revistas españolas en la transición democrática*. Editores: Madrid: APM. Recuperado de: [http://www.tebeosfera.com/1/Obra/Libro/Monografia/ElParlamento/2\\_HumorArmaIntervencion.pdf](http://www.tebeosfera.com/1/Obra/Libro/Monografia/ElParlamento/2_HumorArmaIntervencion.pdf)
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2013) El Modelo Neurosecuencial de Terapias. En Ford, J. D., & Courtois, C. A. (Eds) *Tratamiento de Trastornos de Estrés Postraumático Complejos en niños y adolescentes* (249). Recuperado de: [https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2015/04/FordCourtois\\_Perry\\_Dobson\\_sp.pdf](https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2015/04/FordCourtois_Perry_Dobson_sp.pdf)



- Ford, K., Courtney-Pratt, H, Tesch, L, Johnson, C. More than just clowns clown doctor rounds and their impact for children, families and staff. *J. Child Health Care*. 2013; 18(3):286-96. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1367493513490447>
- Françani, G. M., Zilioli, D., Silva, P. R. F., Sant'ana, R. D. M., & Lima, R. D. (1998). Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. *Rev. latino-am. enfermagem*, 6(5), 27-33. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n5/13857>
- Francia, A. (1996). *Animar con humor: aprender riendo, gozar educando*. Madrid: CCS.
- Fredrickson, B. L. (2000). Extracting meaning from past affective experiences: The importance of peaks, ends, and specific emotions. *Cognition & Emotion*, 14(4), 577-606. Recuperado de: [http://www.unc.edu/peplab/peplab\\_b/\\_publications/Fredrickson\\_2000\\_Cog\\_Emotion.pdf](http://www.unc.edu/peplab/peplab_b/_publications/Fredrickson_2000_Cog_Emotion.pdf)
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218 – 226. Author manuscript. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122271/pdf/nihms-305177.pdf>
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical transactions-royal society of London series b biological sciences*, 1367-1378. Recuperado: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1693418/pdf/15347528.pdf>
- Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition & emotion*, 19(3), 313-332. Author manuscript Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3156609/pdf/nihms305178.pdf>
- Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American psychologist*, 60 (7), 678-686. Author manuscript Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3126111/pdf/nihms305179.pdf>
- Freud, S. (1895). *La histeria*. Obras completas, tomo I. Biblioteca Nueva. Madrid,
- Freud, S. (1994). *El chiste y su relación con lo inconsciente*. Madrid: Alianza.
- Frías-Navarro, M.D; Meisel, V; Esperança, P; García-Banda, G; Badenes Ribera, L; Monterde-I-Bort, H y Pascual Soler, M (2012). Los 'payasos de hospital': planificación del tamaño del efecto En Hervás, G. (Presidencia). Comunicación llevada a cabo en *I Congreso Nacional de Psicología Positiva*. El Escorial. Madrid. Recuperado de: [http://www.sepsicologiapositiva.es/OLDSalva/congresoOld/documentos/PROGRAMA\\_DEFcompleto.pdf](http://www.sepsicologiapositiva.es/OLDSalva/congresoOld/documentos/PROGRAMA_DEFcompleto.pdf)
- Furtado, M.C.C., & Lima, R. A. G. (1999) Brincar no hospital: subsídios para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 33(4), 364-369. Recuperado de: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41121/44667>
- Gadamer, H. G., & Argullol, R. (1998). *La actualidad de lo bello*. Barcelona: Paidós.



- Gagnon, S. G., & Nagle, R. J. (2004). Relationships between peer interactive play and social competence in at-risk preschool children. *Psychology in the Schools*, 41(2), 173-189. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pits.10120/full>
- Gala, A. (1995). *Un valle de risas*. Madrid: EL PAIS, diciembre, p.122.
- Gallastegui González, S. (2016). El potencial transformador del juego emersivo desde el punto de vista de las prácticas artísticas. *AusArt*, 4 (2). Recuperado de: <http://www.ehu.es/ojs/index.php/ausart/article/viewFile/17168/15312>
- Garaigordobil, M. (2006). Efectos del juego en la creatividad infantil Impacto de un programa de juego cooperativo-creativo para niños de 10 a 12 años. *Arte, Individuo y sociedad*, 18, 7-27. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/viewFile/ARIS0606110007A/5795>
- Garaigordobil, M., & Pérez, J. I. (2004). Un estudio de las relaciones entre distintos ámbitos creativos. *Educación y Ciencia, Nueva Época*, 16(30), 11-21. Recuperado de: <http://educacionyciencia.org/index.php/educacionyciencia/article/view/216/pdf>
- Garanto Alós, Jesús (1983) *Psicología del humor*. Barcelona: Ediciones Herder.
- García Caballero, C. (1999). ¿Qué elemento aporta el juego al diagnóstico? *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, (27), 85-130. Recuperado de: <http://www.sepyrna.com/articulos/elementos-juego-diagnostico/>
- García Cano, M. (2013) *Arte, contexto y participación. El hospital como espacio artístico*. (Tesis Doctoral) Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/22527/>
- García Cano, M. (2014) Arte, contexto y participación. Los espacios de salud como espacios artísticos y el arte como investigación. *II Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud.*, Denia, Valencia p. 91-102. Recuperado de: <http://www.congresoespaciosarteysalud.com/p/actas-ier-congreso.html>
- García Marcos, R., Martí-Bonmatí, L., Martínez, J. J., Vilar, J., Katic, N., Lemercier, P., & Díaz, R. D. (2014) Los elementos decorativos ambientales en el Área de Imagen Médica mejoran la percepción de agradabilidad del paciente. *Radiología*, 56(2), 129-135. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Luis\\_Marti-Bonmati/publication/233803860\\_Decorative\\_elements\\_in\\_the\\_medical\\_imaging\\_area\\_improve\\_patients'\\_perception\\_of\\_pleasantness/links/57fe4f2008ae727564015c51.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Luis_Marti-Bonmati/publication/233803860_Decorative_elements_in_the_medical_imaging_area_improve_patients'_perception_of_pleasantness/links/57fe4f2008ae727564015c51.pdf)
- García Márquez, G. (1973). *La tercera resignación*. Literatura.us. Recuperado de: <http://www.literatura.us/garciamarquez/tercera.html>
- García Walker, D.G. (2000). *Los efectos terapéuticos del humor y de la risa*. Málaga: Sirio.
- García, M. y López, B. (2006). *Aprender a reír. Claves para descubrir las ventajas del buen humor*. Málaga: Argual.
- García, M.C. (2000). *Como beneficiarse del poder curativo de la risa*. Barcelona: Morales y Torres.



- García, R., & de la Barra, E. (2005) Hospitalización de niños y adolescentes. *Rev Med Clin Condes*,(Chile) 16(4), 236-41. Recuperado de:  
[http://www.clcmovil.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2005/4%20oct/HospitalizacionDeNinosYAdolescentes-5.pdf](http://www.clcmovil.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2005/4%20oct/HospitalizacionDeNinosYAdolescentes-5.pdf)
- García-Valdecasas, J. (2004). De traidores, víctimas y deserciones: Diario de guerra en "Monte Miseria". *Seminarios de la Unidad de Docencia y Psicoterapia (Vol.10), Mente y Literatura, Granada, Fundación Virgen de las Nieves*. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/38603685/De-traidores-victimas-y-deserciones-Diario-de-guerra-en-Monte-Miseria>
- Gardner, H. (1993) *Mentes Creativas*. Paidós. Barcelona.
- Garland, E. L., Fredrickson, B., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S., & Penn, D. L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical psychology review*, 30(7), 849-864. Recuperado de:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2908186/>
- Garvey, C. (1985) *El juego infantil*, Madrid: Morata.
- Gaskill, R. L., & Perry, B. D. (2014). The neurobiological power of play En Malchiodi, C. A., & Crenshaw, D. A. (Eds.). (2014). *Creative arts and play therapy for attachment problems*. New York, The Guilford Press. Recuperado de:  
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=5R80CgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=The+neurobiological+power+of+play+En+Malchiodi,+C.+A.,+%26+Crenshaw&ots=fzViPrhAld&sig=A9i3qFJlbFroi\\_r bBHma\\_aUOdU#v=onepage&q=The%20neurobiological%20power%20of%20play%20En%20Malchiodi%2C%20C.%20A.%2C%20%26%20Crenshaw&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=5R80CgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=The+neurobiological+power+of+play+En+Malchiodi,+C.+A.,+%26+Crenshaw&ots=fzViPrhAld&sig=A9i3qFJlbFroi_r bBHma_aUOdU#v=onepage&q=The%20neurobiological%20power%20of%20play%20En%20Malchiodi%2C%20C.%20A.%2C%20%26%20Crenshaw&f=false)
- Gata Amaya, M. (2004). El Arteterapia en la atención psicopedagógica de niños hospitalizados. En Domínguez Toscano, P. (Coordinadora). *Arteterapia: principios y ámbitos de aplicación*. Sevilla: Junta de Andalucía. ISBN: 84-609-3113-7
- Gesteira E. C. R, Franco, E. C. D., Cabral, E. S. M., Braga, P. P., y Ferreira, M. A. (2012) Benefits of children's and juvenile tales to the hospitalized child from the perspective of nursing professionals. *Journal of Nursing*, 6 (10). Recuperado de:  
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3339>
- Gil García, M.E. (2005) *Anorexia y bulimia: discursos médicos y discursos de mujeres diagnosticadas* (Tesis Doctoral) Universidad de Granada. Instituto de Estudios de la Mujer. Recuperado de:  
<https://hera.ugr.es/tesisugr/15476443.pdf>
- Gil, K. M., Carson, J. W., Porter, L. S., Scipio, C., Bediako, S. M., & Orringer, E. (2004). Daily mood and stress predict pain, health care use, and work activity in African American adults with sickle-cell disease. *Health Psychology*, 23(3), 267. Recuperado de:  
<http://psycnet.apa.org/journals/hea/23/3/267/>
- Glasper, E.A.; Prudhoe, G.; Weaver, K. (2007). Does clowning benefit children in hospital? Views of Theodora Children's Trust clown doctors. *Journal of Children's and Young People's Nursing May*,





- 1(01), 25. Recuperado de:  
<http://dreamdoctors.org.il.preview27.livedns.co.il/UserFiles/Does%20clowning%20benefit%20children%202007.pdf>
- Glover, J., Dibble, S. L., Dodd, M. J., & Miaskowski, C. (1995). Mood states of oncology outpatients: does pain make a difference?. *Journal of pain and symptom management*, 10(2), 120-128. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/088539249400073T>
- Golan, G., Tighe, P., Dobija, N., Perel, A., & Keidan, I. (2009). Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial. *Pediatric Anesthesia*, 19(3), 262-266. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1460-9592.2008.02903.x/full>
- Goldman, S. L., Kraemer, D. T., & Salovey, P. (1996). Beliefs about mood moderate the relationship of stress to illness and symptom reporting. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(2), 115-128. Recuperado de:  
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.385.3938&rep=rep1&type=pdf>
- Goldstein, A. B., & Russ, S. W. (2000). Understanding children's literature and its relationship to fantasy ability and coping. *Imagination, Cognition and Personality*, 20(2), 105-126. Recuperado de:  
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/TCE0-TRN5-6HT8-2FKA>
- Gómez de Haro, L. (2013). *Del humor en el arte contemporáneo: teoría y práctica*. Castellón: Universitat Jaume I
- Gómez de la Serna, R. (1930). *Gravedad e importancia del humorismo*. *Revista de Occidente*, (84), 348-391.
- Gómez García, I. (2015). Gamificación como recurso de la ingeniería en comunicación social| Gamification as a resource of engineering in social communication. *Razón y Palabra*, 19(2\_90), 139-156. Recuperado de: <http://revistarazonypalabra.com/index.php/ryp/article/viewFile/148/198>
- Gómez Gómez, M. D. C. (2009). *Aulas multisensoriales en educación especial: estimulación e integración sensorial en los espacios snoezelen*. Ideaspropias Editorial SL. Recuperado de:  
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Xxf6gl6tn-8C&oi=fnd&pg=PA1&dq=Aulas+multisensoriales+en+educaci%C3%B3n+especial:+estimulaci%C3%B3n+e+integraci%C3%B3n+sensorial+en+los+espacios+snoezelen&ots=cyEHKExtWc&sig=9GvpG\\_uB9bujE6PPTM5bEHnt9WM#v=onepage&q=Aulas%20multisensoriales%20en%20educaci%C3%B3n%20especial%3A%20estimulaci%C3%B3n%20e%20integraci%C3%B3n%20sensorial%20en%20los%20espacios%20snoezelen&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Xxf6gl6tn-8C&oi=fnd&pg=PA1&dq=Aulas+multisensoriales+en+educaci%C3%B3n+especial:+estimulaci%C3%B3n+e+integraci%C3%B3n+sensorial+en+los+espacios+snoezelen&ots=cyEHKExtWc&sig=9GvpG_uB9bujE6PPTM5bEHnt9WM#v=onepage&q=Aulas%20multisensoriales%20en%20educaci%C3%B3n%20especial%3A%20estimulaci%C3%B3n%20e%20integraci%C3%B3n%20sensorial%20en%20los%20espacios%20snoezelen&f=false)
- Gómez Muntané, M. C., Hernández, F., & Pérez López, H. J. (2006). *Bases para un debate sobre investigación artística*. Madrid: Ministerio de Educación.
- Gómez Ramírez J.F. (2011) El juego infantil y su importancia en el desarrollo *CCAP* 10 (4), 5-11. Recuperado de: [https://scp.com.co/precop-old/precop\\_files/modulo\\_10\\_vin\\_4/1\\_jtw.pdf](https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_10_vin_4/1_jtw.pdf)
- Gómez, E. y Jerez C. (2013) Desviando la atención: Técnicas de distracción para retirar la vía endovenosa. *9º Congreso Asociación Catalana de Enfermería Pediátrica 2-4 Premio a la mejor comunicación de enfermería*. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=AXnSD-fk0bA>



- Gómez, L. A., & Kalejman, C. (2012). ¿Qué se juega al jugar un juego?. *Lúdicamente*, 1(1), 4 Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4864478>
- González Verdejo, N. (2002). *Humor se escribe con "u" de universal. La risa como medio de acercamiento cultural*. Actas del XIII Congreso Internacional de ASELE (346-357)
- González, C. S. G. (2017) Uso de las TIC en aulas hospitalarias: el caso de los videojuegos. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Carina\\_Gonzalez/publication/260293581\\_Uso\\_de\\_las\\_TIC\\_en\\_Aulas\\_Hospitalarias\\_el\\_caso\\_de\\_los\\_videojuegos/links/0deec532478172e6ec000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carina_Gonzalez/publication/260293581_Uso_de_las_TIC_en_Aulas_Hospitalarias_el_caso_de_los_videojuegos/links/0deec532478172e6ec000000.pdf)
- González, C., Carranza, J. A., Fuentes, L. J., Galián, M. D., & Estévez, A. F. (2001). Mecanismos atencionales y desarrollo de la autorregulación en la infancia. *Anales de psicología*, 17(2), 275-286. Recuperado de: <http://search.proquest.com/openview/03b086ace811793f27cbe5dea9b30a97/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1606360>
- González, F. (2011). *Aplicación didáctica del humor pedagógico en el aula*. *Pedagogía magna*, (12), 29-38. Recuperado de: [https://issuu.com/guamundieduca/docs/pedagog\\_a\\_magna\\_n\\_mero\\_12](https://issuu.com/guamundieduca/docs/pedagog_a_magna_n_mero_12)
- González, N. A. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y salud: Revista de psicología clínica y salud*, 16(1), 9-29. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/1806/180616109001/>
- González, P. (2007). *Filosofía para bufones: un paseo por la historia del pensamiento a través de las anécdotas de los grandes filósofos*. Barcelona: Ariel.
- Gordon, I., Zagoory-Sharon, O., Leckman, J. F., & Feldman, R. (2010). Oxytocin and the development of parenting in humans. *Biological psychiatry*, 68(4), 377-382. Recuperado de: [http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(10\)00120-4/abstract](http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(10)00120-4/abstract)
- Gorini, A., Griez, E., Petrova, A., & Riva, G. (2010). Assessment of the emotional responses produced by exposure to real food, virtual food and photographs of food in patients affected by eating disorders. *Annals of General Psychiatry*, 9(1), 30. Recuperado de: <https://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-859X-9-30>
- Granados, I.M. (2009) Interrelaciones entre creatividad, arte, educación y terapia. *Arte y movimiento*. 1. 51-62 Recuperado de: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/artymov/article/view/144>
- Grau, C. (2002). Impacto psicosocial del cáncer infantil en la familia. *Educación Desarrollo y Diversidad*, 5 (2), 87-106. Recuperado de: <http://roderic.uv.es/handle/10550/41639>
- Green, E. J., Crenshaw, D. A., & Kolos, A. C. (2010). Counseling children with preverbal trauma. *International Journal of Play Therapy*, 19(2), 95. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/pla/19/2/95/>
- Griffin Valdivieso, M. I. (2014). *Alianza terapéutica entre pacientes y terapeutas practicantes en tres tipos de corrientes psicológicas terapia cognitiva conductual, terapia humanista y terapia psicodinámica* (Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Psicóloga Clínica) Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades Universidad San Francisco de Quito. Recuperado de: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/3407/1/110969.pdf>



- Grumet, G. W. (1989). Laughter: Nature's epileptoid catharsis. *Psychological reports*, 65, 1059-1078.
- Gryski, C., & Koller, D. (2008). El niño amenazado de muerte y el payaso que promueve la vida: hacia un modelo de payasos terapéuticos (clowning). *Revista digitalis*, September, 1-8. Recuperado de: [http://ismet.es/digitalis/pdf/Digitalis\\_n24\\_PayasosTerapeutas.pdf](http://ismet.es/digitalis/pdf/Digitalis_n24_PayasosTerapeutas.pdf)
- Guillén, M. y Mejía, A. (2002). *Actuaciones educativas en aulas hospitalarias: atención escolar a niños enfermos*. Madrid: Editorial Narcea.
- Gustems Carnicer, J., & Calderón Garrido, C. (2014). Bienestar, optimismo y felicidad: perspectivas teóricas. En Gustems, J. *Arte y bienestar. Investigación aplicada*. Barcelona: Ediciones Universidad. Recuperado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=XnSwBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA19&dq=Bienestar,+optimismo+y+felicidad:+perspectivas+te%C3%B3ricas&ots=zLJqf1mzhM&sig=dF0FuIV2LkGTdNqahQbVqwceMww#v=onepage&q=Bienestar%2C%20optimismo%20y%20felicidad%3A%20perspectivas%20te%C3%B3ricas&f=false>
- Gutiérrez García, J. M. (1998). La promoción del eustrés. *Psicología.com*, 2 (1), Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/617>
- Gutierrez Párraga T., Megías C. y García Cuesta, J. (2012) Los juegos de construcción en el proyecto CurArte. *II Congreso Arte espacios y Salud*. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/0B91TnbpcmhbZU0Q0QIVwR0hiNjg/view>
- Gutiérrez Párraga, M. T (2004). *La significación del juego en el arte moderno y sus implicaciones en la educación artística*. (Tesis Doctoral). U.C. de Madrid. Recuperado de: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/bba/ucm-t28325.pdf>
- Gutiérrez, M. A., Ortigosa, J. M., Girón, R., Ruiz, R., Sánchez, J., Guirao, M. J.; Zambudio, G; Astillero, M.J.; Castaño, I y Cárceles, M.D. (2008). Evaluación del efecto de la actuación de los payasos de hospital sobre la ansiedad, en los niños sometidos a una intervención quirúrgica. *Cirugía Pediátrica*, 21, 195-198. Recuperado de. <http://www.pupaclown.com/pupaclown/ESTUDIO-02.pdf>
- Gutiérrez, R. (2005). Los estudios de caso: una opción metodológica para investigar la educación artística. En Marín, R. (ed). *Investigación en educación artística: Temas, métodos y técnicas de indagación sobre el aprendizaje y la enseñanza de las artes visuales*. (154-174). UGR. Granada
- Gutiérrez, T. (2004) *La significación del juego en el arte moderno y sus implicaciones en la educación artística*. Universidad Complutense de Madrid.
- Gutiérrez, T. Megías, C. Nuere, S. (2011): Proyecto House: cuando los niños crean un hospital a medida. *Arte, Individuo y Sociedad*, 23 Núm. Especial, 29-39 Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/viewFile/36741/35573>
- Haiat, H., Bar-Mor, G., & Shochat, M. (2003). The world of the child: a world of play even in the hospital. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(3), 209-214. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596303000277>



