



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA
“San Vicente Mártir”

**PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA
FUNDAMENTADO EN LA MAGIA.**

**TRABAJO FIN DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
“GRADO EN ENFERMERÍA”**

Presentado por:

D. Juan José Maroto García

Director:

Dr. D. Enrique Jesús Sáez Álvarez

Valencia, a 20 de marzo de 2020

Resumen:

Introducción: La psicoprofilaxis quirúrgica permite poner en funcionamiento mecanismos defensivos que amortiguan el impacto que implica la cirugía. **Objetivo:** constatar la importancia de la psicoprofilaxis quirúrgica basada en la magia en el pre-quirúrgico y post-quirúrgico inmediato. **Método:** Tras realización de soporte psicoprofiláctico con grupo control, se han examinado diferentes aspectos relacionados con el estrés y la ansiedad pre-quirúrgica en la infancia durante el ingreso e intervención quirúrgica en una muestra de 52 niños y sus correspondientes padres. **Resultados y conclusiones:** se han hallado evidencias de una menor presencia de estrés y ansiedad en los niños del grupo experimental que en los del grupo control, así como la transmisión de emociones con los padres durante su ingreso y transcurso de la cirugía, diferencias significativas en ansiedad pre-quirúrgica, mejorando mucho esta ansiedad. El grupo basado en la magia presenta, de manera estadísticamente significativa, menos dolor y menos ansiedad que el grupo control.

Palabras clave: Psicoprofilaxis quirúrgica, magia, estrés, ansiedad, relajación.

Abstract :

Introduction: The surgical psychoprophylaxis allows us to put into action defensive mechanisms that soften the impact that surgery implies. **Objectives:** to stablish the importance of psicoprophylaxis based on the magic in the pre-surgical and immediate post-surgical moments. **Methodology:** After doing psicoprophylactic support with the control group, we have looked into different aspects related to pre-surgical stress and anxiety in children during their hospitalization and surgical intervention in a sample of 52 children and their respective parents. **Results and conclusions:** We have found evidences of less presence of stress and anxiety in children belonging to the experimental group than in those belonging to the control group, also the communication of emotions with parents during their hospitalization and surgery has been better. we have found significant diferences in pre-surgical anxiety, reducing a lot this anxiety. The group based on magic has shown, in a statistically significant way, less pain and anxiety tan the control group.

Key words: surgical psychoprophylaxis, magic, stress, anxiety, relaxation.

Índice de acrónimos y abreviaturas

I.A.S.P: Asociación for a Pain
Inm: Inmediato
n.a: notas autor
Post Q: Postquirúrgico
Sist: sistólica
T.A: Tensión arterial

Índice de gráficos

pág.

Gráfico 1. Dibujo grupo experimental.....	24
Gráfico 2. Dibujo grupo control.....	24

Índice de tablas

pág.

Tabla 1. Protocolo de actuación	21
Tabla 2. Datos básicos de la muestra.....	24
Tabla 3. Evaluación satisfacción tras el ingreso de los padres.....	25
Tabla 4. Correlación entre edad y dolor Post. Q. Inmediato.....	25
Tabla 5. Ansiedad, dolor, T.A sist post. Q. Inmediato.....	26
Tabla 6. Características de los dibujos.....	26



ÍNDICE GENERAL

Pág.

1.- Introducción.....	8
1.1- La magia.....	8
1.2- El acto quirúrgico.....	9
1.3- Repercusiones del acto quirúrgico.....	10
1.4- Técnicas de control de la activación (relajación).....	11
1.5- El concepto de Psicoprofilaxis.....	12
1.6- Programas de Psicoprofilaxis.....	14
2.- Hipótesis.....	15
3.- Objetivos.....	16
3.1- Objetivo general.....	16
3.2- Objetivos específicos.....	16
4.- Metodología.....	17
4.1- Diseño y justificación.....	17
4.2- Población de estudio.....	17
4.3- Tamaño de la muestra.....	17
- Criterios de inclusión.....	18
- Criterios de exclusión.....	18
4.4- Limitaciones del diseño.....	18
4.5- Método.....	18
- Grupo control.....	19
- Grupo experimental.....	19
4.6- Instrumentos de medida.....	22
4.8- Descripción del tratamiento de los datos.....	22
4.9- Aspectos éticos/ protección de datos de los participantes.....	23
5.- Resultados.....	24
5.1- Análisis descriptivo.....	24
5.1.1- Datos básicos de la muestra.....	24



	<i>Pág</i>
5.1.2- Realización del dibujo.....	24
5.1.3 Satisfacción progenitores con el ingreso.....	25
5.2- Análisis correlacional.....	25
5.3- Análisis comparativo.....	26
6.- Discusión.....	27
7.- Conclusiones.....	30
8.- Referencias bibliográficas.....	31
9.- Anexos.....	35

Una caja de magia apareció por sorpresa en mi vida cuando cumplía ocho años. La abrí despacio, con cuidado, pero sin poder disimular mi enorme curiosidad, y gracias a ella descubrí un arte maravilloso, sorprendente, fascinante: “La MAGIA”.

Juan José Maroto García

1.- Introducción.

1.1- La Magia.

La magia es el arte del ilusionismo que consiste en la habilidad de crear trucos o efectos visuales mágicos que dan la ilusión de manipular objetos, situaciones o personas de forma que la lógica no puede llegar a entender (Ciuró, 1948).

El Ilusionismo es el arte de saber divertir y provocar la admiración de los demás, produciendo efectos en apariencia maravillosos e inexplicables mientras se desconoce la causa que los produce.

Algunos la han definido diciendo que es el arte de engañar; pero esta definición, aparte de que puede ofender al ilusionista, no es exacta, ya que el prestidigitador no engaña formalmente, pues explícita o implícitamente previene de su engaño. El prestidigitador no engaña, ilusiona (Ciuró, 1948).

En el curso de los tiempos el ilusionismo ha tenido diversos nombres, casi todos cabalísticos y faltos de sentido real, tales como magia, brujería, encantamiento, etc. El ilusionismo como arte honesto, divertido y muy recomendable, no es muy antiguo. Uno de los hombres que más ha contribuido a sacarles de las sombrías esferas de lo irreal y supersticioso, ha sido sin duda Robert Houdin, artista francés de mediados del siglo diecinueve, quien llevo su fino arte a los salones de la buena sociedad, desterró los trajes estrafalarios y los sombreros de cucurucho con estrellas y presentó este maravilloso arte en traje normal, aunque con su finura y elegancia característica y personal (Houdin, 1859). Por esto, a pesar de que después le han seguido una pléyade de artistas de todos los países, famosos y no menos hábiles, Robert Houdin es considerado todavía como “el Maestro”.

Como reminiscencia del pasado, conserva aún nuestro arte el nombre de Magia, que a veces se suaviza con el epíteto de blanca. Se puede sin escrúpulo tolerar este nombre, puesto que nuestro público ilustrado sabe ya a que atenerse cuando oye decir a un prestidigitador “la varita mágica”, “efectos mágicos”, etc.; sabe que allí no se trata de otra magia ni brujería que la gran habilidad del artista y trucos que ignora, y que a veces ni desea saber que tener la ilusión de ser ilusionado.

Este arte, que algunos han llamado “la reina de las Artes” se designa actualmente con tres nombres: Prestidigitación, Ilusionismo y Magia Blanca (Ciuró, 1948).

El prestidigitador o ilusionista debe tener una serie de cualidades para la perfecta realización de sus actos mágicos (Ciuró, 1977). **Ha de ser educado**, la causa primordial del éxito de un mago es, sin duda, la corriente de simpatía que se establece entre él y el público.

También **ha de ser hábil**, es indudable que para el acto mágico se necesita habilidad. Pero a menudo se confunden conceptos; pero existe la habilidad de las manos y la habilidad del espíritu. La de las manos es necesaria, pero la del espíritu todavía más. Ésta consiste en comprender la manera de operar, los detalles que hay que observar, lo que hay que decir y, sobre todo, lo que hay que callar para producir el grado máximo de ilusión en los que presencian un juego. Esta clase de habilidad se llama ingenio.