- Hanline, M. F. (1999). Developing a preschool play-based curriculum. *International Journal of disability, development and education*, 46(3), 289-305. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/103491299100515>
- Harvey, S. (1980). The value of play therapy in hospital. *Paediatrician*; 9, 191-197.
- Heierle Valero, C. (2011). *Imagen social de la enfermería a través de los medios*. Tesis Doctoral. Granada: Universidad de Granada
- Henderson, S. W., & Rosario, K. (2008). But seriously: clowning in children's mental health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(9), 983-986. Recuperado de: [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(08\)60074-X/abstract](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(08)60074-X/abstract)
- Hernández Merino, A. (2006). Las hebras para hilvanar la vida: el dibujo del dolor. *Arteterapia*, 1, 79-96.
- Hernández Muñoz, S. (2012) El humor y su concepto. Humor, humorismo y comicidad. *Monográfica.org. Revista temática de diseño*. (Marzo). Recuperado de: <http://www.monografica.org/Proyectos/4522>
- Hernández Pérez, E. y Rabadán Rubio, J. A. (2014). *Érase una vez... un cuento curativo*. Atención educativa en población infantil hospitalizada a través de la literatura. *Educatio Siglo XXI*, 32(1), 129-150. Recuperado de: <http://revistas.um.es/educatio/article/view/194121>
- Herrán, Luis. (2001). *Hacer reír: el valor curativo de la risa*. Madrid: San Pablo.
- Herrero, J. (2012). *La inteligencia del juego*. Ojo de agua. Ambiente educativo. Alicante. Recuperado de: <http://ojodeagua.es/files/2011/11/LA-INTELIGENCIA-DEL-JUEGO.pdf>
- Hidalgo, A.; Mediavilla, E. y Villalobos, M. (2004). El proyecto: "Mundo de estrellas" como facilitador de las redes de aprendizaje en las Aulas Hospitalarias de Andalucía. *Congreso Internacional sobre el profesorado ante el reto de las Nuevas Tecnologías en la sociedad del conocimiento Universidad de Granada. Central Sindical Independiente y de Funcionarios*. Recuperado de: <http://www.mundodeestrellas.es/opencms/index.html>
- Hoffmann, J., & Russ, S. (2012). Pretend play, creativity, and emotion regulation in children. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 6(2), 175. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/aca/6/2/175/>
- Hogan, P. (1988). A community of teacher researchers: A story of empowerment and voice. *Unpublished manuscript, University of Calgary*.
- Holanda, E.R y Collet, N. (2011) Las dificultades de la escolarización del niño con enfermedad crónica en el contexto hospitalario. *Rev. esc. enferm. USP* 45, (2), pp. 381-389. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a11>
- Holden, R. (1999). *La risa la mejor medicina: el poder curativo del buen humor y la felicidad*. Barcelona: Ediciones Oniro
- Homeyer, L. E., & Morrison, M.O. (2008). Play therapy: Practice, Issues, and Trends. *American Journal of Play*, 1(2) 210- 228. Recuperado de: <http://www.journalofplay.org/sites/www.journalofplay.org/files/pdf-articles/1-2-article-play-therapy.pdf>



- Hornillo, E. y Sarasola, J.L. (2003). El interés emergente por la narrativa como método en el ámbito socio-educativo. El caso de las historias de vida. *Portularia* 3, 373-382. Recuperado de: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/158/b15148543.pdf?sequence=1>
- Huizinga, J. (2007). *Homo Ludens*. Madrid: Alianza.
- Ibáñez, E., & Baquero, A. (2009) Beneficio del apoyo psicosocial a la calidad de vida de niños y niñas enfermos de cáncer: una revisión sistemática cualitativa. *Rev. colomb. enferm*, 4(4). Recuperado de: [http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen4/beneficio\\_apoyo\\_psicosocial\\_calidad\\_vida\\_ninos\\_ninas\\_enfermos\\_cancer.pdf](http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen4/beneficio_apoyo_psicosocial_calidad_vida_ninos_ninas_enfermos_cancer.pdf)
- Iglesias, E. B. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(3), 125-146. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4024>
- Instituto Coca-Cola de la Felicidad y Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (2011). *La felicidad y la percepción de la salud. 4º informe del Instituto Coca-Cola de la Felicidad*. Recuperado de: [http://www.infocoonline.es/pdf/Informe\\_Felicidad\\_y\\_Percepcion\\_de\\_la\\_Salud.pdf](http://www.infocoonline.es/pdf/Informe_Felicidad_y_Percepcion_de_la_Salud.pdf)
- Isen, A. M., Daubman, K. A., & Nowicki, G. P. (1987). Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of personality and social psychology*, 52(6), 1122-1131. Recuperado de: [http://www.factorhappiness.at/downloads/quellen/S11\\_Isen.pdf](http://www.factorhappiness.at/downloads/quellen/S11_Isen.pdf)
- Isen, A. M., Johnson, M. M., Mertz, E., & Robinson, G. F. (1985). The influence of positive affect on the unusualness of word associations. *Journal of personality and social psychology*, 48(6), 1413. Recuperado de: [https://tu-dresden.de/mn/psychologie/allgpsy/ressourcen/dateien/lehre/lehreveranstaltungen/bolte\\_lehre/ala/Isen\\_1985.pdf?lang=en](https://tu-dresden.de/mn/psychologie/allgpsy/ressourcen/dateien/lehre/lehreveranstaltungen/bolte_lehre/ala/Isen_1985.pdf?lang=en)
- Janet, W. (2000). *Terapia de Juego Centrada en el Niño*. Manual Moderno. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/288062036/Terapia-de-juego-centrado-en-el-nino-janet-west>
- Jansen, M. F., Santos, R. M. D. & Favero, L.(2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Rev gaúcha enferm*, 31(2), 247-53. Recuperado de: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/12803>
- Jara, J. (2002). *El Clown, un navegante de las emociones*. Sevilla: Proexdra.
- Jardiel Poncela, E. (2002): *Ideas sobre el humorismo*. CIC Cuadernos de Información y Comunicación, (7), 139-157.
- Jáuregui, E. (1998) *Situating Laughter: Amusement, Laughter, and Humour in Everyday Life* European University Institute. Department of Political and Social Sciences.
- Jáuregui, E. (2008). Universalidad y variabilidad cultural de la risa y el humor. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 3 (1), 46-63.





- Jáuregui, E. y Fernández Solís, J.D. (2009). Risa y aprendizaje: el papel del humor en la labor docente. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, (66), 203-215
- Jeffrey, G. I, Kim, H.S, Kant, J.A, Joseph, M-H, Rizzo, A, (2006). Effectiveness of virtual reality for pediatric pain distraction during IV placement. *CyberPsychology & Behavior*, 9(2), 207-212. Recuperado de: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/cpb.2006.9.207>
- Jiménez Cruz, B. E., & Silva Gutiérrez, C. (2010). Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. *Anales de psicología*. Recuperado de : <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/14457>
- Jiménez Gómez, C. (Octubre,1999). Lúdica, creatividad y desarrollo humano. En *I Simposio de Investigación y Formación en Recreación*. Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación - FUNLIBRE Pereira, Colombia. Recuperado de: <http://www.redrecreacion.org/documentos/simposio1if/CAJimenez.htm>
- Jiménez Vélez, C. A. (2005). *La inteligencia lúdica: juegos y neuropsicología en tiempos de transformación*. Bogotá, Colombia: Cooperativa Editorial Magisterio. Recuperado de: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=pO7xQQvOb70C&oi=fnd&pg=PA17&dq=La+inteligencia+I%C3%BAadica:+juegos+y+neuropsicologia%C3%ADa+en+tiempos+de+transformaci%C3%B3n+ot+s=qFg2t5p6yc&sig=pT\\_rO\\_MKYopssklwkC\\_FESz5jm4#v=onepage&q=La%20inteligencia%20I%C3%BAadica%3A%20juegos%20y%20neuropsicologia%C3%ADa%20en%20tiempos%20de%20transformaci%C3%B3n&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=pO7xQQvOb70C&oi=fnd&pg=PA17&dq=La+inteligencia+I%C3%BAadica:+juegos+y+neuropsicologia%C3%ADa+en+tiempos+de+transformaci%C3%B3n+ot+s=qFg2t5p6yc&sig=pT_rO_MKYopssklwkC_FESz5jm4#v=onepage&q=La%20inteligencia%20I%C3%BAadica%3A%20juegos%20y%20neuropsicologia%C3%ADa%20en%20tiempos%20de%20transformaci%C3%B3n&f=false)
- Jiménez Vélez, C. A. (2008). *El juego. Nuevas miradas desde la neuropsicología*. Coop. Editorial Magisterio. Recuperado de: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=D2a3lCYTfllC&oi=fnd&pg=PA9&dq=El+juego.+Nuevas+miradas+desde+la+neuropsicologia%C3%ADa&ots=q\\_sH8mbv4p&sig=BUVTVVD6iUijvDFgAHld792eZDU#v=onepage&q=El%20juego.%20Nuevas%20miradas%20desde%20la%20neuropsicologia%C3%ADa&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=D2a3lCYTfllC&oi=fnd&pg=PA9&dq=El+juego.+Nuevas+miradas+desde+la+neuropsicologia%C3%ADa&ots=q_sH8mbv4p&sig=BUVTVVD6iUijvDFgAHld792eZDU#v=onepage&q=El%20juego.%20Nuevas%20miradas%20desde%20la%20neuropsicologia%C3%ADa&f=false)
- Johnson, P. A., & Stockdale, D. F. (1975). Effects of puppet therapy on palmar sweating of hospitalized children. *The Johns Hopkins Medical Journal*, 137(1), 1-5. Recuperado de: <http://europepmc.org/abstract/med/1152314>
- Jonas, M. F., Costa, M. A., Souza, P. T., Pinto, R.N, Morais, G.S., & Duarte, M. C. O (2013). Lúdico como Estratégia de Comunicação para a Promoção do Cuidado Humanizado com a Criança Hospitalizada. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 17(4), 393-400. Recuperado de: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/13559>
- Joubert, L. (2002). *Tratado de la risa*. Madrid: Asociación Española Neuropsiquiatría.
- Kaduson, H. G., Cangelosi, D., & Schaefer, C. (1997). The playing cure. *Individualized play therapy for specific childhood problems*. Northvale (NJ): Jason Aronson. Recuperado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=YtSCrl-WYn4C&oi=fnd&pg=PP2&dq=The+playing+cure.+Individualized+play+therapy+for+specific+childhood+problem&ots=OMELVzVVaW&sig=tmR2LATSt4ZegZ-X5apQKvZn->



[og#v=onepage&q=The%20playing%20cure.%20Individualized%20play%20therapy%20for%20specif ic%20childhood%20problem&f=false](#)

- Kain, Z. N., Mayes, L. C., O'connor, T. Z., y Cicchetti, D. V. (1996). Preoperative anxiety in children: predictors and outcomes. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 150(12), 1238-1245. Recuperado de: <http://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/518180>
- Kaugars, A. S., & Russ, S. W. (2009). Assessing preschool children's pretend play: Preliminary validation of the Affect in Play Scale-Preschool version. *Early Education and Development*, 20(5), 733-755. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10409280802545388>
- Kaugars, A., & Russ, S. (2001). Emotions in children's play and creative problem-solving. *Creativity Research Journal*, 13(2), 211-219. Recuperado de: [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S15326934CRJ1302\\_8](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S15326934CRJ1302_8)
- Kawulich, B. (2005, May). La observación participante como método de recolección de datos. In *Forum: qualitative social research*. (Vol. 6, No. 2, pp. 1-32).
- Kenealy, P. (1989). Children's strategies for coping with depression. *Behaviour research and therapy*, 27 (1), 27-34. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0005796789901162>
- Kiche, M. T., & Almeida, FA, (2009). Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paul Enferm*, 22(2), 125-30. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a02v22n2>
- Kingsnorth, S., Blain, S., & McKeever, P. (2011). Physiological and emotional responses of disabled children to therapeutic clowns: a pilot study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2011. Recuperado de: <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2011/732394/abs/>
- Klein, J.P. (2006a). *Arteterapia: una introducción*. Barcelona: Octaedro.
- Klein, J.P. (2006b). La creación como proceso de transformación. *Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, (1), 11-18.
- Klein, J.P.; Bassols, M. y Bonet, E. (2008). *Arteterapia: la creación como proceso de transformación*. Barcelona: Octaedro.
- Kleinginna Jr, P. R., & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and emotion*, 5(4), 345-379. Recuperado de: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45979615/20\\_Kleinginna\\_1981\\_-\\_Definitii\\_ale\\_motivatiei.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1489244905&Signature=JD3l2KBfOjskrf0r5tt%2FwVvkZMbc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA\\_Categorized\\_List\\_of\\_Emotion\\_Definition.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45979615/20_Kleinginna_1981_-_Definitii_ale_motivatiei.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1489244905&Signature=JD3l2KBfOjskrf0r5tt%2FwVvkZMbc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA_Categorized_List_of_Emotion_Definition.pdf)
- Koller, D. y Gryski, G. (2007). El poder curativo de la risa. *Magazine Kindsein.com. Más allá de la infancia* (22). Recuperado de: [http://www.kindsein.com/es/22/1/505/?ST\\_AS1=1&ST\\_LS1=0&ST\\_max=1&ST\\_PS1=11&ST\\_T1=Article&tpl=74&ST1=Full\\_text](http://www.kindsein.com/es/22/1/505/?ST_AS1=1&ST_LS1=0&ST_max=1&ST_PS1=11&ST_T1=Article&tpl=74&ST1=Full_text)



- Koss, N. (2009). *Jaques Lecoq: el viaje. Historia del actor II: del ritual dionisiaco a Tadeusz Kantor*, 2, 385. Recuperado de:  
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=sInktjiiJPwC&oi=fnd&pg=PA385&dq=uno+lo+es+cuando+su+naturaleza+profunda+se+manifiesta+junto+a+los+miedos+primigenios+de+la+infancia&ots=W2oC91q2kD&sig=chD\\_4\\_QLGdUo22D-ynyFbQMy53Y#v=onepage&q=uno%20lo%20es%20cuando%20su%20naturaleza%20profunda%20se%20manifiesta%20junto%20a%20los%20miedos%20primigenios%20de%20la%20infancia&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=sInktjiiJPwC&oi=fnd&pg=PA385&dq=uno+lo+es+cuando+su+naturaleza+profunda+se+manifiesta+junto+a+los+miedos+primigenios+de+la+infancia&ots=W2oC91q2kD&sig=chD_4_QLGdUo22D-ynyFbQMy53Y#v=onepage&q=uno%20lo%20es%20cuando%20su%20naturaleza%20profunda%20se%20manifiesta%20junto%20a%20los%20miedos%20primigenios%20de%20la%20infancia&f=false)
- Kottman, T. (2014). *Play therapy: Basics and beyond*. USA: American Counseling Association. Recuperado de:  
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=OIKbBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=Play+therapy:+Basics+and+beyond&ots=vvrFGLtXlr&sig=rEx0i3Hyf65WwbohJxLKwCnBLVo#v=onepage&q=Play%20therapy%3A%20Basics%20and%20beyond&f=false>
- Kozbelt, A., Beghetto, R. A., & Runco, M. A. (2010). Theories of creativity. *The Cambridge handbook of creativity*, 20, 47. Recuperado de:  
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=1EBT3Qj5L5EC&oi=fnd&pg=PA20&dq=Kozbelt,+Beghetto++y+Runco,+2010&ots=7KjqCw3A0n&sig=hVP5Ug-qMdE7x62IHs0OwYirzRE#v=onepage&q&f=false>
- Kuehner, C., & Buerger, C. (2005). Determinants of subjective quality of life in depressed patients: The role of self-esteem response styles, and social support. *Journal of Affective Disorders*, 86, 205–213. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032705000200>
- Lancheros García, E. A., Tovar Valle, J. F., & Rojas Bermúdez, C. A. (2011). Risa y salud: abordajes terapéuticos. *MedUNAB*, 14(1). Pp. 69-75, Recuperado de:  
<http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=viewArticle&path%5B%5D=1380>
- Landreth, G. (2002) *Play therapy: The art of the relationship* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge
- Landreth, G. L., Ray, D. C., & Bratton, S. C. (2009). Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools*, (2009) 46 (3), 281 – 289. Recuperado de:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pits.20374/pdf>
- Landreth, G., Homeyer, L., & Morrison, M. (1998). Play as the language of children's feelings. En Bergen, D. (1998). *Play from birth to twelve and beyond: Contexts, perspectives, and meanings* (193-197). New York: Garland Publishing, Inc. Recuperado de:  
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=uk37\\_SBXPlyC&oi=fnd&pg=PA193&dq=Play+as+the+language+of+children%E2%80%99s+feelings&ots=MV6Dkatbbp&sig=1t26q\\_jj5C2jbBpbCnNpJD\\_gHMU#v=onepage&q=Play%20as%20the%20language%20of%20children%E2%80%99s%20feelings&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=uk37_SBXPlyC&oi=fnd&pg=PA193&dq=Play+as+the+language+of+children%E2%80%99s+feelings&ots=MV6Dkatbbp&sig=1t26q_jj5C2jbBpbCnNpJD_gHMU#v=onepage&q=Play%20as%20the%20language%20of%20children%E2%80%99s%20feelings&f=false)
- Lapierre, A. (2008). El juego: expresión primera del inconsciente. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, (31), 37-42. Recuperado de:  
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1174/113564013807749731>



- Lavega, P., Filella, G., Lagardera, F., Mateu, M., & Ochoa, J. (2013). Juegos motores y emociones. *Cultura y educación*, 25(3), 347-360. Recuperado de:  
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1174/113564013807749731>
- Lebo, D. (1953). The present status of research on nondirective play therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 177-183. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/17/3/177/>
- Leininger-Molinier, G. É. (2016). *La salud mediante el buen humor*. Nueva York (USA): Editorial de Vecchi,.
- Leite, T. M. C., & Shimo, A. K. K. (2007). O brinquedo no hospital: uma análise da produção acadêmica dos enfermeiros brasileiros, *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 11(2), 343-350. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715306025.pdf>
- Leite, T. M. C., & Shimo, A. K. K. (2008) Uso do brinquedo no hospital: o que os enfermeiros brasileiros estão estudando. *Rev Esc Enferm; USP*, 42(2), 389-95. Recuperado de:  
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/v42n2a24.pdf>
- Lemos, L. M. D., Pereira, W. J., Andrade, J. S., & Andrade, A. D. S. A. (2010) Vamos cuidar com brinquedos? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 950-955. Recuperado de:  
<http://ri.ufs.br:8080/bitstream/123456789/649/1/VamosCuidarBrinquedos.pdf>
- León Espinosa de los Monteros, M.T. & Castillo Sánchez, M.D. (2005). *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. Asociación Alcalá.
- León Villalta, P. I. (2014). *El juego de roles y su relación con la autoestima de las niñas y niños de primer grado de educación general básica de la escuela "Lauro Damerval Ayora N° 1"* (Tesis previa a la obtención del Grado de Licenciada en Ciencias de la Educación, Mención: Psicología Infantil y Educación Parvularia). Universidad Nacional de Loja, Ecuador. Recuperado de:  
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/14736/1/TESIS%20FINAL%20PAULINA%20ISABEL.pdf>
- Lester, S.; Russell, W. (2011) *El derecho de los niños y las niñas a jugar: Análisis de la importancia del juego en las vidas de niños y niñas de todo el mundo. Cuadernos sobre Desarrollo Infantil Temprano*. 57s La Haya, Países Bajos: Fundación Bernard van Leer. Recuperado de:  
<http://www.bibalex.org/Search4Dev/files/381610/221283.pdf>
- LeVieux-Anglin, L., & Sawyer, E. H. (1992). Incorporating play interventions into nursing care. *Pediatric nursing*, 19(5), 459-463. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8233667>
- Lewin, K. (1973). *Dinámica de la personalidad:(selección de artículos)*. Ediciones Morata.
- Li, H. C. W., & López, V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: a randomized controlled trial study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(2), 63-73.
- Li, W. H., Chung, J. O., & Ho, E. K. (2011). The effectiveness of therapeutic play, using virtual reality computer games, in promoting the psychological well being of children hospitalised with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16), 2135-2143. Recuperado de:  
[http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46817521/The\\_effectiveness\\_of\\_therapeutic\\_pl](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46817521/The_effectiveness_of_therapeutic_pl)



[ay\\_us20160626-31843-19hpxul.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1492425825&Signature=CMafILmNO5NdLh2kSEJvPKQmdZY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DThe\\_effectiveness\\_of\\_therapeutic\\_play\\_us.pdf](https://www.semanticscholar.org/d20a/da9e8ae8ce3e873d5b885bb4342efebb7788.pdf)

- Lillard, A. S., Lerner, M. D., Hopkins, E. J., Dore, R. A., Smith, E. D., & Palmquist, C. M. (2013). The impact of pretend play on children's development: A review of the evidence. *Psychological bulletin*, 139(1), 1. Recuperado desde:  
<https://pdfs.semanticscholar.org/d20a/da9e8ae8ce3e873d5b885bb4342efebb7788.pdf>
- Limiñana Gras, R. M. (2008). Cuando crear es algo más que un juego: Creatividad, Fantasía e Imaginación en los jóvenes. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, (35), 39-43. Recuperado desde:  
<http://www.scielo.org.ar/pdf/cfhycs/n35/n35a03.pdf>
- Linge L. (2012). Magical attachment: children in magical relations with hospital clowns. *Int J Qual Stud Health Well-being*. (7). Recuperado de:  
<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3402/qhw.v7i0.11862?needAccess=true>
- Linge, L. (2013). Joyful and serious intentions in the work of hospital clowns: A meta-analysis based on a 7-year research project conducted in three parts. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 8. Recuperado desde:  
<https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=Joyful+and+serious+intentions+in+the+work+of+hospital+clowns%3A+A+meta-analysis+based+on+a+7-year+research+project+conducted+in+three+parts&btnG=&lr=>
- Lipovetsky, G. (1986). *La era del vacío: ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama
- Lipps, T. (2015). *El humor y lo cómico*. Barcelona: Herder Editores.
- Lizosoáin, O. (2000). *Educando al niño enfermo: perspectivas de la pedagogía hospitalaria*. Pamplona: Eunate
- Lizosoáin, O. y Poplano-Lorente, A. (1996). La pedagogía hospitalaria como un concepto unívoco e innovador. *Revista Comunidad Educativa de Madrid*. (231), p.15.
- López Fernández, M. (2006a). *Arteterapia: conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid: Tutor.
- López Fernández, M. (2006b). *Creación y posibilidad aplicaciones del arte en la integración social*. Madrid: Fundamentos.
- López Fernández, M. (2008). *Razones para el arte: memoria, ausencia y búsqueda de identidad*. Madrid: Editorial Complutense.
- López Martín, A. (2006). *La escuela en casa: atención a sujetos con discapacidad visual por enfermedad. Un estudio de caso*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Recuperado de:  
<http://digibug.ugr.es/handle/10481/857#.WPUCJGclGCg>





- López Martín, A., & Lorenzo Delgado, M., (2008). *La investigación educativa en el aula hospitalaria: estudio de un caso de intervención escolar, de glioma óptico infantil mediante videoconferencia*. *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, (33), 29-42. Recuperado de: <http://acdc.sav.us.es/ojs/index.php/pixelbit/article/view/689>
- López Naranjo, I. y Fernández Castillo, A. (2006). Hospitalización infantil y atención psico-educativa en contextos excepcionales de aprendizaje. *Revista de educación*, (341), 553-578. Recuperado de: [http://www.ince.mec.es/revistaeducacion/re341/re341\\_23.pdf](http://www.ince.mec.es/revistaeducacion/re341/re341_23.pdf)
- López Pérez, E. (2007). Las veredas del recuerdo. El taller de arteterapia en la Comunidad Terapéutica del Área Norte del Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- López Rodríguez, M., Román López, P. R. y Cortés Rodríguez, A. E. C. (2017). *Técnicas complementarias en cuidados de enfermería* (12). Universidad Almería. Recuperado de: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=QK4TDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA82&dq=juego+terapeutico+desarrollo&ots=XaBfqGJUUV2&sig=EvnsScdubjailB2mYBa6\\_ZWffCpk#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=QK4TDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA82&dq=juego+terapeutico+desarrollo&ots=XaBfqGJUUV2&sig=EvnsScdubjailB2mYBa6_ZWffCpk#v=onepage&q&f=false)
- López Sanz, L. y Albuixech Sánchez, S. (2014) Proyecto "Smiley" Poster en *II Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud.*, Denia, Valencia p. 320. Recuperado de: <http://www.congresoespaciosarteysalud.com/p/actas-ier-congreso.html>
- López, A.J. (2014). "Idígoras y Espinosa llenan La Caja Blanca 'De bicicletas y payasos'". *Diario Sur*. Recuperado de: <http://www.diariosur.es/culturas/201412/04/idigoras-espinosa-llenar-caja-20141203233409.html>
- López, M. y Martínez, M. (2008). Arteterapia. Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social. *Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica, Facultad de Educación Universidad Complutense de Madrid*.
- Ludy-Dobson, C. R., Perry, B. D., & Gil, E. (2010). The role of healthy relational interactions in buffering the impact of childhood trauma. *Working with children to heal interpersonal trauma: The power of play*, 26-43 Recuperado de: [http://childtrauma.org/wp-content/uploads/2013/08/DobsonPerry\\_GilBook\\_2010.pdf](http://childtrauma.org/wp-content/uploads/2013/08/DobsonPerry_GilBook_2010.pdf)
- Lupiani, M., Gala, F. J., Bernalte, A., Lupiani, S., Dávila, J., & Miret, M. T. (2005). El humor, la alegría y la salud. *C. Med. Psicosom*, 75, 40-47. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1333304>
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.730.3868&rep=rep1&type=pdf>
- Maganto, C. y Cruz, S. (1997). La técnica de juego en el psicodiagnóstico infantil. En Ávila Espada, A. *Evaluación en Psicología Clínica II*. (162-215) Salamanca: Amarú Ediciones. Recuperado de: [http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi\\_libro/20c.pdf](http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/20c.pdf)
- Maia, E. B. S., Ribeiro, C. A., & Borba, R. I. H. D. (2011). Understanding nurses' awareness as to the use of therapeutic play in child care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 839-846. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400007&script=sci_arttext)



- Malajovich, A. (2009) Las concepciones infantiles acerca del juego. *Cadernos de Educação*, 34, 253-264. Recuperado de: <https://www.periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/view/1645/1528>
- Manresa, K. (2006). *Un río de esperanza*. Barcelona: Península.
- Marín, R. (2005). *Investigación en educación artística: temas, métodos y técnicas de indagación sobre el aprendizaje y la enseñanza de las artes y culturas visuales*. Granada: Universidad.
- Marín, R. (2011). Las investigaciones en educación artística y las metodologías artísticas de investigación en educación: temas, tendencias y miradas. *Educação*, Porto Alegre, 34(3), 271-285.
- Mariscal Pérez, J. (2009) Escuelas hospitalarias. *Revista Digital de Innovación y experiencias educativas*, (14), p.1.
- Markman, A. (2017, febrero 2017,1) Happy People are Creative People, According to Science Boosting mood can get those creative juices flowing. *Inc.com* Recuperado de: <http://www.inc.com/art-markman/science-says-boost-peoples-mood-to-improve-creativity.html>
- Mármol López, I, Muñoz Muñoz, P., Gómez Leyva, S, Roselló Perez, M., Vega Torralba, J., Minguez Estevan, J.R., Ramos Pérez, J.; Frías Llorens, M.C, Escrihuela Mena, A., Villanova Fernández, P. (2012) Humanización sanitaria: Opinión sobre la intervención decorativa en consultas externas Pediátricas I *Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud*. Póster.
- Martín Casamitjana, R. M. (1996). *El humor en la poesía española de vanguardia*. Madrid: Gredos
- Martínez Díez, N. (2000). *Lygia Clark*. En *Arte Individuo y Sociedad* 2000. V12:321-328. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/download/ARIS0000110321A/5935>
- Martínez García, J.M. (2016). Narices rojas, zapatos gigantes. *New Medical Economics* (30), 6-9. Recuperado de: [https://issuu.com/raizpublicidad/docs/nme\\_num30](https://issuu.com/raizpublicidad/docs/nme_num30)
- Martínez Rodríguez, J. M., & Martín Cabrero, B. (2015). Psicoterapia relacional del Trastorno Límite de Personalidad–Parte II. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 35(127). Recuperado de: <http://ww.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16908/16778>
- Martínez, N. y López Fernández Cao, M. (2009). *Reinventar la vida. El arte como terapia*. Madrid: Eneida
- Martins, M.R, Ribeiro, C.A., Hirooka de Borba, R. I., Vieira da Silva, C. (2001) Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(2), 76-85 Recuperado de: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1555>
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The circle of security project: Attachment-based intervention with caregiver – preschool child dyads. *Attachment and Human Development*, 4, 107 – 124. Recuperado de: <http://www.childcentredpractice.co.uk/Websites/ccp1/Files/Content/1553778/Cricles%20of%20attachment%20Marvin.pdf>
- Masera, G., Fenner, C. y Tonucci, F. (2004). *Queridos padres*. Barcelona: Grao



- Masetti, M. (2013). Por uma ética do encontro: a influência da atuação de palhaços profissionais na ação dos profissionais de saúde. *Indagatio Didactica*, 5(2).
- Masetti, M; Brandão, D y Caires, S (2012) Contribuciones de los doctores de la alegría en la vivencia y la calidad de las relaciones en el hospital En Hervás, G. (Presidencia). Ponencia llevada a cabo en / *Congreso Nacional de Psicología Positiva*. El Escorial. Madrid. Recuperado de: [http://www.sepsicologiapositiva.es/OLDSalva/congresoOld/documentos/PROGRAMA\\_DEFcompleto.pdf](http://www.sepsicologiapositiva.es/OLDSalva/congresoOld/documentos/PROGRAMA_DEFcompleto.pdf)
- Matussek, P. (1984). *La creatividad. Desde una perspectiva psicodinámica*. Barcelona: Herder.
- McEwan, H. (1997). The functions of narrative and research on teaching. *Teaching and Teacher Education*, 13(1), 85-92. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0742051X96000297>
- McEwan, H. y Egan, K. (1998). *La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- McGrath, P., & Huff, N. (2001). 'What is it?' findings on preschoolers' responses to play with medical equipment. *Child: Care, Health and Development*, 27(5), 451-462. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2214.2001.00219.x/full>
- McIntyre, A. (1992). *Tres versiones rivales de la ética*. Madrid: Ediciones Rialp
- McLuhan, M. y Carpenter, E. (1974). *El aula sin muros*. Barcelona, Laia. Recuperado de: <http://www.iutep.tec.ve/uftp/images/Descargas/materialwr/libros/MarshallMcLuhan-EIAulaSinMuros.pdf>
- Mearns, R. (1994). En C. Schaefer & H. Kaduson (Eds.), *The Quotable Play Therapist* Northvale, NJ: Aronson.
- Megias, C., & Nuere, S. (2011). Proyecto House: cuando los niños crean un hospital a su medida. *Arte, Individuo y Sociedad*, 23, 29-39
- Meisel, V., Chellew, K., Ponsell, E., Ferreira, A., Bordas, L., & 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. Recuperado de: <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8828>
- Mello, C. O., Goulart, C. M. T., Almeida E.W. R., Moreira, A. M., & Sperb, T. M.(2012) Brincar no hospital: assunto para discutir e praticar. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 15(1), 065-074. Recuperado de: <https://revistaptp.unb.br/index.php/ptp/article/viewFile/1491/460>
- Mello, L. O. S. B. P. (1994). A arte de ator: da técnica à representação. *Tese de Doutorado*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.
- Melo, A. S; Caires, S y Arriaga, P. (2012) Contribuciones de los payasos de hospital para el enfrentamiento del tratamiento de quimioterapia en niños con cáncer. En Hervás, G. (Presidencia). Comunicación llevada a cabo en / *Congreso Nacional de Psicología Positiva*. El Escorial. Madrid. Recuperado de:



[http://www.sepsicologiapositiva.es/OLDSalva/congresoOld/documentos/PROGRAMA\\_DEFcompleto.pdf](http://www.sepsicologiapositiva.es/OLDSalva/congresoOld/documentos/PROGRAMA_DEFcompleto.pdf)

- Méndez X, Orgilés M, López–Roig S, Espada J. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Revista de psicooncología*, 1 (1): 139–154. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/17206>
- Méndez, C., & Lebovic, A. V. (2012). Erase una vez un niño. El valor del juego en la cura; *Rev. Univ. psicoanál*, 12, 159-167. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=707714&indexSearch=ID>
- Méndez, J. C., Maluenda, R., Loo, X., Isla, R., & Anza, A. (2007). Alianza terapéutica en pacientes adictos de dos instituciones de Antofagasta. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45(2), 141-147. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272007000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272007000200007&script=sci_arttext)
- Méndez, Ortigosa y Pedroche, S. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicología conductual*, 4(2), 193-209.
- Mera Carballo, M., Avilés Sellés, S., Doménech Martí, R., Más Cloquell, N., Soler Lloret, M.N, Llorens Almodovar, E., Bohigues Escrivà, C. (2014) Talleres terapéuticos y sus beneficios en los pacientes de la unidad de hospitalización psiquiátrica. *II Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud.*, Denia, Valencia p. 142-143. Recuperado de: <http://www.congresoespaciosarteysalud.com/p/actas-ier-congreso.html>
- Messina, M., Molinaro, F., Meucci, D., Angotti, R., Giuntini, L., Cerchia, E., & Brandigi, E. (2014). Preoperative distraction in children: hand-held videogames vs clown therapy. *La Pediatria Medica e Chirurgica*, 36(5-6). Recuperado de: <http://www.pediatrmedchir.org/index.php/pmc/article/view/98>
- Michelet, A. (1986). El maestro y el juego. *Perspectivas*, 16(1), 117-126. Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:aisaijKI6hcJ:biblioteca.uahurtado.cl/ujah/reduc/pdf/pdf/4416.pdf+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=es>
- Miró, J., Nieto, R., & Huguet, A. (2007). Realidad virtual y manejo del dolor. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 82, 52-64. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Jordi\\_Miro/publication/28229388\\_Realidad\\_virtual\\_y\\_manejo\\_del\\_dolor/links/0deec5238800e512dd000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jordi_Miro/publication/28229388_Realidad_virtual_y_manejo_del_dolor/links/0deec5238800e512dd000000.pdf)
- Miron Spektor, E., Efrat, D., Rafaeli, A., & Schwarz, O. (2011). Others' anger makes people work harder not smarter: The effect of observing anger and sarcasm on creative and analytic thinking. *Journal of Applied Psychology*, 96(5), 1065. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/apl/96/5/1065/>
- Mischel, W., Shoda, Y., & Rodriguez. (1989). Delay of gratification in children. *Science*, 244, 933-938. Recuperado de: <http://search.proquest.com/openview/ad2af069fe679833c3d5199c7490308a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1256>



- Mitre RMA, Gomes R.(2007). A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 12(5):1277-84. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/630/63012524.pdf>
- Moix, J (2000). *El papel del psicólogo: formación y asesoramiento a profesionales y colectivos hospitalarios*. En Ortigosa, J.M. y Méndez, F.X. (Eds). Preparación psicológica a la hospitalización infantil. Madrid: Biblioteca Nueva. Recuperado de: <http://studylib.es/doc/134764/moix--j.--2000--el-papel-del-psic%C3%B3logo--formaci%C3%B3n-y-ases...>
- Molina Garuz, M. C. (Febrero, 2014) Abordajes del niño, niña y joven hospitalizado desde la perspectiva de la resiliencia. *Ponencia en I Congreso Internacional De Pedagogía Hospitalaria en Colombia* (CPHCOL). Bogotá Recuperado de:  
[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GiBv6lUUhWIJ:cphcol.innovaiplda.com/sites/default/files/u1/ponencia\\_maria\\_cruz.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GiBv6lUUhWIJ:cphcol.innovaiplda.com/sites/default/files/u1/ponencia_maria_cruz.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es)
- Moliner, M. (2007). *Diccionario de Uso del Español*. Gredos: Madrid.
- Molto, R. (2010). Ángel Idígoras expone las caricaturas que tiene en su casa. Cerca de una treintena de obras se exhiben en Teatinos. *Diario Sur*. Recuperado de:  
<http://www.diariosur.es/20100114/cultura/angel-idigoras-expone-caricaturas-20100114.html>
- Moody, R. A. (1989). *Humor y salud: el poder curativo de la risa*. Madrid: Edaf.
- Moore, M., & Russ, S. (2008). Follow-up of a pretend play intervention: Effects on play, creativity, and emotional processes in children. *Creativity Research Journal*, 20 (4), 427 – 436. Recuperado de:  
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10400410802391892>
- Moreira, P.L., Dupas, G. (2003) significado de saúde e de doença n significado de saúde e de doença na percepção da criança a criança. *Rev Latino-am Enfermagem*, 11(6), 757-62 Recuperado de:  
<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1828>
- Moreira, R. (2005). Dissonâncias cognitivas: o impacto do Doutor Palhaço numa enfermaria pediátrica. *Centro de Estudos da Operação Nariz Vermelho, Lisboa*.
- Moreno Cadavid, E., & Piedrahita Velásquez, A. M. (2009). Aprendiendo de mi salud entre contextos y cuentos. *Revista Educación y Pedagogía*, 21(53), 157-164. Recuperado de:  
<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/revistaeyp/article/view/9852/9051>
- Moreno, C. X. G., Solovieva, Y., & Rojas, L. Q. (2014). El juego temático de roles sociales: aportes al desarrollo en la edad preescolar. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(2), 287-308. Recuperado de: <https://revistas.uosario.edu.co/index.php/apl/article/view/2437>
- Moreno, M.C, Abad, M. J. y López, L. (2011). Talleres de arte de reciclaje con materiales hospitalarios. *Arte, Individuo y Sociedad*, 23, 135-151. Recuperado de:  
<http://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/view/36751>
- Moya Albiol L, Herrero N, Bernal MC. (2010) Bases neuronales de la empatía. *Rev Neurol*; 50: 89-100. Recuperado de: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33994056/Moya-Albiol et al. 2010.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1489604519&Si](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33994056/Moya-Albiol_et_al._2010.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1489604519&Si)