El ilusionista **ha de tener buen humor**, trabajando su arte debe manifestar siempre un carácter alegre y expansivo.

1.2- El acto quirúrgico.

Procedimiento médico quirúrgico realizado en un centro de salud, para diagnosticar, posibilitar, intervenir, corregir y restablecer a un paciente, a través de una intervención quirúrgica, en las mejores condiciones físicas y psíquicas, así como con el menor riesgo posible para su vida, el cual consta tres fases: Pre-operatoria, trans-operatoria, pos-operatoria (Bompart, 2014).

Comienza con la decisión de efectuar la intervención quirúrgica. Termina con el paciente en el quirófano. En este proceso se efectúan todas las preparaciones, tanto administrativas, como clínicas del paciente sometido a una cirugía (Bompart, 2014).

1.3- Repercusiones del acto quirúrgico.

El control satisfactorio del dolor postoperatorio es uno de los retos más importantes que permanecen sin resolver en el ámbito quirúrgico (Aguilar, 1995), lo que motiva un fuerte impacto en los pacientes y en el sistema sanitario en su conjunto. Es una evidencia innegable que la mayoría de los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica padecen dolor en un grado variable. A pesar de las continuas innovaciones farmacológicas y los incesantes avances tecnológicos, una gran parte de estos pacientes siguen tratados de forma inadecuada, por lo que experimentan un sufrimiento injustificado, que incrementa notablemente el riesgo de aparición de complicaciones postoperatorias. Aunque las técnicas más sofisticadas ayudan notablemente a la resolución de este problema, bastaría una correcta estrategia en la aplicación de los recursos terapéuticos disponibles, en cualquier hospital, para asegurar el control adecuado del dolor postoperatorio (Torres, 1997).

Sería correcto definir términos que nos serán útiles más adelante. Definiciones que vienen dadas según la nomenclatura de la *International Asociaton for a Pain* (I.A.S.P).

- Dolor: Es una sensación desagradable y una experiencia emocional asociada con posible o potencial lesión del tejido, o descrito en términos de este tipo de lesión.
- Dolor agudo: Se trata de un dolor de ataque repentino y de posiblemente limitada duración. Es aquí donde se distingue del dolor crónico ya que éste último se define como un dolor que perdura durante unos periodos prolongados persistiendo más allá del tiempo de duración de una herida y frecuentemente no se encuentra una causa claramente identificada.
- Estímulos nocivos: Se trata de un estímulo cuya intensidad daña o posiblemente dañará la integridad del tejido.
- Comportamiento del dolor: Comportamiento que lleva al observador a la conclusión que está experimentando dolor (Torres, 1997).

1.4- Técnicas del control de la activación (relajación).

1.4.1- La Relajación.

El primer paso de todo estudio debe ser la delimitación conceptual de los términos que se van a manejar (Gutiérrez y Pilsa, 2006). En este se advierte que la literatura recoge gran cantidad de definiciones de relajación. De este modo se presentan a continuación varias aproximaciones a dicho concepto:

- “La relajación es una puerta de entrada para el descubrimiento de sí mismo, erigiéndose como un paréntesis liberador entre la actividad y la agitación” (Blay, 1976).
- La relajación aúna la idea de alcanzar la calma y la imagen de abandonar cualquier tensión, tanto de la mente como la del cuerpo (Guido, 1980).
- La relajación es capaz de descubrir no el cuerpo que tenemos, sino el que somos (Ruiz, 1994).
- La relajación es la herramienta que permite al individuo controlar sus estados de ansiedad y activación (Weinberg y Gould, 1996).
- “La relajación es una técnica que persigue un reposo lo más eficaz posible, al mismo tiempo que una técnica de economía de las fuerzas nerviosas” (Díaz, 2001).

Estas definiciones dejan latente la bidimensionalidad de la habilidad motriz de la relajación la cual comprende tanto el conocimiento del propio individuo y su cuerpo como la distensión física y psicológica, tal y como señalan Conde y Viciano (2001).

Objetivos de la relajación.