[gnature=v5yZ8zAl0cJYkx%2FPAiVp%2Fxt1eg%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DBases neuronales de la empatia.pdf](#)

- Moya Ibarra, M. (2016). *El humor positivo y su vínculo con la creatividad y la flexibilidad cognitiva en el síndrome de Asperger*. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios Cognitivos Universidad de Chile Facultad de Filosofía y Humanidades Santiago de Chile Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/140645/EI-humor-positivo-y-su-vinculo-con-la-creatividad-y-la-flexibilidad-cognitiva-en-el-sindrome-de-asperger.pdf?sequence=1>
- Müggenburg Rodríguez Vigil, M.C., & Riveros-Rosas, A. (2012). Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario: Parte I. *Enfermería universitaria*, 9(1), 36-44. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632012000100005&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632012000100005&script=sci_arttext&lng=pt)
- Muñiz Hernández, L. (Febrero, 2001) El humor: comunicación terapéutica. Comunicación presentada en: 2º *Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Psiquiatria.com*. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/77/65/24/77652431355760236619348573232021867468>
- Muñoz Martínez, V., Beato Fernández, L. & Rodríguez Cano, T. (2011). Disociación y pronóstico en los trastornos de la conducta alimentaria. *Apuntes de Ciencia*, (4), 43-50. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3836674>
- Murakami, R., & Campos, C. J. G. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. 2011; *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 254-260. Recuperado de: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/82569>
- Murdock, M. C., & Ganim, R. M. (1993). Creativity and humor: Integration and incongruity. *The Journal of Creative Behavior*, 27(1), 57-70. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2162-6057.1993.tb01387.x/abstract>
- Myers, C. E., Bratton, S. C., Hagen, C., & Findling, J. H. (2011). Development of the Trauma Play Scale: Comparison of children manifesting a history of interpersonal trauma with a normative sample. *International Journal of Play Therapy*, 20(2), 66.
- Naranjo, J. C. S., Segura, J. G., Ibarra, J. J. S., Leguizamon, C. R., & Rios, J. O. (2009). El humor como estrategia terapéutica en niños hospitalizados en unidades pediátricas en Pereira (Colombia). *Rev Colomb Psiquiatr*, 38(1), 99-113. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Julio\\_Sanchez7/publication/262588085\\_Humor\\_as\\_a\\_Strategy\\_to\\_Treat\\_Children\\_Hospitalized\\_in\\_Pediatric\\_Units\\_in\\_Pereira\\_Colombia\\_Report\\_of\\_an\\_Experience/links/5630dcdf08ae13bc6c353292.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Julio_Sanchez7/publication/262588085_Humor_as_a_Strategy_to_Treat_Children_Hospitalized_in_Pediatric_Units_in_Pereira_Colombia_Report_of_an_Experience/links/5630dcdf08ae13bc6c353292.pdf)
- Nascimento, L. C., Pedro, I. C. D. S., Poleti, L. C., Borges, A. L. V., Pfeifer, L. I., & Lima, R. A. G. D. (2011). O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil: a visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc. Enferm USP*, 45(2), 465-72. Recuperado de: [http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/2967/art\\_NASCIMENTO\\_O\\_brincar\\_em\\_sala\\_de\\_espera\\_de\\_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/2967/art_NASCIMENTO_O_brincar_em_sala_de_espera_de_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y)



- Neef, N. A., Perrin, C. J., Haberlin, A. T., & Rodrigues, L. C. (2011). Studying as fun and games: Effects on college students' quiz performance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 44 (4), 897–901. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1901/jaba.2011.44-897/full>
- Neira, A.N. & Neira, M.N. (1999) Terapia de la risa para nuestros niños hospitalizados. I Simposium Nacional de Vivencias y Gestión de Recreación Vicepresidencia de la República de Colombia. FUNLIBRE (25/27 Noviembre 1999). Recuperado de: <http://www.redcreacion.org/documentos/simposio1vg/DoctoraClown.html>
- Neville, E. (1969). Sobre el humorismo. En Obras selectas. Madrid: Biblioteca nueva. Recuperado de: <http://www.bibliothecascriptorumcomicomorum.org/index.php/component/content/article/81-humor/103-el-sentido-del-humor>
- Nieto Poyatos, R.M. (28 Febrero 2016) Blog: Enfermera 2.0: la mirada enfermera. Recuperado de: <http://enfermeradospuntocero.blogspot.com.es/2016/02/queridos-padres-y-ahora-como-le-digo.html>
- Nietzsche, F. (1985). *Así habló Zaratustra*. Alianza, Madrid.
- Noel, G., DÁnello, S., Araujo, L., & De Sousa, J. (2012). Factores emocionales y familiares asociados a la adaptación de niños y adolescentes con cáncer. Reporte de 10 casos. *MedULA*, 21(2), 140-146. Recuperado de: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/medula/article/view/5877/5677>
- Noreña Peña, A. L., & Cibanal Juan, L. (2011). La experiencia de los niños hospitalizados acerca de su interacción con los profesionales de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(6). Recuperado de: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_21.pdf)
- Nuere Menéndez-Pidal, S. y Moreno Sáez, M. C. (2012). *Arte, juego y creatividad*. Madrid: Ediciones Eneida
- Nuttman-Shwartz, O., Scheyer, R., & Tzioni, H. (2010). Medical clowning: Even adults deserve a dream. *Social work in health care*, 49(6), 581-598. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00981380903520475>
- Oblaré Molero, C. (2003). *Minutos muertos*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Ochoa, R. F. (1994). *Hacia una pedagogía del conocimiento*. Méjico: McGraw-Hill. Recuperado de: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu/documents/41074901/hacia\\_una\\_pedagogia\\_del\\_conocimiento.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1487512988&Signature=cCJv1O8BhgBhgQYtnC19f70LQzc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DHacia\\_una\\_pedagogia\\_del\\_conocimiento.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu/documents/41074901/hacia_una_pedagogia_del_conocimiento.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1487512988&Signature=cCJv1O8BhgBhgQYtnC19f70LQzc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DHacia_una_pedagogia_del_conocimiento.pdf)
- O'Connor, K. J., Schaefer, C. E., & Braverman, L. D. (2015). *Handbook of play therapy*. (2) US: John Wiley & Sons. Recuperado de: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nyW1CgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR11&dq=Handbook+Schaefer+2016+terapeutico+play&ots=ksxhC-5Ug\\_&sig=fq3uxGP9GtGmMoATVwVgsXOsVE0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nyW1CgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR11&dq=Handbook+Schaefer+2016+terapeutico+play&ots=ksxhC-5Ug_&sig=fq3uxGP9GtGmMoATVwVgsXOsVE0#v=onepage&q&f=false)
- Öfele, M. R. (2007) El juego en contextos adversos. *Juego letter Instituto de Investigación y Formación en Juego* 5 (2) 1-5 Recuperado de: <http://www.instituto.ws/iifj/A5N2%20Julio07.pdf>



- Ogalla, A. (28 de Octubre de 2007) Blog: ¡Un mundo en dibujos! *Entrevista a Ángel Idígoras*. Recuperado de: <http://endibujos.blogspot.com.es/2007/10/entrevista-ngel-idgoras.html>
- Oliveira, H. D. (1993). A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. *Cadernos de saúde pública*, 9(3), 326-332. Recuperado de: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v9n3/20.pdf>
- Oltra Albiach, M. A. (2013). Cuando los muñecos curan: títeres, educación especial y terapia. *Revista de Educación Inclusiva*, 6(3), 164-175.
- Orgilés Amorós, M., López Roig, S., Espada Sánchez, J. P., & Méndez Carrillo, X. (2006) Tratamiento psicológico del dolor en el cáncer infantil. *Fisioterapia: revista de salud, discapacidad y terapéutica física*, 28(5), 270-277. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211563806740573>
- Orihuela-Pérez, I., Cuenca-Rodríguez, T., García Espigares, M., Vélez Cea, M., Belda Mercado, M., & Campos López, R. (2010). Cuentos para niños o como informar sobre su intervención quirúrgica. *Revista Rol de Enfermería*, 33(5), 339-342. Recuperado de: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bb9wYFYjEboJ:https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo%3Fcodigo%3D3202490+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es>
- Oros, L. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de psicología*, 14(1), Pág-89-98. Recuperado de: <http://www.revistaestudiostributarios.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewArticle/17338>
- Ortega Estepa, M. (2014). Viajando el paraíso: experiencias en contextos de conflicto político, social y hospitalario a través de la arte // *Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud.*, Denia (Valencia). p.220-225. Recuperado de: <http://www.congresoespaciosarteysalud.com/p/actas-ier-congreso.html>
- Ortega Salinas, L.E. (2011). *La arquitectura como instrumento de cura. Psicología del espacio y la forma para una arquitectura hospitalaria.* (Trabajo de titulación de Arquitecto). Universidad Técnica Particular Loja (Ecuador). Recuperado de: <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/685>
- Ortega, A., y Jáuregui Lobera, I. (2012). Imagen corporal para el arte, el arte para la imagen corporal. *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 15 1643-1662. Recuperado de: [http://www.tcsevillal.com/archivos/imagen\\_corporal\\_para\\_el\\_arte.pdf](http://www.tcsevillal.com/archivos/imagen_corporal_para_el_arte.pdf)
- Ortigosa Quiles, J. M., Gutiérrez Cantó, M. A., Astilleros Fuentes, M. J., Sánchez Piñera, I y Riquelme Marín, A. (2011). Los payasos en el hospital: valoración de un programa para reducir la ansiedad ante la cirugía. *C. Medicina Psicosomática y Psiquiatría*, 99, 41-49 Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Juan\\_Ortigosa/publication/277273515\\_Los\\_payasos\\_en\\_el\\_hospital\\_valoracion\\_de\\_un\\_programa\\_para\\_reducir\\_la\\_ansiedad\\_ante\\_la\\_cirugia/links/5593b20408aed7453d4681d6.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Juan_Ortigosa/publication/277273515_Los_payasos_en_el_hospital_valoracion_de_un_programa_para_reducir_la_ansiedad_ante_la_cirugia/links/5593b20408aed7453d4681d6.pdf)
- Ortigosa Quiles, J. M., Méndez Carrillo, F. X. y Riquelme Marín, A. (2007). Hospitalización pediátrica: aplicación de los programas de preparación psicológica. *Información Psicológica*, (90), 48-59. Recuperado de: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/274>



- Ortigosa Quiles, J.M, Riquelme Marín, A., Soto Álvarez, H., Sánchez Piñera, I. & Astillero Fuentes, M. J. (2014). ¿Qué opinan los niños sobre los payasos de hospital? Un estudio piloto realizado en niños hospitalizados. *Acta Pediatr Esp*, 72(9)
- Ortigosa Quiles, J.M. y Méndez Carrillo, F.X. (2000). *Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas. Teoría y práctica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ortigosa Quiles, J.M; Riquelme Marín, A., Álvarez Soto, H., Astillero Fuentes, M.J; Sánchez Piñera, I. (2016). Eficacia de la actuación de los payasos sobre el miedo a procedimientos dolorosos en oncohematología pediátrica. *Psicooncología*, 13(2/3), 297. Recuperado de: <http://search.proquest.com/openview/7d3accb5efc11c176f6a8616c00534ef/1?pq-origsite=gscholar&cbl=54850>
- Ortiz, C. (1999). Formación de los profesionales del contexto hospitalario. *Profesorado: Revista de curriculum y formación del profesorado*, 3(2), 105-120. Recuperado de: <http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/2871/Formacion%20de%20los%20profesionales%20en%20el%20contexto%20hospitalario.pdf?sequence=1>
- Palacios, L. (2007). Sublimación, arte y educación en la obra de Freud. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 9(2), 13-24. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/802/80290202/>
- Palomo del Blanco, M. (1995). *El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Paolicchi, G. C., Sorgen, E., Abreu, L., Botana, H. H., Bosoer, E., Olivera, C., Colombres, R., Kohan, C.A., Pennella, M., Bozzalla, L., Maffezzoli, M., Metz, M.I., y Núñez, A.M (2014). Juego y apego en el proceso de simbolización. En *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.aacademica.org/000-035/300.pdf>
- Paolicchi, G., González, J., Gechuvind, H., Maffezzoli, M., Botana, H., Colombres, R. & Olleta, M. V. (2005). El juego facilitado: un dispositivo de intervención en la constitución subjetiva. *Anuario de investigaciones*, 13, 175-184. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862006000100049](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862006000100049)
- Paolicchi, G., Kohan Cortada, A., Colombres, R., Pennella, M., Maffezzoli, M., Abreu, L., & Bosoer, E. (2012). Apego y Juego. Marcas epocales en la conformación de las funciones parentales. *XIX Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. 19(2), 243-254. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862012000200032&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862012000200032&script=sci_arttext&lng=en)
- Paredes Ortiz, J. (2002). *El deporte como juego: un análisis cultural*. (Tesis Doctoral). Universidad de Alicante.
- Parra-Esquivel, E. I. (Enero, 2010) La ocupación significativa como mediación para la educación del pensamiento y el desarrollo de la emocionalidad; *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 58(1), 75-83. Recuperado de:



<http://search.proquest.com/openview/66dd750e2c49d0fc5453681c34763d80/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2035757>

Pascale, P. (2015). *Creatividad y hospitalización: intervención artística en una unidad de psiquiatría adolescente*. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca Recuperado de: <https://gredos.usal.es/jsui/handle/10366/128496>

Pascale, P. y Ávila, P. (2007). Una experiencia de creatividad en adolescentes hospitalizados. Unidad de psiquiatría de adolescentes del Gregorio Marañón. *Arte Individuo y Sociedad*, (19), 207-246. Recuperado de: <http://search.proquest.com/openview/7d18a093541539063517edecbc916c8d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=85341>

Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M. S., & Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 229-247.

Pedrosa, A. M., Monteiro, H., Lins, K., Pedrosa, F., & Melo, C. (2007) Ludotherapy for hospitalized children: a ludotherapy program for hospitalized children in the Pediatrics Oncology Unit of the Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 7(1), 99-106. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292007000100012&script=sci\\_arttext&tling=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292007000100012&script=sci_arttext&tling=pt)

Pelander, T., Lehtonen, K., & Leino-Kilpi, H. (2007). Children in the hospital: elements of quality in drawings. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(4), 333-341. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088259630700262X>

Pellegrini, A. D. (1992). Rough and tumble play and social problem solving flexibility. *Creativity Research Journal*, 5(1), 13-26. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10400419209534419>

Pena Vivero, F. Portalesmedicos.com. (9/5/2016). *¿Qué es eso del rapport?*. [Blog] Recuperado de: <http://www.portalesmedicos.com/blogs/psicologovalencia/note/1056/muy-bueno.html>.

Penón, S. (2006). El juego y el juguete y el niño hospitalizado. *Educación Social*, (33), 122-131. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/165541/373860>

Peralta Espinosa, L., & García-Ramírez, J. M. (2014). Déjame que te cuente. *Reidocrea*. (3).30, 245-260. Recuperado de: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/32854/1/ReiDoCrea-Vol.3-Art.30-Peralta-Garcia.pdf>

Perandones Serrano, E. (2011a). Creando videojuegos hospitalarios: taller "Aventura en el hospital". *Arte, Individuo y Sociedad*, 23, 41-53. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/view/36742>

Perandones Serrano, E. (2011b). *El videojuego en los hospitales: diseño e implementación de actividades y formación de educadores*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/13205/>





- Pérez Porto, J.P. y Merino, M. (2009). *Definición.DE*. Definición de Juicio Moral. Recuperado de: <http://definicion.de/juicio-moral/>
- Pérez, G. (2000). *Modelos de investigación cualitativa en educación Social y Animación Sociocultural. Aplicaciones Prácticas*. Madrid: Narcea.
- Perrenoud, P. (2004). *Diez nuevas competencias para enseñar: invitación al viaje* (196). Barcelona: Graó. Recuperado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=uLLw3HbYVMQC&oi=fnd&pg=PA8&dq=Diez+nuevas+competencias+para+ense%C3%B1ar:+invitaci%C3%B3n+al+viaje+&ots=GMI7j-htxc&sig=jxu2ALHwrKspMy2qNG56STnv-2k#v=onepage&q=Diez%20nuevas%20competencias%20para%20ense%C3%B1ar%3A%20invitaci%C3%B3n%20al%20viaje&f=false>
- Perry, B. D. & Pollard, R. (Noviembre de 1997). Altered brain development following global neglect in early childhood. En *Proceedings from the Society for Neuroscience Annual Meeting (New Orleans)*. Recuperado de: <http://www.sakkyndiq.com/psykologi/artvit/perry1997.pdf>
- Pfeifer, J. H., Iacoboni, M., Mazziotta, J. C., & Dapretto, M. (2008). Mirroring others' emotions relates to empathy and interpersonal competence in children. *Neuroimage*, 39(4), 2076-2085. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1053811907009548>
- Pfeifer, J. H., Iacoboni, M., Mazziotta, J. C., & Dapretto, M. (2008). Mirroring others' emotions relates to empathy and interpersonal competence in children. *Neuroimage*, 39(4), 2076-2085. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1053811907009548>
- Piaget, J. (1951). *Play, dreams and imitation in childhood*. London, England: Routledge & Kegan Paul. Recuperado de: <http://www.jordanbpeterson.com/docs/230/2014/03Piaget.pdf>
- Picazo Calvo, G. (Junio, 2014). Arte contemporáneo en contexto hospitalario. *II Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud.*, Denia (Valencia) p.142-143. Recuperado de: <http://www.congresoespaciosarteysalud.com/p/actas-ier-congreso.html>
- Pintó, R. (2011). Aprendizaje socio-constructivista con los compañeros de clase desde el hospital. En *XI Congreso Nacional de Pedagogía Hospitalaria*. Cartagena, España. Recuperado de: <http://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/aahh2011/docs/rpinto.pdf>
- Piqueras Calero, M. (1996). *Juego y Creatividad: Estudio sobre las posibilidades de Fomentar la Creatividad Artística Mediante una Enseñanza Lúdica*. (Tesis Doctoral). Universidad de Sevilla, Sevilla, España. Recuperado de: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/30098>
- Pirandello, L (1968). *Ensayos* (1907) Traducción de José-Miguel Velloso. Madrid: Guadarrama
- Pirandello, L. (2002). *Esencia del humorismo*. CIC Cuadernos de Información y Comunicación, (7), 95-130.
- Pitillas Salvá, C. (2012). Ayudar al Niño con Cáncer en lo que necesita. Cuatro usos Posibles de la Terapia de Juego en el Campo de la Psicooncología. *Clínica Contemporánea*, 3(2), 147-161. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2012v3n2a3.pdf>



- Pivetta, A., Argenta, C., & Zanatta, E. A. (2011). Utilização do lúdico como coadjuvante do cuidado prestado pela enfermagem na pediatria. *Revista Conexão UEPG*, 7(1), 60-69. Recuperado de: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao/article/view/3684/2592>
- Poleti, L. C., Nascimento, L. C., Pedro, I. C. D. S., Gomes, T. P. D. S., & Luiz, F. M. R. (2006). Recreação para crianças em sala de espera de um ambulatório infantil. *Rev Bras Enferm*, 59(2), 233-235. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Lucila\\_Nascimento/publication/6743704\\_Playing\\_for\\_children\\_in\\_waiting\\_room\\_at\\_an\\_infant\\_outpatient\\_clinic/links/53ecbf230cf23733e804b9cc.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Lucila_Nascimento/publication/6743704_Playing_for_children_in_waiting_room_at_an_infant_outpatient_clinic/links/53ecbf230cf23733e804b9cc.pdf)
- Ponsell Vicens, E., Chellew, K., García-Banda, G. (2014). Bienestar psicoemocional infantil: Payasos de Hospital II Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud., Denia (Valencia). p.107-109 Recuperado de: <http://www.congresoespaciosarteysalud.com/p/actas-ier-congreso.html>
- Post, P. (1999). Impact of child-centered play therapy on the self-esteem, locus of control, and anxiety of at-risk 4th, 5th, and 6th grade students. *International Journal of Play Therapy* 8,1-18. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/pla/8/2/1/>
- Poyatos Sebastián, J., Picó Silvestre, J.F y Baró Zarzo, J.L (2014). Arquitectura hospitalaria, arte y salud. Aproximación a una sistematización. II Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud., Denia (Valencia). p.56-58. Recuperado de: <http://www.congresoespaciosarteysalud.com/p/actas-ier-congreso.html>
- Pressman, S. D. & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131(6), 925- 971. Recuperado de: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44462869/PosAffectHealth.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1489435124&Signature=7k2pnT%2F1%2Fa%2B8bxVsUoPVg4hygzo%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDoes\\_Positive\\_Affect\\_Influence\\_Health.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44462869/PosAffectHealth.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1489435124&Signature=7k2pnT%2F1%2Fa%2B8bxVsUoPVg4hygzo%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDoes_Positive_Affect_Influence_Health.pdf)
- Prieto Martín, A., Díaz Martín, D., Monserrat Sanz, J., & Reyes Martín, E. (2014). Experiencias de aplicación de estrategias de gamificación a entornos de aprendizaje universitario. *ReVision*, 7(2). Recuperado de: <http://www.aenui.net/ojs/index.php?journal=revison&page=article&op=viewArticle&path%5B%5D=149&path%5B%5D=243>
- Prieto, J. R. (2014). Muñecas de juguete que simulan dermatosis y lesiones cutáneas como en la vida real. *Enfermería Dermatológica*, 8(23), 7-8.
- Queiroz de Jesús, I., Vilela Borges, A.L., da Silva Pedro, I.C., Castanheira Nascimento, L (2010). Opinião de acompanhantes de crianças em quimioterapia ambulatorial sobre uma quimioteca no Município de São Paulo. *Acta Paul Enferm.*; 23(2):175-80. Recuperado de: [http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDOI/3839/art\\_BORGES\\_Opiniao\\_de\\_acompanhantes\\_de\\_crianças\\_em\\_quimioterapia\\_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDOI/3839/art_BORGES_Opiniao_de_acompanhantes_de_crianças_em_quimioterapia_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- RAE, (2014). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>



- Rae, W. A., Worchel, F. F., Upchurch, J., Sanner, J. H., & Daniel, C. A. (1989). The psychosocial impact of play on hospitalized children. *Journal of Pediatric Psychology*, 14(4), 617-627. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.840.6596&rep=rep1&type=pdf>
- Raich, R.M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Ramírez (2010). *Historias dentro del hospital: taller de animación a la lectura y escritura en el Aula Hospitalaria Ramón y Cajal*. (Trabajo fin de Máster). Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: [http://dspace2.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/90646/RAMIREZ\\_CHENDA\\_1091M.pdf?sequence=1](http://dspace2.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/90646/RAMIREZ_CHENDA_1091M.pdf?sequence=1)
- Ramírez, M. M. (2004). Entrenamiento en inoculación de estrés: una opción terapéutica. *Medicentro Electrónica*, 8(2).
- Ray, D. (2011). *Advanced play therapy: Essential conditions, knowledge, and skills for child practice*. New York: Taylor & Francis. Recuperado de: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Sw9Mx5fttNQC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Advanced+play+therapy:+Essential+conditions,+knowledge,+and+skills+for+child+practice&ots=gWCdBu-fr&sig=Vd4LX7kHOCjwnAKPH\\_JxUeB0dbo#v=onepage&q=Advanced%20play%20therapy%3A%20Essential%20conditions%2C%20knowledge%2C%20and%20skills%20for%20child%20practice&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Sw9Mx5fttNQC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Advanced+play+therapy:+Essential+conditions,+knowledge,+and+skills+for+child+practice&ots=gWCdBu-fr&sig=Vd4LX7kHOCjwnAKPH_JxUeB0dbo#v=onepage&q=Advanced%20play%20therapy%3A%20Essential%20conditions%2C%20knowledge%2C%20and%20skills%20for%20child%20practice&f=false)
- Rea García, P. (2015). *Psicología positiva: La autoestima, el auto-concepto y el sentido del humor en personas con discapacidad motriz*. Universidad de Valladolid. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/11145>
- Reade, S., Hunter, H., & McMillan, I. (1999) Just playing ... is it time wasted? *The British Journal of Occupational Therapy*, 62, 157-162. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/030802269906200405>
- Reddy, L. A., Files-Hall, T. M., & Schaefer, C. E. (2005). *Empirically based play interventions for children*. American Psychological Association. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/books/2005-02330-000/>
- Requena, L., Gijón, R., López, A. y Palomino, I. (2008). *La expresión de las emociones en el aula hospitalaria*. Granada: Aula Hospitalaria. H.U. San Cecilio.
- Reyes Ortiz, C. A., Gheorghiu, S., & Mulligan, T. (1998). Olvido de los fenómenos psicológicos en la relación médico-paciente anciano. *Colombia Médica*. 29(4). 134-137, Recuperado de: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/6957>
- Reyes Ortiz, C. A., Gheorghiu, S., & Mulligan, T. (1998). Olvido de los fenómenos psicológicos en la relación médico-paciente anciano. *Colombia Médica*. 29(4), 134-137, Recuperado de: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/6957>
- Ribeiro PJ, Sabatés AL, Ribeiro CA. (2001). Utilização do brinquedo terapêutico, como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas a coleta de sangue. *Rev Esc Enferm USP*. 001; 35(4), Recuperado de:



<http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/1294/S0080-62342001000400016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Ribeiro, C. A. (1998) O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* P, 32 (I) ,73-9. Recuperado de: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/405.pdf>
- Ribeiro, C. A., Coutinho, R. M., Araújo, T. F. D. & Souza, V. S. (2009). Vivenciando um mundo de procedimentos e preocupações: experiência da criança com Port-a-Cath. *Acta Paul Enferm*, 22, 935-41. Recuperado de: <http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/4828>
- Richter, J.P. (1991). *Introducción a la estética*, Madrid: Verbum.
- Rico Caballo, L. (2004). Terapia con narrativas: lectura, escritura y plástica. En Martínez Díez, N. y López Fernández Cao, M. (2004). *Arteterapia y educación*. Madrid: Servicio de Documentación y Publicaciones.
- Rico Caballo, L. (2005). Salud y arte infantil: intervención en oncología y trasplantes. En *Arte infantil en contextos contemporáneos* (pp. 139-144). Madrid: Ediciones Eneida.
- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI.
- Riezu Ochoa, M. I. R. (2009) Humor terapéutico. El Humor Risa y Sonrisa (HRS) y su aplicación en las urgencias, emergencias y cuidados críticos. *Revista Páginasenferurg.com* 1(4), Recuperado de: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2009/diciembre/humorterapeutico.pdf>
- Ríos, V. R. (2003). Los médicos curan el cuerpo; Nosotros sanamos el alma. *Enfermería Global*, 2(2). Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/639/665>
- Robinson, K. (2006). Las escuelas matan la creatividad. *TED, Ideas worth spreading*. Recuperado de: [http://www.ted.com/talks/lang/es/ken\\_robin-son\\_says\\_schools\\_kill\\_creativity.html](http://www.ted.com/talks/lang/es/ken_robin-son_says_schools_kill_creativity.html).
- Rodríguez Cabezas, A.; Maldonado Ramos, J.; Rodríguez Idígoras, M.I. (1997). *Humor y Medicina*. Málaga: Algazara.
- Rodríguez del Castillo Martín, M. (1993). La biblioteca infantil del Hospital Virgen de las Nieves. *Boletín de la Asociación Andaluza de Bibliotecarios*, (30), 37-41. Recuperado de: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloid=445320>
- Rodríguez González, E. F. (2013) Aprendiendo resiliencia a través del juego *Rayuela* 9, 34-38 Recuperado de: <http://revistarayuela.ednica.org.mx/sites/default/files/5.pdf>
- Rodríguez Idígoras, A. (2002). *El valor terapéutico del humor*. Bilbao: Descleé de Broker.
- Rodríguez López, M.A., Cambil Martínez, M.L., Hidalgo García, M.J., de Pinedo Extremera, C. (2012). Análisis de la adecuación de las peticiones dietéticas a demanda en la unidad de hemato-oncología pediátrica del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. *Nutrición Hospitalaria*; (Supl.3) 27:69. JCR, 1.305, Q4



- Rogers, C. R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 44(3). 240-248. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/George\\_Silberschatz/publication/51831551\\_Comments\\_on\\_The\\_necessary\\_and\\_sufficient\\_conditions\\_of\\_therapeutic\\_personality\\_change/links/09e4150a29781121fb000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/George_Silberschatz/publication/51831551_Comments_on_The_necessary_and_sufficient_conditions_of_therapeutic_personality_change/links/09e4150a29781121fb000000.pdf)
- Roldán, J., y Marín Viadel, R. (2012). *Metodologías artísticas de investigación en educación*. Málaga: Aljibe.
- Rolnik, S. (2001). ¿El arte cura? *Quaderns portàtils MACBA*, (2), 3-12 Recuperado de: [http://www.medicinayarte.com/img/rolnik\\_arte\\_cura.pdf](http://www.medicinayarte.com/img/rolnik_arte_cura.pdf)
- Romera, E. M. (2008). Impacto de la actividad lúdica en el desarrollo de la competencia social. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 8(2), 193-202. Recuperado de: <http://search.proquest.com/openview/f515e9464a4f21ab5459763b34f0b57e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=29515>
- Romero Trueba, C. Dones Gil, D. (2014). "Habitando la ciber" el proyecto curarte i+d en el Hospital 12 de Octubre de Madrid. *II Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud.*, Denia, (Valencia). p.213-217 Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/0B91TnbpcmhbZU0Q0QIVwR0hiNjg/view>
- Romero, K., & Alonso, L. (2007) Un modelo de práctica pedagógica para las aulas hospitalarias: el caso del Hospital Universitario de Los Andes. *Revista de pedagogía*, 28 (83). Recuperado de: <http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/109/modelopracticapedagogica.pdf>
- Rovati, L. (2017). Las pulseras 'Candela' recaudan un millón de euros para la investigación del cáncer infantil. *Bebesymás.com*. Recuperado de: <https://www.bebesymas.com/noticias/las-pulseras-candela-recaudan-un-millon-de-euros-para-la-investigacion-del-cancer-infantil>
- Rowshan, A. (1997). *Telling tales, how to use stories to help children deal with the challenges of life*. Oxford, England: One World.
- Ruiz Irigoyen, J.M. (2001). "Humorizar la salud" (6). Bilbao: Sal Terrae. Recuperado de: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=1dZ13PClxawC&oi=fnd&pg=PA7&dq=%22Humor+y+Medicina%22,+&ots=F4d2\\_8kPIX&sig=aKdDKzjm5QIQUJDWh4cyYBIWQWI#v=onepage&q=%22Humor%20y%20Medicina%22%2C&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=1dZ13PClxawC&oi=fnd&pg=PA7&dq=%22Humor+y+Medicina%22,+&ots=F4d2_8kPIX&sig=aKdDKzjm5QIQUJDWh4cyYBIWQWI#v=onepage&q=%22Humor%20y%20Medicina%22%2C&f=false)
- Ruiz Olivares, R., Pino Osuna, M. J. & Herruzo Cabrera, J. (2006). Revisión de la técnica "El juego del buen comportamiento". *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(144) Recuperado de: <http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/11556/1727-5348-1-PB.pdf?sequence=1>
- Russ, S. W. (1998). Play, creativity, and adaptive functioning: Implications for play interventions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), 469-480. Recuperado de: [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15374424jccp2704\\_11](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15374424jccp2704_11)
- Russ, S. W. (2003). Play and creativity: Developmental issues. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 47(3), 291-303. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00313830308594>





- Russ, S. W. (2003). *Play in child development and psychotherapy: Toward empirically supported practice*. Nueva York, EEUU: Routledge. Recuperado de:  
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=H8qQAqAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Play+in+child+development+and+psychotherapy:+Toward+empirically+supported+practice&ots=08gNxOhFsD&sig=Z0h\\_ZONFtJUS7r9GSyC10CFT4EE#v=onepage&q=Play%20in%20child%20development%20and%20psychotherapy%3A%20Toward%20empirically%20supported%20practice&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=H8qQAqAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Play+in+child+development+and+psychotherapy:+Toward+empirically+supported+practice&ots=08gNxOhFsD&sig=Z0h_ZONFtJUS7r9GSyC10CFT4EE#v=onepage&q=Play%20in%20child%20development%20and%20psychotherapy%3A%20Toward%20empirically%20supported%20practice&f=false)
- Russ, S. W., & Wallace, C. E. (2013). Pretend play and creative processes. *American Journal of Play*, 6(1), 136. Recuperado de: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1016123.pdf>
- Russ, S. W., Robins, A. L., & Christiano, B. A. (1999). Pretend play: Longitudinal prediction of creativity and affect in fantasy in children. *Creativity Research Journal*, 12(2), 129-139. Recuperado de:  
[http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15326934crj1202\\_5](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15326934crj1202_5)
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of family therapy*, 21(2), 119-144. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-6427.00108/pdf>
- S.V. (2010, 5 de Julio). Un hospital pensado para los niños. *Granadahoy.com*. Recuperado de:  
[http://www.granadahoy.com/granada/hospital-pensado-ninos\\_0\\_384262147.html](http://www.granadahoy.com/granada/hospital-pensado-ninos_0_384262147.html)
- Sampedro, J.L. (2004). *Monte Sinaí*. Barcelona: Debolsillo.
- Sampieri, H. y cols. (2003). *Metodología de investigación*. México: McGraw Hill.
- Sánchez Álvarez-Insúa, A. (2007). *Freud y Bergson. El chiste y la risa y su relación con lo social*. Arbor, 183(723), 103-121.
- Sánchez Campos D, Sánchez Rascon M.C. (2007). Influencia del “payaso de hospital” en la ansiedad de niños hospitalizados y sus padres en una unidad de cuidados intensivos pediátrica y neonatal. *Educare21* (7); 38. Recuperado de:  
<http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/38033/>
- Sánchez Lazoromina, P. (2013). *Efecto de la risoterapia en la conducta social del escolar hospitalizado en el servicio de traumatología del Instituto Nacional del Niño*. (Informe Final de Investigación) Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. Universidad de Lima. Perú. Recuperado de:  
<http://www.insn.gob.pe/investigaciones/sites/default/files/Informe%20Final%20CL-06-2013.pdf>
- Sánchez Naranjo, J. C. (2013). Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor. *Revista Médica de Risaralda*, 19(2), 154-157. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0122-06672013000200009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0122-06672013000200009)
- Sánchez-Palencia, Á. (Enero de 1996). «Catarsis» en la Poética de Aristóteles. En *Anales del Seminario de Historia de la Filosofía* 13, 127-147. Recuperado de:  
<http://revistas.ucm.es/index.php/ASHF/article/viewFile/ASHF9696120127A/4994>
- Sandblom, P. (1995). *Enfermedad y creación: cómo influye la enfermedad en la literatura, la pintura y la música*. México: Fondo de Cultura Económica.