Tal y como sucede con la definición de relajación, también existen diversas propuestas con respecto a los objetivos que ésta persigue, de entre las que se presentan las consideradas como las más relevantes:

- Favorecer el control de la respiración (Castellano, 2011).
- Reducir el gasto energético y controlar la afectividad y las emociones (Conde, 1997).

- La recuperación del organismo tras un esfuerzo intenso (Molinero, 2010).
- Facilita el “descanso” del sistema nervioso permitiendo un mayor control sobre el mismo (Molinero, 2010).
- Lograr una mayor concentración mental (Lefèbure, 2003).
- Aumenta el bienestar físico, incrementando el tono muscular y desarrollando un mejor control sensoriomotor (Cautela y Groden, 1985).

Por medio de diferentes técnicas se puede llegar a la relajación para disminuir los niveles de ansiedad o el estrés, por lo general aquellas técnicas de relajación se enfocan en reducir la tensión que se ha generado en los músculos. El proceso de relajación tiene como finalidad curar el estrés y de esta manera restablecer al individuo y curarlo.

Las técnicas de relajación dentro de la sociedad se han vuelto una herramienta muy importante, entonces se menciona que entre las técnicas más importantes está la de respiración para controlar la ansiedad y el entrenamiento autógeno que se refiere entre una mezcla de la hipnosis y el uso de imágenes ya que se refieren de una manera directa a las funciones del sistema neurovegetativo.

1.5- El concepto de Psicoprofilaxis quirúrgica.

¿Qué es la Psicoprofilaxis quirúrgica?

Estrategias de intervención psicológica ante una enfermedad de resolución quirúrgica.

Su fundamento se basa en la posibilidad de iatrogenia quirúrgica, aunque existe otra iatrogenia no directamente relacionada con la cirugía sobre la que podemos intervenir; ansiedad, depresión, intento suicidio, afrontamiento no afectivo, otras...

La Psicoprofilaxis se ha observado que reduce el uso de analgésicos en el post-operatorio. Los niveles de ansiedad, angustia y estrés disminuyen considerablemente.

El tiempo promedio de intervención u hospitalización desciende siempre y cuando la cirugía no tenga ninguna complicación y todo vaya según lo previsto.

Pocos niños/as que van a ser intervenidos quirúrgicamente lo hacen en condiciones óptimas, es decir, bien informados por sus padres y médicos acerca de su enfermedad y de la necesidad de ser operados.

La noticia de una próxima intervención quirúrgica ya sea de una situación de urgencia o planificada produce una serie de temores, ansiedades y angustias en el niño/a. Temores en relación a la anestesia, el dolor físico al pinchazo, el despertar durante la intervención y la probabilidad de morir.

Cuando es un niño/a quien tiene que ser operado son también los padres y profesionales que intervienen quienes se encuentran implicados en la situación de forma diferente a si fuera un paciente adulto.

Si las personas significativas para el niño pueden sostenerlo en sus temores y ayudarlo a elaborar la situación, es probable que se eviten momentos de malestar para el paciente.

Si esto se ve dificultado, así como también cuando la cirugía es de emergencia, se suelen producir momentos de alto nivel de angustia y situaciones de pánico (Goldberg y Rivaldi, 1999).

Sin embargo, debemos tener claro que el informar no garantiza que el niño/a no tenga o que comprenda lo que se le va a hacer.

En la evaluación inicial que le haremos al niño entregaremos un cuestionario de preocupaciones sobre la cirugía pediátrica.

Método rápido y útil para conocer las inquietudes del niño/a.

Da pie al diálogo, resolución de ideas preconcebidas y ventilación de sentimientos negativos acerca de lo que se le va a hacer.

En esta investigación intentaremos reducir e incluso eliminar ese nivel de estrés y ansiedad en el niño/a mediante un método de disuasión psicológico como es la magia.

1.6- Repercusión de la preparación Psicoprofiláctica a la cirugía pediátrica.