- Sanmartín, R. (2003). *Observar, escuchar, comparar y escribir: la práctica de la investigación cualitativa*. Barcelona: Ariel
- Santos, M. G. D., & Gimenez, E. R. (2009). A Psicologia e a Arte como possibilidade de humanização. *Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente*, 11(12), 535-552.
- Sarlé, P. M. (2000) *Lo importante es jugar...cómo entra el juego en la escuela*. Rosario: Homo Sapiens. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/univgranada/detail.action?docID=10741619>
- Sarlé, P. M. (2001). *Juego y aprendizaje escolar: los rasgos del juego en la educación infantil*. Buenos Aires, México: Ediciones Novedades Educativas. Recuperado de: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=RPwT\\_DATPjoC&oi=fnd&pg=PA7&dq=Sarl%C3%A9,+2001&ots=ZTmC10DDCt&sig=hxN-tcjB7rtBnniytL\\_MiXSmfE8#v=onepage&q=Sarl%C3%A9%2C%202001&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=RPwT_DATPjoC&oi=fnd&pg=PA7&dq=Sarl%C3%A9,+2001&ots=ZTmC10DDCt&sig=hxN-tcjB7rtBnniytL_MiXSmfE8#v=onepage&q=Sarl%C3%A9%2C%202001&f=false)
- Sato, M., Ramos, A., Silva, C. C., Gameiro, G. R., & Scatena, C. M. D. C. (2016). Clowns: a review about using this mask in the hospital environment. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), 123-134. Recuperado de: [http://www.scielo.org/article\\_plus.php?pid=S1414-32832016000100123&tIng=pt&lng=pt](http://www.scielo.org/article_plus.php?pid=S1414-32832016000100123&tIng=pt&lng=pt)
- Schaefer, C. E. (1999) Curative factors in play therapy. *Journal for the Professional Counselor*, 14(1), 7–16. Recuperado de: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED442019.pdf#page=11>
- Schaefer, C. E. (2001). Prescriptive play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), 57.
- Schaefer, C. E. (2012) *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno Recuperado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=js3HCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Fundamentos+de+la+terapia+de+juego+schaefer+2012+&ots=D1hewAhTxd&sig=KoQm1PtIOPMAyvR7QBPO4R-lqU#v=onepage&q=Fundamentos%20de%20la%20terapia%20de%20juego%20schaefer%202012&f=false>
- Schaefer, C. E., & Drewes, A. A. (2013). *The therapeutic powers of play: 20 core agents of change*. Somerset, US: John Wiley & Sons. Recuperado de: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=eW0jAQAQBAJ&oi=fnd&pg=PT9&dq=The+therapeutic+powers+of+play:+20+core+agents+of+change.+Somerset,+US:+John+Wiley+%26+Sons&ots=as2836Gbfq&sig=r--3jQGUGriTgupOFyMmb\\_W66vl#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=eW0jAQAQBAJ&oi=fnd&pg=PT9&dq=The+therapeutic+powers+of+play:+20+core+agents+of+change.+Somerset,+US:+John+Wiley+%26+Sons&ots=as2836Gbfq&sig=r--3jQGUGriTgupOFyMmb_W66vl#v=onepage&q&f=false)
- Schaverien, J. (1994). The picture Transactional Object in the Treatment of Anorexia. Dokter, D. (Ed.). *Arts therapies and clients with eating disorders: Fragile board*. Jessica Kingsley Publishers. Recuperado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=T7G9EbMOu5wC&oi=fnd&pg=PA31&dq=Schaverien+anorexia&ots=Rshkn0Niqx&sig=GshT2OvxWwTDWPxgtWwxB9avY2U#v=onepage&q=Schaverien%20anorexia&f=false>
- Schneider, S. M., & Hood, L. E. (2007). Virtual Reality: A Distraction Intervention for Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 34(1), 39-46. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2121303/>



- Schwartz, B. H., Albino, J. E. y Tedesco, L.A. (1983). Effects of psychological preparation on children hospitalized for dental operations. *The Journal of pediatrics*, 102(4), 634-638. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002234768380211X>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>
- Scoffham, S., & Barnes, J. (2011). Happiness matters: Towards a pedagogy of happiness and well-being. *Curriculum Journal*, 22(4), 535-548. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09585176.2011.627214>
- Seaward, B. L. (1992). Humor's healing potencial. *Health Prog*, 73(3), 66-70.
- Seligman, M.E.P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara
- Serrada Fonseca, M. (2007). Integración de actividades lúdicas en la atención educativa del niño hospitalizado. *Educere, Artículos arbitrados*. (39), 639-46. ISSN: 1316-4910. Recuperado de: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/20205/2/articulo7.pdf>
- Serradas Fonseca, M. (1999). El valor terapéutico de la lectura en el medio hospitalario *Aula*, 11. p.233-245. Recuperado de: [https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/69353/1/El\\_valor\\_terapeutico\\_de\\_la\\_lectura\\_en\\_el.pdf](https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/69353/1/El_valor_terapeutico_de_la_lectura_en_el.pdf)
- Serrano, M. T. E. (2004). Creatividad: definiciones, antecedentes y aportaciones. *Revista digital universitaria*, 5(1). Recuperado de: <http://aspiralto.net/wp-content/uploads/2014/08/1-CREATIVIDAD-DEFINICIONES-ANTECEDENTES-Y-APORTACIONES.pdf>
- Sheines, G. (1985) *Los juegos de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Ed. Eudeba.
- Shirk, S. R., & Saiz, C. (1992). The therapeutic alliance in child therapy: Clinical, empirical, and developmental perspectives. *Development and Psychopathology*, 4(4), 713-728. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/231862400\\_Clinical\\_empirical\\_and\\_developmental\\_perspectives\\_on\\_the\\_therapeutic\\_relationship\\_in\\_child\\_psychotherapy](https://www.researchgate.net/publication/231862400_Clinical_empirical_and_developmental_perspectives_on_the_therapeutic_relationship_in_child_psychotherapy)
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.463.7645&rep=rep1&type=pdf#page=9>
- Silva Panez, G. (2012) *Las vivencias de los niños hospitalizados desde sus dibujos y testimonios: un estudio cualitativo con enfoque de resiliencia y los derechos del niño hospitalizado*. Perú: Infancia y Sociedad 09, del IEP. Recuperado de: [http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/2447/2012\\_SILVA\\_Las%20vivencias%20de%20los%20ni%C3%B1os%20hospitalizados%20desde%20sus%20dibujos%20y%20testimonios%20un%20estudio%20cualitativo%20con%20enfoque%20de%20resiliencia%20y%20los%20derechos%20del%20ni%C3%B1o%20hospitalizado..pdf?sequence=1](http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/2447/2012_SILVA_Las%20vivencias%20de%20los%20ni%C3%B1os%20hospitalizados%20desde%20sus%20dibujos%20y%20testimonios%20un%20estudio%20cualitativo%20con%20enfoque%20de%20resiliencia%20y%20los%20derechos%20del%20ni%C3%B1o%20hospitalizado..pdf?sequence=1)
- Silva, F. D. M. A. M., Silva, S. M. M. D., Nascimento, M. D. D. S. B., & Santos, S. M. D. (2010). Cuidado paliativo: beneficios da ludoterapia em crianças hospitalizadas com câncer. *Boletim-Academia*



- Paulista de Psicologia*, 30(1), 168-183. Recuperado de:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2010000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2010000100012)
- Silverman, M., Ricci, E. M. y Gunter, M. J. (1990): Strategies for increasing the rigor of qualitative methods in evaluation of health care programs. *Evaluation Review*, 14 (1), 57-74
- Siurana, J. C. (2015). *Ética del humor. Fundamentos y aplicaciones de una nueva teoría ética*. Madrid: Plaza y Valdés.
- Slade, A., & Wolf, D. P. (1994). *Children at Play: Clinical and Developmental Approaches to Meaning and Representation*. Oxford University Press, 2001 Evans Rd., Cary. Recuperado de :  
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=IGZnDAAQAQBAJ&oi=fnd&pg=PR11&dq=Children+at+Play:+Clinical+and+Developmental+Approaches+to+Meaning+and+Representation&ots=ejE046s4Le&sig=wq5Ld4OZ9lak3E1qGdIPhcxnfNZs#v=onepage&q=Children%20at%20Play%3A%20Clinical%20and%20Developmental%20Approaches%20to%20Meaning%20and%20Representation&f=false>
- Slater, J., Gorfinkle, K., Bagiella, E., Tager, F., & Labinsky, E. (1998). Child behavioral distress during invasive oncologic procedures and cardiac catheterization with the big apple circus clown care unit. *Psychosomatic Medicine*, 60(1), 92-93.
- Smerling, A. J., Skolnick, E., Bagiella, E., Rose, C., Labinsky, E., & Tager, F. (1999). Perioperative clown therapy for pediatric patients. *Anesthesia & Analgesia*, 88(2), 306.
- Smith, A. (2004). *Teoría de los sentimientos morales* (2). Fondo de Cultura Económica. Recuperado de:  
<https://www.eumed.net/eumednet/cursecon/economistas/textos/ASsm.htm>
- Soares, M. R. Z., & Zamberlan, M. A. T. (2001). A inclusão do brincar na hospitalização infantil. 2001; *Estud. de Psicologia*, 18(2), 64-69. Recuperado de:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2001000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2001000200006)
- Somers, M. (1994). The narrative constitution of identity. A relational and network approach. *Theory & Society*, (23), 635-649. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/pdf/658090.pdf>
- Sopena, C. (1990). La cuestión de la sublimación. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, (71) p. 83-95. Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719907105.pdf>
- Sosa, N. B. (2007). Del humor y sus alrededores. *Revista de Facultad de la Universidad Nacional de Comahué, Argentina*, (13), 169-183. Recuperado de:  
<http://fadeweb.uncoma.edu.ar/extension/publifadecs/revista/revista13/10nelly.pdf>
- Spielberger, Gorsuch & Lushene (1994-4ª edición). Estado-Rasgo de STAI (State Trait- Anxiety Inventory), versión en española actualizada, TEA Ediciones.
- Sroufe, L. A. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. En *Minnesota symposium in child psychology* 41-81.
- Stanislavski, K. (1971). *El arte escénico*. México: Siglo XXI Editores.
- Stella Martínez, G. (1998). Joseph Wolpe (1915-1997). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30(1), 165-167. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80530110.pdf>



- Strayhorn, J. M. (2002). Self-control: Theory and research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(1), 7-16. Recuperado de:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709605839>
- Sutton-Smith, B. (2008). Play theory: a personal journey and new thoughts. *American Journal of Play*, 1(1), 80-123. Recuperado de: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1068966.pdf>
- Takahagui, F. M., Moraes, É. N. D. S., Beraldi, G. H., Akamine, G. K., Basile, M. A., & Scivoletto, S. (2014). MadAlegria-Estudantes de medicina atuando como doutores-palhaços: estratégia útil para humanização do ensino médico?. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(1), 120-126. Recuperado de: <http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/13037>
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós
- Terr, L. & Aréchaga, I. N. (2000). *El juego: por qué los adultos necesitan jugar*. Barcelona: Paidós.
- Terr, L. (1981). Forbidden games. *American Academy of Child Psychiatry*, 20,741–760. Recuperado de: [http://www.jaacap.com/article/S0002-7138\(09\)60740-8/pdf](http://www.jaacap.com/article/S0002-7138(09)60740-8/pdf)
- Terr, L. (1990). *Too scared to cry: Psychic trauma in childhood*. New York: HarperCollins.
- Tiago, M. T. D. S. M. (2013). *Ação dos Dr. Palhaços em contexto hospitalar com crianças em risco de desenvolvimento* (Doctoral dissertation).
- Tizón García, J. (2001). El humor en la relación asistencial y en la entrevista (II). El sentido del humor en la atención primaria a la salud. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 8(6), 390-403. Recuperado de: [http://sci-hub.cc/10.1016/S1134-2072\(01\)75413-8](http://sci-hub.cc/10.1016/S1134-2072(01)75413-8)
- Tkach, C., & Lyubomirsky, S. (2006). How do people pursue happiness? Relating personality, happiness-increasing strategies, and well-being. *Journal of Happiness Studies*, 7(2), 183-225. Recuperado de: <http://sonjalyubomirsky.com/wp-content/themes/sonjalyubomirsky/papers/TL2006.pdf>
- Tójar, J. (2006). *Investigación cualitativa: comprender y actuar*. Madrid: La Muralla.
- Tonucci, F y Renzi (2004.) Bambini in ospedale. Una ricerca su desideri e sui timori dei bambini in ospedale *Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione*. Recuperado de:  
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rm3ZaNezkwAJ:puma.isti.cnr.it/rmydownload.php%3Ffilename%3Dcnr.istc/cnr.istc/2004-B1-019/2004-B1-019.pdf+%&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es>
- Torres Fermán, I. A., Saldívar González, A. H., Beltrán Guzmán, F. J., Vázquez Nava, F. y Navarro Hernández, A. M. (2011). La hospitalización, cirugía, salud y enfermedad en los niños, una experiencia saturada de emociones. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 1(3), 18. Recuperado de: <http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/view/30>
- Tortosa, A. (2003). En busca del libro perdido:(un viaje al centro de lo desconocido).*Peonza: Revista de literatura infantil y juvenil*, (64), 7-10.
- Trigo, E y col. (1999). *Creatividad y motricidad*. Barcelona: Inde. Recuperado de:  
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=W2iGAGszy2IC&oi=fnd&pg=PA9&dq=creatividad+y+m>





[otricidad&ots=PDBJpJIN-8&sig=-MX5cPAhHXr9B-YUEfFH7kFP-G8#v=onepage&q=creatividad%20y%20motricidad&f=false](https://books.google.es/books?id=F6vIBgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Historias+motricias.+Trasegando+el+sentido+de+vida&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Historias%20motricias.%20Trasegando%20el%20sentido%20de%20vida&f=false)

- Trigo, E. (2014) *Historias motricias. Trasegando el sentido de vida*. España, Colombia, Instituto Internacional del Saber. Kom-traste. Recuperado de:  
[https://books.google.es/books?id=F6vIBgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Historias+motricias.+Trasegando+el+sentido+de+vida&hl=es&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Historias%20motricias.%20Trasegando%20el%20sentido%20de%20vida&f=false](https://books.google.es/books?id=F6vIBgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Historias+motricias.+Trasegando+el+sentido+de+vida&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Historias%20motricias.%20Trasegando%20el%20sentido%20de%20vida&f=false)
- Triguero Cano J.A. (16 de enero de 2010). Blog: El blog de miyo espectador.com. *Una exposición de Idígoras*. Recuperado desde: <http://carabos.blogspot.com.es/2010/01/una-exposicion-de-idigoras.html>
- Tripero, A. (1991): *Juegos, juguetes y ludotecas*. Madrid: Publicaciones Pablo Montesino
- Tse, M. M., Ng, J. K., Chung, J. W., & Wong, T. K. (2002). The effect of visual stimuli on pain threshold and tolerance. *Journal of clinical nursing*, 11(4), 462-469. Recuperado de:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2002.00608.x/full>
- Tugade, M., & Fredrickson, B. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86 (2), 320–333. Author manuscript Recuperado de:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3132556/pdf/nihms90226.pdf>
- Twain, M. (2009). *Las aventuras de Tom Sawyer*. Miami. (USA): El Cid Editor.
- Udwin, O. (1983). Imaginative play training as an intervention method with institutionalized preschool children. *British Journal of Educational Psychology*, 53, 32-39. Recuperado de:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8279.1983.tb02533.x/full>
- Ullán de la Fuente, A. M., & Manzanera, P. (2009). Las paredes cuentan: arte para humanizar un espacio de salud pediátrico. *Arte, individuo y sociedad*, 21, 123-142. Recuperado de:  
[https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/70661/1/DPSA\\_las\\_paredes\\_cuentan.pdf](https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/70661/1/DPSA_las_paredes_cuentan.pdf)
- Ullán de la Fuente, A. M., Fernández, E., Badia Corbella, M., Lorente Toledano, F., Fernández, B., & Hernández Belver, M. (2011). Ensayo aleatorio sobre el efecto de un programa de promoción del juego en el dolor postoperatorio en los niños: con muñecos duele menos. Recuperado de:  
<https://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/110819>
- Ulrich, R. y Zimring, C. (1991). *The role of the Psycal Environment in the Hospital of the 21 Century. A Once-in-a-Lifetime Opportunity*. Recuperado de: <http://www.imaginewhatif.com/wp-content/uploads/2010/10/FutureHospitalPhysicalEnvironment.pdf>
- Umbral, F. (2007). *Mortal y rosa*. Madrid: Cátedra/Destino.
- Urgilez Proaño, M. J., Almeida Márquez, L., León Tamayo, A. L., Martínez Yacelga, A. D. R., Ilaja Verdezoto, B. N., & Ac, D. U. (2015). *La terapia de juego y sus consecuencias en el trastorno de ansiedad infantil en niños de 6 a 8 años que reciben atención psicológica en el Hospital Municipal de "Nuestra Señora de la Merced"*. (Disertación Doctoral previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica).



Universidad Católica de Ecuador. Recuperado de:

<http://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/1073>

- Utsunomiya, K. F., Ferreira, E. A. G., Oliveira, A. M., Arai, H. T., & Basile, M. A. (2012). MadAlegria– Palhaços de hospital: proposta multidisciplinar de humanização em saúde. *Revista de Medicina*, 91(3), 202-208. Recuperado de: <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=MIRAR---+7.+Kingsnorth+S%2C+Blain+S%2C+McKeever+P.+Physiological+and+emotional+responses+of+disabled+children+to+therapeutic+clowns%3A+a+pilot+study.+Evid+Based+Complement+Alternat+Med.+2011%3B+2011%3A732394>
- Vagnoli, L., Caprilli, S., & Messeri, A. (2010). Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what could be the most promising option?. *Pediatric Anesthesia*, 20(10), 937-943. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1460-9592.2010.03403.x/full>
- Vagnoli, L., Caprilli, S., Robiglio, A., & Messeri, A. (2005). Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. *Pediatrics*, 116(4), e563-e567. Recuperado de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/116/4/e563.short>
- Valdés Sánchez, C. y Flórez Lozano, J. A. (1995). *El niño ante el hospital: programas para reducir la ansiedad hospitalaria*. Universidad de Oviedo. Recuperado de: [https://books.google.es/books?id=zzfIWcPmBV4C&pg=PA69&lpg=PA69&dq=sitio+desagradable+donde+el+cuerpo+es+sometido+a+intervenciones+dolorosas,+por+otro,+es+un+lugar+que+debe+proporcionar+alivio+y+curaci%C3%B3n&source=bl&ots=ayJ0zRCI\\_w&sig=UTjR\\_g3m5IWX3\\_5igeBRvm44v58&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwirUP6Mm4nTAhUD0RQKHVtMDQIQ6AEIGjAA#v=onepage&q=sitio%20desagradable%20donde%20el%20cuerpo%20es%20sometido%20a%20intervenciones%20dolorosas%2C%20por%20otro%2C%20es%20un%20lugar%20que%20debe%20proporcionar%20alivio%20y%20curaci%C3%B3n&f=false](https://books.google.es/books?id=zzfIWcPmBV4C&pg=PA69&lpg=PA69&dq=sitio+desagradable+donde+el+cuerpo+es+sometido+a+intervenciones+dolorosas,+por+otro,+es+un+lugar+que+debe+proporcionar+alivio+y+curaci%C3%B3n&source=bl&ots=ayJ0zRCI_w&sig=UTjR_g3m5IWX3_5igeBRvm44v58&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwirUP6Mm4nTAhUD0RQKHVtMDQIQ6AEIGjAA#v=onepage&q=sitio%20desagradable%20donde%20el%20cuerpo%20es%20sometido%20a%20intervenciones%20dolorosas%2C%20por%20otro%2C%20es%20un%20lugar%20que%20debe%20proporcionar%20alivio%20y%20curaci%C3%B3n&f=false)
- Valdés Sánchez, C.A. (2011) El desarrollo del juego y las actividades lúdicas en la hospitalización pediátrica *VI Congreso Internacional de Psicología y Educación y III Congreso Nacional de Psicología de la Educación* Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Carmen\\_Valdes2/publication/303811116\\_EL\\_DESARROLLO\\_DEL\\_JUEGO\\_Y\\_LAS\\_ACTIVIDADES\\_LUDICAS\\_EN\\_LA\\_HOSPITALIZACION\\_PEDIATRICA-GAME\\_DEVELOPMENT\\_AND\\_LUDIC\\_ACTIVITIES\\_IN\\_THE\\_PEDIATRIC\\_HOSPITALIZATION/links/57547d3208ae17e65eccb05.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carmen_Valdes2/publication/303811116_EL_DESARROLLO_DEL_JUEGO_Y_LAS_ACTIVIDADES_LUDICAS_EN_LA_HOSPITALIZACION_PEDIATRICA-GAME_DEVELOPMENT_AND_LUDIC_ACTIVITIES_IN_THE_PEDIATRIC_HOSPITALIZATION/links/57547d3208ae17e65eccb05.pdf)
- Valladares, A. C. A., & Carvalho, A. M. P. (2005). A arteterapia no contexto da hospitalização pediátrica. O desenvolvimento da construção com sucata hospitalar. *Acta Paul Enferm*, 18(1), 64-71.
- Vázquez, A. (1976). *El sentido del humor*. Madrid: Alianza.
- Vázquez, C. G. (2002). Aproximación a la definición, origen y función de la risa en la comedia latina. *Minerva: Revista de filología clásica*, (16), 77-86.
- Velado Pulido, B. (2014). Sonrisas que sanan: experiencias de un payaso terapéutico. *Educación y Futuro Digital*, (9), 47-53. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4998804>