La preparación psicoprofiláctica a la hospitalización quirúrgica pediátrica tradicionalmente se ha centrado en disponer al niño para el momento del traslado al quirófano, intentando que posea una información exacta de la experiencia quirúrgica y de las estrategias necesarias para adaptarse a ésta con el menor impacto psicológico posible. Desde los trabajos de Vernon (Vernon, 1973; 1974) quien valoró la eficacia de una película para preparar al niño a la intervención de la anestesia, la cirugía ha ocupado un lugar preferente en el estudio de la Psicoprofilaxis de respuestas psicológicas negativas a procedimientos médicos (Ellerton y Merian, 1984; Kain y Mayes, 1996; Kennedy y Riddle, 1989; Koller y Gryski, 2007; Means y Ferrari., 1996; Miró, 1997; Pinto y Hollandsworth, 1989).

Varios estudios sugieren que la preparación psicológica repercute sobre la recuperación postquirúrgica. Por ejemplo, Peterson y Shigetomi (1981) encontraron que los niños que fueron preparados a la operación con la técnica de estrategias de afrontamiento ingirieron mayor cantidad de líquido y se mostraron menos ansiosos y más cooperativos, según la observación realizada por los padres y una enfermera. Por su parte (Melamed y Siegel, 1975) observaron que los niños a los que se les proyectó una película sobre la hospitalización y la cirugía presentaron una menor actividad de la glándula sudorípara, informando que tenían menos miedo y exhibiendo menos conductas relacionadas con la ansiedad que los controles. Igualmente (Melamed, Dearbon y Hermech, 1983) comprobaron que la cantidad de información correlaciona con el ajuste y la cooperación durante la inducción de la anestesia y con los índices de recuperación postquirúrgica.

1.7- Programas de Psicoprofilaxis.

Existen varios programas de psicoprofilaxis quirúrgica tanto para pacientes pediátricos como para adultos, siendo los más utilizados en niños estos que menciono a continuación.

Programas de psicoprofilaxis audiovisuales, payasos hospital, informativas.

Psicoprofilaxis audiovisual: Con el objetivo de minimizar reacciones tales como alteraciones del sueño, ansiedad, depresión y problemas de alimentación y controlar la ansiedad prequirúrgica, se han diseñado diversas líneas de trabajo en las últimas décadas para lograr la elaboración de programas que preparan psicológicamente a los niños y sus familias para afrontar la experiencia de la cirugía. Son varios los autores (Kain, Mayes y Wang, 2000; Kain, Mayes y Wang, 1998; Berghmans, Weber, van Akoleyen, Utens y Adriaenssens, 2012) quienes tras sus estudios establecieron que el uso de vídeos en los hospitales tienen buen resultado como herramienta de psicoprofilaxis tanto en el niño como en su familia (La aventura de operarse, video). Esta herramienta consiste en videos bien realizados por el propio servicio del hospital o videos explicativos sobre lo que le va a ocurrir, a modo informativo, de manera que el niño es sabedor de lo que va a vivir.

Psicoprofilaxis biofeedback: Es el método psicofisiológico para registrar las frecuencias vitales del organismo de un individuo, lo cual refleja la información sobre la actividad del proceso biológico (Mucci, 2004). Esta misma información es útil para modificar aspectos no voluntarios de manera consciente; que a través del uso de instrumentación sensitiva, provee información exacta e inmediata con respecto a la actividad muscular, ondas cerebrales, temperatura corporal, frecuencia cardíaca, presión sanguínea y otras funciones corporales susceptibles a medición, cuantificación y retroalimentación (West, 2007).

Psicoprofilaxis Payasos Hospital: Actualmente el humor y la risa son estrategias conductuales muy utilizadas para reducir el miedo, el estrés y la ansiedad en el ámbito hospitalario. La intervención de los payasos de hospital es uno de los programas que emplea el humor para reducir el malestar psicológico infantil en el contexto sanitario (Koller y Gryski, 2007).

2.- Hipótesis.

Tras la revisión de la literatura estamos en condiciones de plantear la siguiente hipótesis:

H.0 Una intervención psicoprofiláctica con magia es capaz de cambiar la percepción, descender la ansiedad y el estrés de los niños que se van a intervenir quirúrgicamente y controlar y mejorar la transmisión de emociones de los padres en el proceso quirúrgico.



3. Objetivos:

3.1- Objetivo general.

Analizar la efectividad de un programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica basado en la magia.

3.2- Objetivos específicos:

1. Identificar la existencia de cambios en los niveles ansiedad y dolor tras la exposición al programa psicoprofilaxis.
2. Analizar la modulación de otras variables dependientes como la tensión arterial, la satisfacción con el ingreso o las cualidades de los dibujos tras la exposición al programa psicoprofilaxis.
3. Evaluar la relación entre la edad y las variables ansiedad y dolor postoperatorio inmediato.

4. Metodología.

4.1. Diseño:

Se trata de un estudio cuasiexperimental con grupo control de corte cuantitativo, comparativo; Primer nivel (experimental) con una intervención basada en la magia (anexo 1); segundo nivel (control) con actuación simétrica no basada en la magia (anexo 2).

4.2. Población de estudio:

Todos los niños con intervención quirúrgica programada para otorrinolaringología (por ejemplo, faringoamigdalitis, cornetes, septoplastia, etc), en el hospital Dr. Peset de Valencia.

4.3. Tamaño de la muestra:

El tamaño muestral (en población finita) se ha obtenido mediante el algoritmo de cálculo para análisis de diferencias en una muestra aleatoria estratificada procedente de una población de la cual se conoce el número de individuos que la integran.

$$n = N \times Z^2 \times p \times q / d^2 (N-1) + Z^2 \times p \times q$$

N = población

n = muestra

Z = Coeficiente de confianza

Para seguridad del **95%** es de 1.96

p = proporción esperada = 0.5 (50%). este valor maximiza el tamaño muestra. Si es del 5% se multiplica por 0.05.

q = 1- p

d = precisión. Si es de un **3%** se utiliza 0.03

Así pues,

$$n = 300 \times 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95 / 0.03^2 (300 - 1) + 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95$$

n= 204 sujetos

La muestra para una representatividad óptima debería estar constituida, al menos, por 204 sujetos.

A la hora de realizar el estudio tendremos en cuenta, los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión:

- Estar programado para cirugía en el hospital Dr. Peset de Valencia.
- Estar a cargo de la Unidad de Otorrino-laringología.
- Participantes de ambos sexos con edad entre 3 y 13 años.
- Sujetos a quienes su padre, madre o tutor legal hayan firmado el consentimiento informado.

- Criterios de exclusión:

- Niños/as con pluripatología, déficit visual no corregido y/o alteraciones cognitivas.
- Niños con necesidades especiales en el momento previo a la intervención (distrés severo, crisis de ansiedad, etc.).
- Niños/as que explícitamente se nieguen a la intervención.

4.4. Limitaciones del diseño:

Dada la rapidez, sencillez e inocuidad de la intervención (totalmente equiparable en estos términos al grupo control), además de la facilidad de obtención de la muestra y el estadio evolutivo de los participantes, así como la experiencia previa de los investigadores, no se predicen limitaciones.

Quizá un estudio intra sujetos podría obtener resultados más completos a nivel estadístico, pero optamos por este estudio (entre sujetos) dado que no ocasiona molestia para los participantes, es sencillo y con una adaptación mayor al nivel evolutivo de los sujetos (Papalia, Feldman y Martorell, 2013).

4.5 Método

En primer lugar, se solicitó permiso al comité de ética asistencial del Hospital Dr. Peset de Valencia (Anexo 1).

Una vez obtenido el permiso se contactó con la supervisora de Enfermería y jefe Médico del servicio de otorrinolaringología para explicar el proyecto y acordar la manera y momentos más oportunos para realizar la intervención.

Una vez explicado el proyecto se llevó a cabo el mismo tal y como se detalla a continuación.

4.5.1. Método de intervención:

Grupo Control:

- 1º. Recibimos al paciente y padres en el área quirúrgica.
- 2º. Nos presentamos y realizamos un saludo cordial y acompañamiento.
- 3º. Realizamos una explicación sobre la entrada y lo que le vamos a hacer.
- 4º. Tendremos un trato amable y acompañaremos al paciente en todo momento.
- 5º. Evaluación.