- Velázquez González, R., Flores Caraballo, M. J., Picallos Conde, M. D. y Albal Marín, M. J. (2009) Experiencias de niños hospitalizados en unidades de pediatría del Hospital Virgen Macarena. *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 18(4), 243-245. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000400006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400006)
- Vera Poseck, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8. Recuperado de: <http://papelesdelpsicologo.es/pdf/1279.pdf>
- Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B. & Vecina Jiménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 40-49. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1283.pdf>
- Vigneau, A. (2016) *Clown esencial. El arte de reírse de sí mismo*. Barcelona: Ediciones la llave.
- Villar, S. (2003). Recetas sencillas pero no tan fáciles. Un servicio para crecer en humanidad. *Boletín mensual de la Consultoría Cívica del Centro de Formación Cívica y Religiosa. Diócesis de Pinar del Río. Cuba*. (27) 4. Recuperado de: <http://vitral.org/pdfs/consult/cons27.pdf>
- Vindel, A. C. (2010). Ansiedad, estrés, emociones negativas y salud. *Atrapados por el estrés*. ©RÍTICA nº 968, 12-16 Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Antonio\\_Tabares/publication/274215325\\_Imago\\_mundi\\_la\\_contribucion\\_cultural\\_de\\_la\\_medicina\\_al\\_estres\\_urbano/links/5519060c0cf2f7d80a3e3843/Imago-mundi-la-contribucion-cultural-de-la-medicina-al-estres-urbano.pdf#page=22](https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Tabares/publication/274215325_Imago_mundi_la_contribucion_cultural_de_la_medicina_al_estres_urbano/links/5519060c0cf2f7d80a3e3843/Imago-mundi-la-contribucion-cultural-de-la-medicina-al-estres-urbano.pdf#page=22)
- Vives Gomila, M. (2008). *Psicodiagnóstico clínico infantil* (Vol. 4). Ediciones Universidad de Barcelona. Recuperado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=YJBxYOJAVxQC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Mar%C3%ADa+Vives+Gomila+Psicodiagn%C3%B3stico+cl%C3%ADnico+infantil+&ots=TQAVbrxD7Y&sig=HU1qtmhZnoX1Vpq1wKsWaTuVv-k#v=onepage&q=Mar%C3%ADa%20Vives%20Gomila%20Psicodiagn%C3%B3stico%20cl%C3%ADnico%20infantil&f=false>
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard university press. Recuperado de: [https://books.google.es/books?id=RxjUefze\\_oC&pg=PA92&hl=es&source=gbs\\_toc\\_r&cad=2#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?id=RxjUefze_oC&pg=PA92&hl=es&source=gbs_toc_r&cad=2#v=onepage&q&f=false)
- Waizmann, V., & Roussos, A. (2009). Acerca de la dificultad en la conceptualización de la alianza terapéutica. *Intersubjetivo*, 10(1), 122-133. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Andres\\_Roussos2/publication/215678005\\_Acerca\\_de\\_la\\_dificultad\\_en\\_la\\_conceptualizacion\\_de\\_la\\_alianza\\_terapeutica/links/0f317536560a7d7a8d000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Andres_Roussos2/publication/215678005_Acerca_de_la_dificultad_en_la_conceptualizacion_de_la_alianza_terapeutica/links/0f317536560a7d7a8d000000.pdf)
- Waserman, M. (2008). *Aproximaciones psicoanalíticas al juego y al aprendizaje*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc Libros. Recuperado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=R1Vm8L7TZdsC&oi=fnd&pg=PA135&dq=Aproximaciones+psicoanal%C3%ADticas+al+juego+y+al+aprendizaje&ots=fok30TaGwl&sig=S6Q9ZjZhpYAWcvlKgjErseOg2Xc#v=onepage&q=Aproximaciones%20psicoanal%C3%ADticas%20al%20juego%20y%20al%20aprendizaje&f=false>



- Watson, M. W. (1994). The relation between anxiety and pretend play. En Slade, A., Wolf, D., & Wolf, D. P. *Children at play: Clinical and developmental approaches to meaning and representation*, (pp. 33-47). Oxford University Press on Demand. Recuperado de:  
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=fvb5I0CLiwJC&oi=fnd&pg=PA33&dq=The+relation+between+anxiety+and+pretend+play&ots=DP5-Z-yf8Z&sig=ewd-dYel39jNG-eo2Lmxqgel6IA#v=onepage&q=The%20relation%20between%20anxiety%20and%20pretend%20play&f=false>
- Webb, J. R. (1995). Play therapy with hospitalized children. *International Journal of Play Therapy*, 4(1), 51-59. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/320074469/Play-Therapy-With-Hospitalized-Children>
- Weintraub, Y. M. D., Rabinowicz, N., Hanuka, P., Rothschild, M. D., & Uziel, Y. (2014). Medical clowns facilitate nitrous oxide sedation during intra-articular corticosteroid injection for juvenile idiopathic arthritis. Recuperado de:  
<http://www.kalbemed.com/Portals/6/komelibnew/2015/02/2014%20Weintraub%20Intra-Articular%20Corticosteroid%20Injection%20for%20Juvenile.pdf>
- Wenglert, L., & Rosén, A. S. (1995). Optimism, self-esteem, mood and subjective health. *Personality and Individual Differences*, 18(5), 653-661. Recuperado de:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/019188699400193V>
- Winnicott, D. W. (2003). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D.W. (1971). *Clínica psicoanalítica infantil*. Buenos Aires: Hormé, 1992. Therapeutic Consultations in Child Psychiatry (1971), London: Hogarth Press. & the Inst. of Psa; New York: Basic Books.
- Wolfberg, P. J. & Schuler, A. L. (1993). Integrated play groups: A model for promoting the social and cognitive dimensions of play in children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 23(3), 467-489. Recuperado de:  
[http://download.springer.com/static/pdf/51/art%253A10.1007%252FBF01046051.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2FBF01046051&token2=exp=1489760485~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F51%2Fart%25253A10.1007%25252FBF01046051.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252FBF01046051\\*~hmac=d37759d9f4863868ca27b649ce1572110e71944ce3bd346e45fa8376e05a76e5](http://download.springer.com/static/pdf/51/art%253A10.1007%252FBF01046051.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2FBF01046051&token2=exp=1489760485~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F51%2Fart%25253A10.1007%25252FBF01046051.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252FBF01046051*~hmac=d37759d9f4863868ca27b649ce1572110e71944ce3bd346e45fa8376e05a76e5)
- Wooten, P. (1997). Capacidades humorísticas para poder sobrevivir a la asistencia gestionada. *Dermatology Nursing*, (9), 423-429. Recuperado de:  
<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/61/1406/35/1v61n1406a13021741pdf001.pdf>
- Yanes Córdoba, V. (2007). La narrativa visual como metodología del sentido: articulación metodológica e implicaciones terapéutico-educativas *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* 2, 233-246. Recuperado de:  
<http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/viewFile/ARTE0707110233A/8983>
- Yonekura, T.; Baldini Soares, C. (2010). El juego educativo como estrategia de sensibilización para recolección de datos con adolescentes *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18(5). Recuperado de:  
<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4246/5331>



- Zambrano Cedeño, E. R. y Barcía Briones, M. F. (2016). El buen humor para el buen vivir de la educación. *RECUS. Revista Electrónica Cooperación Universidad Sociedad*. ISSN 2528-8075, 1(1), 39-50.
- Zani, A. V., Berteloni, G. M. D. A., Remijo, K. P., Bazzo, A. P. G., & Ferrari, R. A. P. (2013). Therapeutic toy application in a pediatric unit: perceptions of nursing undergraduate students. *Journal of Nursing* 7(5), 1382-1389. Recuperado de:  
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3640>
- Zapata, C (2012). *Pedagogía Hospitalaria: Una oportunidad para el encuentro con el Ser humano*. Bogotá: Universidad de San Buenaventura. Recuperado de:  
<http://bibliotecadigital.usb.edu.co:8080/handle/10819/980>
- Zichermann, G. y Cunningham, C. (2011). *Gamification by Design: Implementing Game Mechanic s in Web and Mobile Apps*. Cambridge, MA: O'Reilly Media.
- Zijnen, N. (2003). *Cuentos para contar a tu hijo cuando está enfermo* (Vol. 50). Oniro.
- Ziv, A. (1976). Facilitating effects of humor on creativity. *Journal of educational psychology*, 68(3), 318. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/edu/68/3/318/>





## 2 – REFERENCIAS AUDIOVISUALES

Brady, J. (2002). *Una noche perfecta*. EEUU: Miramax.

Sinopsis: Stanley decide pedir a Diana que salga con ella, pero lo que creía iba a ser una noche perfecta comienza con una serie de situaciones desafortunadas que durarán toda la velada. (En: <http://www.filmaffinity.com/es/film954126.html>)

Canet, A.P. (2006). *Las alas de la vida*. (Película-documental). España: Gorgos Films.

Sinopsis: El médico Carlos Cristos, que a sus 47 años padece una enfermedad terminal, llama a un director de cine amigo suyo y le propone que registre su lucha por vivir y morir dignamente, sin dramatismo, y "si es posible con una sonrisa", acompañándolo en el tránsito entre la vida y la muerte. (En: <http://www.filmaffinity.com/es/film112047.html>).

Dragone, F. (1994). *Alegría*. Canadá: Circo del Sol.

Sinopsis: El tema principal del espectáculo trata sobre el abuso del poder y la subsecuente lucha por recuperar la libertad. Además, hace uso de iluminación y musicalización más oscuras, a diferencia de los anteriores proyectos de Cirque du Soleil. Tanto el escenario como la utilería utilizan arcos góticos y estridentes diseños angulares para tratar de evocar un sentimiento de opresión. (En: [https://es.wikipedia.org/wiki/Cirque\\_du\\_Soleil](https://es.wikipedia.org/wiki/Cirque_du_Soleil))

Marshall, P. (1990). *Despertares*. EEUU: Columbia Pictures.

Sinopsis: A finales de los años sesenta, el doctor Malcolm Sayer (Robin Williams), un neurólogo neoyorquino, decide utilizar un medicamento nuevo para tratar a sus pacientes de encefalitis letárgica, enfermedad que priva de las facultades motoras a las personas que la padecen hasta reducirlas a un estado vegetativo. Poco a poco empezará a manifestarse cierta mejoría en los pacientes, especialmente en Leonard Lowe (Robert de Niro). (En: <http://www.filmaffinity.com/es/film353757.html>)

Mercero, A. (2003). *Planta 4ª*. España: Bocaboca.

Sinopsis: Miguel Ángel, Izan, Dani y Jorge, son un grupo de adolescentes que logran con su alegría desafiar el desprecio del destino y hacer soportable su convalecencia en la planta de traumatología de un hospital. "Los Pelones" descubren en este contexto la importancia de la amistad y de la pertenencia a un grupo. Pero frente a las reafirmaciones colectivas, está la identidad de cada uno reaccionando a su situación: la soledad pretendidamente autosuficiente de Miguel Ángel, el temor de Jorge al diagnóstico, los recuerdos imborrables de Izan, las inquietudes emocionales de Dani... El humor es la fuerza vital que emplean "Los Pelones" para alterar su suerte. (En: <http://www.filmaffinity.com/es/film854741.html>).



Rothemund, S. (2012). *El ángel de la justicia. Dos hermanos hasta la muerte*. Alemania: Wolfgang Rademann y Andrea Klingenschmitt.

Sinopsis: La doctora Patricia Engel dejó su carrera para dedicarse a la abogacía y defender casos de ética médica. En esta ocasión, representa los intereses de Daniel Thomsen, un chico de 15 años, amigo de su hija Sara, que se niega a donar médula ósea para curar la leucemia de su hermano mayor (...) también defiende la postura del doctor Stefan Berwart, un cirujano infantil que atiende a sus pacientes disfrazado de payaso ya que el nuevo director administrativo de su hospital amenaza con despedirle si sigue disfrazándose, pero Berwart está convencido de que su disfraz ayuda a los niños enfermos de cáncer a sentirse más cómodos y confiados y se niega a dejar su personaje.

(En: [http://www.elmundo.es/television/programacion-tv/peliculas/2158228\\_el-angel-de-la-justicia-hermanos-hasta-la-muerte.html](http://www.elmundo.es/television/programacion-tv/peliculas/2158228_el-angel-de-la-justicia-hermanos-hasta-la-muerte.html)).

Shadyac, T. (1998). *Patch Adams*. EEUU: Universal Estudios.

Sinopsis: Basada en una historia real, la película es la biografía del médico Patch Adams (Robin Williams), que revolucionó a la comunidad médica oficial aplicando singulares terapias consistentes en hacer reír y proporcionar afecto a los pacientes enfermos de cáncer. (En: <http://www.filmaffinity.com/es/film757509.html>)

Wiedem y Kennedy (2007). *La fábrica de la felicidad*. (Spot Navidad de Coca Cola). España: McCann Erikson, Psyop y Struendo.

Sinopsis: En la campaña navideña de Coca Cola con *La fábrica de la felicidad*, es el spot más largo (3 minutos y 34 segundos) que ha lanzado la marca en nuestro país a lo largo de su historia y cuenta la historia de un trabajador de la factoría de Cola Cola, a quien los habitantes del mundo mágico que existe dentro de las máquinas del popular refresco le han encomendado la misión de encontrar la fuente de la bebida y así devolver la felicidad a todos los trabajadores de la fábrica. (En: <http://www.anuncios.com/campana-creatividad/mas-anuncios/1022705008001/coca-cola-spot-mas-largo-historia-navidades.1.html>)



## ANEXOS

### A.1 DEL CAPÍTULO 6 – EXPERIENCIA ‘VUELO DE ILUSIONES’

#### A.1.1. PERCEPCIÓN SOCIAL

Para la difusión en el Hospital del “Vuelo de Ilusiones” se creó, como se ha indicado en el Cuaderno de Campo (6.6.4), un cartel que se colocó en diferentes lugares del complejo sanitario.



Ilustración A1.01: Cartel anunciador del “Vuelo de Ilusiones”, realizado por la autora, en A3. (FA)





El área de prensa del HMI "Virgen de las Nieves" informó a los medios de comunicación del acto que se iba a realizar y que tuvo una gran acogida y difusión en ellos: *Ideal*, *La Opinión*, *Canal 21*, *La SER*... cuyos testimonios se presentan en las siguientes páginas.



**IDEAL**  
JUEVES, 2 DE ABRIL DE 2009

**18 GRANADA**

### **MATERNO INFANTIL**

## Los niños hospitalizados lanzarán hoy al cielo una sábana hecha por ellos lleno de deseos

Con motivo del Día de la Salud, los niños ingresados en el hospital Materno Infantil, que han participado en el taller de creación de cometas que se organiza en la ciberaula, colgarán de una sábana sus cometas fabricadas con hilo y palillos de dientes y la lanzarán a volar con globos desde el patio de la

ciberaula para que todos los deseos volcados en ella se hagan realidad. Esta iniciativa surge de Cristina de Pinedo, una joven que llegó al hospital para completar el programa de prácticas del master que está cursando con el proyecto de hacer reír a los pequeños a través del humor. /IDEAL

Ilustración A1.02: Anuncio del acto en el periódico "IDEAL", de Granada. (FA)



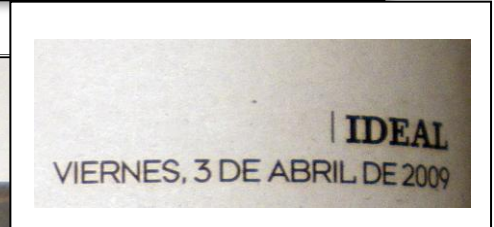
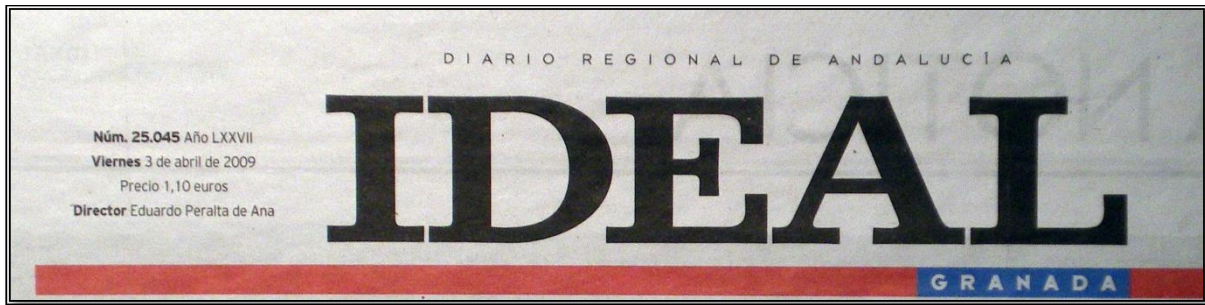


Ilustración A1.03: Eco del acto en el periódico "IDEAL", de Granada. Foto de la página. (FA)



# Objeto Volador de Niños Ilusionados

Niños y niñas ingresados en el Maternal escriben en una pancarta sus deseos y la lanzan al cielo para que se cumplan

ALBERTO BRAVO GRANADA

En la mañana de ayer se vio volar por el cielo de la capital una forma ondeante y blanca rodeada de infladas esferas azules. Algunas personas que rondaban cerca del Hospital Materno Infantil lo identificaron como un OVNI. Y no estaban muy equivocadas, si las siglas corresponden a las palabras que rezan en el titular: un objeto volante cargado de las ilusiones y los deseos de las personas más inocentes y puras: los niños.

Y estos niños son especiales. Actualmente están ingresados en el Materno Infantil Virgen de las Nieves, por enfermedades muy dispares, pero ayer dejaron de lado el juguete que tenían entre manos o la película que visionaban para reunirse en un mismo acto: echar a volar una sábana dirigida por decenas de globos azules. En ella colocaron pequeñas cometas construidas con hilo y escribieron sus deseos más profundos.

«Lo que yo pido es que me ponga pronto bueno y mi mamá también», escribe uno de los más pequeños. Su compañero, de nueve años, dice que escribió «que se baje rápido una película que me han prometido mis padres». Otra chica, más precavida, responde: «No te lo digo, que no se cumple».

La idea de este proyecto innovador ha sido de Cristina de Pinedo, actualmente en prácticas en dicho hospital: «Hace mes y medio vine para estar con los niños y traía conmigo una pequeña cometa hecha con hilo. A los chavales les gustó tanto que desde entonces en el taller de manualidades no hemos parado de construir cometas de todos los tamaños y colores».

Dado el éxito de la iniciativa, Cristina pensó en echarlas a volar todas juntas y pedir un deseo. Y así fue. Con motivo del Día Internacional de la Salud ayer en la azotea del centro hospitalario y bajo la mirada de enfermeras, padres y expectantes chicos los deseos emprendieron vuelo.

## Artistas y poetas

La propuesta fue más allá. Los chavales pronto propusieron nuevas actividades, como poesías o cuentos. Óscar, de 13 años, lleva pocos días en el centro pero ha tenido tiempo de escribir dos hermosas poesías para la ocasión. «Las escribo en dos minutos», afirma. Su deseo era el mismo que recogía su primer poema: «Volando sobre el alba, colores y colores deslumbraban sobre el Sol, brillo de amor, quitando el color del racismo y la enfermedad».





24 OPINIÓN

# IDEAL

DIARIO REGIONAL DE ANDALUCÍA

EDITA: CORPORACIÓN DE MEDIOS DE ANDALUCÍA, S.A.

Director General: Diego Vargas García

## ▲ Sube

### Sueños infantiles

Niños y niñas ingresados en el Hospital Maternal de Granada lanzaron ayer al cielo una pancarta con sus deseos más íntimos. Predominaba el anhelo de ponerse buenos, de que les compren una peli, o reintegrarse pronto a sus colegios dejando atrás el hospital. Fue una experiencia bonita, motivadora, de unos niños que sufren con su enfermedad en vez estar jugando con sus amigos. Desde aquí felicitar por la iniciativa y desear que se cumplan sus sueños infantiles.



## ▼ Baja

L a es  
cluy  
berí  
ta la  
los comprom  
decisión de i  
global repres  
ses que apor  
tuye una not  
más necesita  
tar 4.000 mil  
pondiente a l  
promiso rep  
dos. Tras la  
Washington  
das o acabar  
cionales a la  
de Londres  
mas de la ec  
tinada al FM  
ye la base m  
ción. La con  
Consejo rep  
ca; sugiere u  
menos en la  
ra.





Los menores del hospital Materno soltaron ayer una cometa con sus ilusiones.

M. GARCÍA

## La cometa de las esperanzas

**Los niños del hospital Materno fabrican una cometa con sus deseos.** → «Vuelo de ilusiones». Es el nombre que los pequeños pacientes del Materno Infantil han dado a las cometas fabricadas por ellos con hilo y palillos de dientes. Sujetas en una gran sábana, los enfermos han lanzado al aire sus esperanzas con la ayuda de varios globos azules.

Recuperarse de la enfermedad, estar con sus familias, mantener la alegría, ju-

gar con los amigos en el parque... son los deseos de estos niños hospitalizados.

Los familiares y los sanitarios del centro no quisieron perderse ayer este momento, que celebra el Día Mundial de la Salud (el 7 de abril).

La iniciativa de Cristina Pinedo, licenciada en Bellas Artes y alumna del máster de Artes Visuales y Educación, ha dado la oportunidad a los pequeños de olvidar durante sus dolores y sufrimientos gracias al arteterapia.

El taller de creación de estos artilugios voladores, que finalmente se han unido en una gran cometa de las esperanzas, ha logrado demostrar que los niños, aunque enfermos, necesitan jugar y echar a volar su imaginación.

El programa se ha completado con cuentos y poesías escritos por los pacientes y un diario en el que los enfermos han contado su día a día y la experiencia de trabajar en una cometa de ilusiones. **A. HUERTAS**





Ilustración A1.07: Eco del acto en el periódico "LA OPINIÓN", de Granada. (FA)



## USUARIOS

**Un nuevo dispositivo mejorará la vida de los pacientes con distonía generalizada**  
El hospital Virgen de las Nieves ha sido el primero en España en implantar este dispositivo.

PÁGINA 5

## ESP. COOPERACIÓN

**Expedición sanitaria al Sáhara**  
Una comisión médico-quirúrgica se desplazó hasta Argelia para ofrecer asistencia durante quince días a la población de los campamentos de refugiados.

PÁGINA 8

## ENTREVISTA

**Manuel Alonso y Rafael Matesanz**

El coordinador autonómico de trasplantes de Andalucía y el presidente de la Organización Nacional de Trasplantes, respectivamente, visitaron Granada para inaugurar el curso internacional sobre trasplantes.

PÁGINA 13

## PROFESIONALES

**Servicio de lavado de excelencia**

La lavandería del hospital presta su servicio de lavado y planchado al hospital comarcal de la Axarquía y al distrito sur de Jaén.

PÁGINA 17

## MEDIO AMBIENTE

**Un hospital sin mercurio**

La ciudad sanitaria ha eliminado los termómetros de mercurio en todos los servicios médicos del complejo sanitario.

PÁGINA 19



# 23 ciudadesalud

EL PERIODICO DE LA COMUNIDAD DE SALUD GRANADA EJEMPLAR GRATUITO

Febrero-abril

## Nuevas Urgencias para el Hospital Materno Infantil

El expresidente de la Junta de Andalucía, Manuel Chaves, y la consejera de Salud, M<sup>a</sup> Jesús Montero, visitaron el nuevo área de Urgencias de Pediatría y Tocoginecología del Hospital Virgen de las Nieves que comenzaron a funcionar el pasado mes de febrero.

Las nuevas dependencias duplican la superficie de las anteriores, y como novedad, se distribuyen en dos áreas diferenciadas; una para las urgencias pediátricas y otra para las tocoginecológicas. Tras una completa redistribución de la planta baja y los espacios exteriores, la ampliación ha supuesto ganar un espacio total de 2008.38 m<sup>2</sup> repartidos entre planta, acceso, pavimento y jardines.

La reorganización del área de Pediatría ha permitido incrementar en cuatro el número de consultas, pasando de dos a seis, disponer de tres salas de espera amplias y cómodas y ordenar los servicios para ofrecer un servicio más ágil, más eficiente y de mayor calidad. Como

novedad, se ha dispuesto una habitación para pacientes aislados igualmente, en comparación con la anterior sala de espera, las actuales instalaciones distribuyen la zona de espera en tres salas, dos de 25 y una de 33 metros cuadrados, así como un almacén de farmacia y otro de fungibles.

Las obras han permitido también ampliar las urgencias tocoginecológicas, que pasan a contar con tres consultas de exploración—dos más que las anteriores—y una sala de observación de 90 metros cuadrados, lo que supone multiplicar por diez esta zona. La reorganización del área mejorará la calidad de la atención que se presta a la mujer, no sólo porque incrementa la comodidad y confortabilidad de las usuarias, sino porque permite incorporar métodos de alta resolución y realizar un mayor número de tratamientos sin necesidad de ingresos hospitalarios.

PÁGINA 2



Chaves atento ante la explicación de los profesionales

## M<sup>a</sup> Jesús Montero se mantiene como consejera de salud

Tras la toma de posesión de José Antonio Griñán como nuevo presidente de la Junta de Andalucía, después de la salida de Manuel Chaves del Ejecutivo andaluz para hacerse cargo de la vicepresidencia tercera del Gobierno y de la cartera de Política Territorial, el cambio de Gobierno andaluz se hizo efectivo el pasado viernes, en un acto en el que los quince consejeros tomaron posesión y prometieron sus nuevos cargos.

Entre ellos, la consejera de Salud, M<sup>a</sup> Jesús Montero Cuadrado, quien continúa al frente de la sanidad pública andaluza en el nuevo gobierno y aumenta sus competencias ya que asumirá, entre otras, las de consumo, transferidas desde la Consejería de Gobernación.

Montero fue nombrada consejera de Salud en 2004, departamento del que fue viceconsejera desde dos años antes.



Niños leyendo sus poemas

## Los pequeños hospitalizados en el Materno lanzan cometas llenas de deseos

Con motivo del Día de la Salud, celebrado el 7 de abril, en la mañana del jueves, 2 de abril, los niños ingresados en el hospital Materno Infantil colgaron de una sábana sus cometas fabricadas con hilo y pabillos de dientes y la han lanzado a volar con globos desde el patio de la ciberaula para que todos los deseos volcados en ella se hagan realidad. La mayoría de los niños han deseado mejorar su salud, estar con su familia y que siempre se mantenga la alegría. En el encuentro, los niños

han compartido sus composiciones literarias con los profesionales del hospital, familiares, amigos y pequeños que ya habían sido dados de alta, que han asistido al acto.

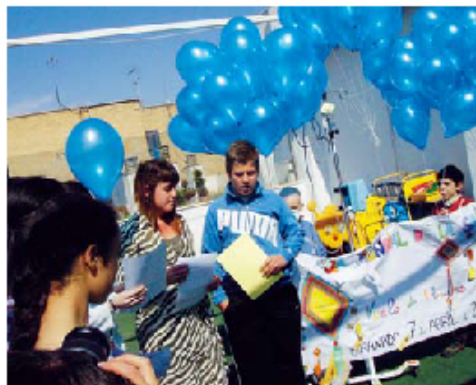
Esta iniciativa surge de Cristina de Pinedo, una joven que llegó al hospital a principios de año para completar el programa de prácticas del Máster de Artes Visuales y Educación: un enfoque constructorista, tutorizado por Virtudes Martínez Vázquez, con el proyecto de hacer reír a los pequeños a través del

humor como arteterapia. Para ello, decidió poner en marcha un taller de creación de pequeñas cometas fabricadas con hilos de colores y pabillos de dientes para que pacientes, familiares, maestros y personal sanitario construyeran su propia cometa como símbolo del deseo que les gustaría cumplir.

En paralelo a este taller, los pequeños han escrito cuentos y poesías utilizando la cometa como símbolo de ilusión, sueños y esperanza.

PÁGINA 7





Niños leyendo sus poemas

## Los pequeños hospitalizados en el Materno lanzan cometas llenas de deseos

Con motivo del Día de la Salud, celebrado el 7 de abril, en la mañana del jueves, 2 de abril, los niños ingresados en el hospital Materno Infantil colgaron de una sábana sus cometas fabricadas con hilo y palillos de dientes y la han lanzado a volar con globos desde el patio de la ciberaula para que todos los deseos volcados en ella se hagan realidad. La mayoría de los niños han deseado mejorar su salud, estar con su familia y que siempre se mantenga la alegría. En el encuentro, los niños

han compartido sus composiciones literarias con los profesionales del hospital, familiares, amigos y pequeños que ya habían sido dados de alta, que han asistido al acto.

Esta iniciativa surge de Cristina de Pinedo, una joven que llegó al hospital a principios de año para completar el programa de prácticas del Máster de Artes Visuales y Educación: un enfoque constructorista, tutorizado por Virtudes Martínez Vázquez, con el proyecto de hacer reír a los pequeños a través del

humor como arteterapia. Para ello, decidió poner en marcha un taller de creación de pequeñas cometas fabricadas con hilos de colores y palillos de dientes para que pacientes, familiares, maestros y personal sanitario construyeran su propia cometa como símbolo del deseo que les gustaría cumplir.

En paralelo a este taller, los pequeños han escrito cuentos y poesías utilizando la cometa como símbolo de ilusión, sueños y esperanza.

PÁGINA 7

ciudad**salud** 23 / Febrero - abril 2009

USUARIOS 7

## Cometas portadoras de deseos

A Cristina le gustaría cumplir los deseos de todo el mundo, en especial de los niños enfermos y, aunque no tiene una varita mágica para conceder ilusiones, cree que el poder de la imaginación es capaz de convertir en realidad cualquier sueño.

Cristina llegó al hospital a principios de año para completar el programa de prácticas del master que está cursando con un proyecto entre manos: hacer reír a los pequeños a través del humor como arteterapia. Para ello, decidió poner en marcha un taller de creación de pequeñas cometas fabricadas con hilos de colores y palillos de dientes para que pacientes, familiares, maestros y personal sanitario construyeran su propia cometa como símbolo del deseo que les gustaría cumplir. Además, el Diario de la Cometa es un cuaderno que recoge las sugerencias e impresiones de los niños que cuentan en él con quién volarían su cometa, a quién se la regalarían o de quién les gustaría recibirla, entre otra información.

Con motivo del día de la salud, celebrado el 2 de abril, los niños ingresados colgarán de una sábana sus cometas y la lanzarán a volar con globos para que todos los deseos volcados en ellas se hagan realidad.

Cristina de Pinedo Extremera se muestra muy satisfecha con su experiencia en la ciberaula del Materno y espera continuar con el voluntariado, una vez completado su periodo de prácticas: "Antes de llegar al hospital pensaba que quizás las situaciones dramáticas que muchas familias vivirían aquí no les permitiría disfrutar del humor. Sin embargo, he podido comprobar que los niños siempre están dispuestos a regalarte una sonrisa, y eso los padres lo agradecen muchísimo", expresa la joven.

En el desarrollo de este taller también se han implicado María José Ortega y María Jiménez, auxiliares de enfermería encargadas de gestionar las actividades del aula hospitalaria durante la tarde. ♦



Los niños ingresados volando sus ilusiones

Ilustración A1.09: Detalles del periódico "CIUDAD SALUD", de Granada. (Págs. 1 y 7) (FA)

# GranadaDigital

Local | Provincia | Andalucía | Nacional | Internacional | Economía | Deportes | Sucesos | Cultura | Universidad | Sociedad | G

## Lo damos todo por ti Compruébalo

CAJA RURAL  
DE GRANADA  
Estamos por ti

### Sociedad

LAURA, UNA DE LAS PEQUEÑAS PACIENTES DEL MATERNO QUE HOY LANZÓ AL CIELO SUS DESEOS

## "Deseo que todos los niños de aquí se pongan buenos pronto y puedan ir a los columpios con sus hermanitos"

jueves, 02/04/2009 13:56

Texto y Fotos Fermín Rodríguez

Imprimir

Enviar

Los pequeños del hospital Materno Infantil de Granada han lanzado al cielo esta mañana una gran cometa con deseos y peticiones, dentro de los actos preparados para el día de la salud que se celebrará el próximo día 7 de abril.

Varios chicos y chicas han leído poesías y cuentos escritos por ellos mismos, haciendo referencia a la felicidad, a gente del propio hospital y a las ganas de recuperarse que tienen. Los allí presentes han aplaudido los estupendos escritos y después se ha procedido a lanzar la gran cometa con globos al cielo, para que las peticiones lleguen muy lejos.

Muchos de esos papelitos y cometas pegadas en la pancarta contenían deseos como "ponerme pronto bueno para poder jugar en los columpios de la calle" y "que se cure la tata".



Ampliar

Esta iniciativa surge de Cristina de Pinedo, una joven licenciada en Bellas Artes que llegó al hospital granadino a principios del presente año para completar el programa de prácticas del Máster de Artes Visuales y Educación: un enfoque constructor, con el proyecto de hacer reír a los pequeños a través del humor como arteterapia. Con ese objetivo decidió poner en marcha un taller de creación de pequeñas cometas fabricadas con hilos de colores y palillos de dientes para que los menores ingresados construyeran su propia cometa como símbolo del deseo que les gustaría ver cumplido. A esta iniciativa se sumaron con posterioridad familiares, maestros y personal sanitario. En paralelo a este taller, los pequeños han escrito cuentos y poesías utilizando la cometa como símbolo de ilusión, sueños y esperanza.

Organizada por la Ciberaula del hospital Materno Infantil, esta actividad se ha realizado para que los niños y niñas que están aquí hospitalizados pudiesen celebrar el día Mundial de la Salud de una forma lúdica, recreativa y educativa, y llena de deseos.

Como colofón a esta actividad se ha redactado el Diario de la Cometa, un cuaderno que recoge las sugerencias e impresiones de los niños que cuentan en él con quién volarían su cometa, a quién se la regalarían o de quién les gustaría recibirla, entre otra información. Cristina de Pinedo se muestra muy satisfecha con su experiencia personal en la ciberaula del Materno y espera continuar con el voluntariado, una vez completado su periodo de prácticas: "antes de llegar al hospital pensaba que quizás las difíciles situaciones que muchas familias viven aquí a diario les impediría disfrutar del humor. Sin embargo, he podido comprobar que los niños siempre están dispuestos a regalar una sonrisa a los demás, y eso los padres lo agradecen muchísimo", expresa la joven.

Ilustración A1.10: Eco del acto en "GRANADA DIGITAL", (Captura de pantalla). (FA)





El periódico digital Ideal.es, publicó la misma noticia en sus tres ediciones de Granada, Jaén y Almería y que se reproduce en la siguiente ilustración.

Niños hospitalizados lanzan sus deseos al cielo de Granada . Ideal
Página 1 de 1



**POR EL DÍA DE LA SALUD**

## Niños hospitalizados lanzan sus deseos al cielo de Granada

02.04.09 - 20:08 - IDEAL.ES | GRANADA

Con motivo del Día de la Salud, los niños ingresados en el hospital Materno Infantil, que han participado en el taller de creación de cometas que se organiza en la ciberaula, han colgado de una sábana sus cometas fabricadas con hilo y palillos de dientes y la han lanzado a volar con globos desde el patio de la ciberaula para que todos los deseos volcados en ella se hagan realidad.

Esta iniciativa surge de Cristina de Pinedo, una joven que llegó al hospital para completar el programa de prácticas del master que está cursando con el proyecto de hacer reír a los pequeños a través del humor.



Los pequeños lanzan sus deseos al aire. RAMÓN L. PÉREZ

<< 1 2 >>

Ilustración A1.11: Eco del acto en el periódico "IDEAL.es", (Captura de pantalla). (FA)

Por supuesto, el SAS en su WEB se hizo varias veces eco de la noticia, como se muestra en la siguiente transcripción:



**Servicio Andaluz de Salud**

**CONSEJERÍA DE SALUD**

HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES

**2009-04-02**

VUELO DE ILUSIONES



Con motivo del Día de la Salud, celebrado el 7 de abril, en la mañana del jueves, 2 de abril, los niños ingresados en el hospital Materno Infantil han colgado de una sábana sus cometas fabricadas con hilo y palillos de dientes y la han lanzado a volar con globos desde el patio de la ciberaula para que todos los deseos volcados en ella se hagan realidad. La mayoría de los niños han deseado mejorar su salud, estar con su familia y que siempre se mantenga la alegría. En el encuentro, los niños han compartido sus composiciones literarias con los profesionales del hospital, familiares, amigos y pequeños que ya habían sido dados de alta, que han asistido al acto.

*Ilustración A1.12: Transcripción de la noticia en la WEB del SAS. (FA)*



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES

## Cometas portadoras de deseos

A Cristina le gustaría cumplir los deseos de todo el mundo, en especial de los niños enfermos y, aunque no tiene una varita mágica para conceder ilusiones, cree que el poder de la imaginación es capaz de convertir en realidad cualquier sueño.

Cristina llegó al hospital a principios de año para completar el programa de prácticas del master que está cursando con un proyecto entre manos: hace reír a los pequeños a través del humor como arteterapia. Para ello, decidió poner en marcha un taller de creación de pequeñas cometas fabricadas con hilos de colores y palillos de dientes para que pacientes, familiares, maestros y personal sanitario construyeran su propia cometa como símbolo del deseo que les gustaría cumplir. Además, el *Diario de la Cometa* es un cuaderno que recoge las sugerencias e impresiones de los niños que cuentan en él con quién volarían su cometa, a quién se la regalarían o de quién les gustaría recibirla, entre otra información.

Con motivo del día de la salud, celebrado el 7 de abril, los niños ingresados colgarán de una sábana sus cometas y la lanzarán a volar con globos para que todos los deseos volcados en ellas se hagan realidad el jueves 2 de abril a las 12.00 horas.

Cristina de Pinedo Extremera se muestra muy satisfecha con su experiencia en la ciberaula del Materno y espera continuar con el voluntariado, una vez completado su periodo de prácticas: “Antes de llegar al hospital pensaba que quizás las situaciones dramáticas que muchas familias vivirían aquí no les permitiría disfrutar del humor. Sin embargo, he podido comprobar que los niños siempre están dispuestos a regalarte una sonrisa, y eso los padres lo agradecen muchísimo”, expresa la joven.

En el desarrollo de este taller también se han implicado María José Ortega y María Jiménez, auxiliares de enfermería encargadas de gestionar las actividades del aula hospitalaria durante la tarde.

Ilustración A1.13: Eco del acto en el la WEB del SAS. (Captura de pantalla). (FA)





---

### **A.1.2. INFORMACIÓN AUDIO VISUAL**

Se facilita en un CD adjunto.

### **A.2 SOPORTE DIGITAL DE LA TESIS**

Se incluye un CD con toda la investigación digitalizada, en formato PDF



----- Notas del lector -----