Grupo Experimental:

Tras la obtención del permiso pertinente (CEI), se seguirán los siguientes pasos:

- 1º. Presentación del proyecto ante el equipo médico y enfermero de las unidades de hospitalización involucradas.
- 2º. Subimos a la sala de hospitalización para hablar y pedir permiso al personal de enfermería y facultativo sobre el estudio que vamos a realizar. Hablamos y pedimos permiso al padre o tutor del paciente informándole de todo lo que vamos a hacer con su hijo/a, los beneficios de la investigación y una serie de pautas que deberá seguir el padre o tutor cuando baje al área quirúrgica y se encuentre con el investigador (todo esto sin que esté la niña/o delante) *Anexo I protocolo actuación.-PA1*
- 3º. El investigador principal se dirige a quirófano para preparar todo el material para el estudio.
- 4º. El investigador principal habla con el personal de enfermería y facultativo del quirófano para informarles de todo lo que se va a realizar, y por supuesto pidiendo el correspondiente permiso a todos.

A la llegada del paciente al área quirúrgica :

- 1º. Recibimos al paciente y sus papas. *Protocolo de actuación 1-PA1*
- 2º. Nos presentamos al niño, nos ganamos su confianza, gracias al protocolo de actuación 1, y le se le realiza un juego de magia. *PA2*. El niño se relaja por completo y le hacemos otro juego de magia.
- 3º. Le explicamos que va a entrar a quirófano y que su papa va a acompañarnos después de cambiarse de ropa adecuada al quirófano y el niño sin dudarlo vendrá con nosotros de forma tranquila y segura.

4º. Una vez dentro de quirófano en la mesa de intervenciones le explicamos al niño que vamos a jugar a un juego; tendrá que hinchar un globo de manera rápida y soplando (rutina de Bob Esponja y Patricio) PA3. Con ese mismo juego se le aplicará la anestesia inhalatoria y el niño será dormido con la inducción inhalatoria.

Una vez dormido con dicho método anestésico, ya se procede a coger una vía periférica y todo lo necesario para la intervención quirúrgica, con un elevado éxito y tranquilidad para el personal sanitario.

Se procede a la intervención quirúrgica.

Una vez terminada la intervención quirúrgica se procede al despertar del niño y posterior traslado a la unidad de reanimación post-anestesia URPA.

Anexo 1.: EXPLICACIÓN PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN 1-2-3 (P1-P2-P3)

PA1 : Las pautas que deberá hacer el padre o tutor son las siguientes:

1.1 Cuando me vea en el área quirúrgica a su llegada, deberá saludarme como si fuéramos amigos de toda la vida, llamándome por mi nombre, de manera que el niño/a observará que su padre tiene un amigo en quirófano (comenzamos a ganarnos la confianza del niño sin hacer todavía absolutamente nada). Estas acciones tienen un repercusión emocional y positiva en el niño/a directa y rápida.

1.2 Me presenta al niño y yo haré broma de que era pequeño la última vez que lo vi cuando nació, pero que ahora es un campeón y valiente (de esta manera comienzo a tener contacto directo con el niño/a)

1.3 PA2

1.4 Se realiza un primer juego de magia (rutina de aparición esponjas desde la nada), teniendo un primer impacto mágico potente en el niño. Con esto obtenemos que cambie su registro emocional y se relaje. Entonces el padre recuerda en voz alta que yo soy mago desde hace muchos años.

1.5 Entonces se le realiza otro efecto de magia al niño (aparición y desaparición de pañuelo desde la oreja).

1.6 Le decimos a la hora de llevarnos al niño/a al quirófano que como es amigo del papá, de manera excepcional dejaremos entrar a su papi con nosotros para que le acompañe en todo momento. Enviamos a su papa al vestuario a

cambiarse de ropa mientras nosotros vamos entrando al quirófano y lo esperamos allí (el niño en ese momento será de mi plena confianza y vendrá conmigo sin dudarlo ya que soy una persona conocida para él y de confianza para su padre). Por otro lado, el papá queda también tranquilo al observar que el niño está tranquilo y jugando conmigo. **TODOS GANAN.**

1.7 PA3 Una vez dentro del quirófano:

1.8 Tumbamos al niño en posición decúbito supino y le enseñamos que al final de la mesa se encuentra un Patricio con un globo en la boca. A él le damos otro globo con un Bob Esponja y le pedimos que ayude a Bob Esponja a hinchar el globo y ganar a Patricio (aplicándole mascarilla inhalatoria para la inducción anestésica), de esa manera dormiremos al niño/a mediante un juego, reduciendo al máximo su estrés psicológico. El niño/a está jugando y durmiéndose a la vez. Con este método se pretende reducir el estrés Psicológico y emocional del niño/a. Ahorrando una mala praxis a la hora de canalizar una vía periférica venosa y ahorrando una molestia a la hora de pinchar al niño/a ya que ellos se estresan y asustan muchísimo en ese momento.

Pasos	Grupo Experimental	Grupo Control
1º Paso	Recibimiento del paciente y papás	Recibimiento del paciente y papás
2º Paso	Presentación y juego de magia	Presentación y acompañamiento
3º Paso	Explicación y entrada a quirófano	Explicación y entrada a quirófano
4º Paso	Saludo cordial y trato de confianza	Saludo cordial y trato amable
5º Paso	Juegos de magia	acompañamiento
6º Paso	Juego con mascarilla	Trato con voz calmada y amable
7º Paso	Evaluación (anexo 2)	Evaluación (anexo 2)

Tabla 1. Protocolo de actuación: **Fuente:** elaboración propia.

4.6. Instrumentos de medida:

Estos indicadores serán administrados a todos los participantes en el estudio por igual, ya se trate de sujetos del grupo control como del grupo experimental.

- 1º. Evaluación de la ansiedad pre y postoperatoria (Anexo 1).
- 2º Evaluación de la satisfacción tras el ingreso por el niño (Anexo 2).
- 3º Evaluación del dolor post quirúrgico inmediato (Anexo 3).
- 4º Evaluación de medicación en el postquirúrgico inmediato (Anexo 4).
- 5º Evaluación de la satisfacción tras el ingreso por los progenitores (Anexo 5).

4.7. Descripción del tratamiento de los datos:

Fase de codificación de los datos:

- Los participantes permanecerán en el anonimato en todo momento.
- La selección para grupo control o experimental será aleatoria, siguiendo como único patrón el orden de llegada, adjudicando a los sujetos de manera correlativa a una u otra condición.
- Se adjudicará un código numérico a cada participante, de manera que nadie (excepto el investigador principal) sabrá a que grupo pertenece cada sujeto. Para evitar errores en la evaluación de los resultados, uno de los grupos (control o experimental) tendrá los números pares y el otro los impares.

Fase de análisis de los datos:

Dependiendo de la normalidad de los datos (Kolmogorov-Smirnov) se emplearán pruebas paramétricas o no paramétricas.

En todo caso, se realizará un análisis de fiabilidad de las respuestas (alpha de Cronbach); análisis descriptivo (puntuaciones directas, medias, desviación típica y porcentajes); análisis correlacional (r de Pearson o ρ de Spearman) y un análisis comparativo (T Student, ANOVA ó Kruskall-Wallis, \tilde{U} de Mann-Witney).



4.8. Aspectos éticos / protección de datos de los participantes.

El tratamiento de los datos de carácter personal de los sujetos participantes se adecuará a lo expuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos, así como la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales.

5. Resultados.

5.1. Análisis descriptivo.

5.1.1. Datos básicos de la muestra.

N=52	
Sexo	Masculino 34 (65,4%)
	Femenino 18(34,6%)
Rango de edad	3-13 años
Edad media	5,8 (2,5)
Ansiedad preoperatoria	6,1 (2,9)
Ansiedad postoperatoria	5,5 (2,3)
Dolor Post quirúrgico inmediato	5,8 (2,2)

Tabla 2. Datos básicos de la muestra.

Tal como muestra la tabla 2, existe una mayor participación del sexo masculino, así como una ansiedad preoperatoria media moderada-alta.

5.1.2. Realización dibujo por parte de los participantes.

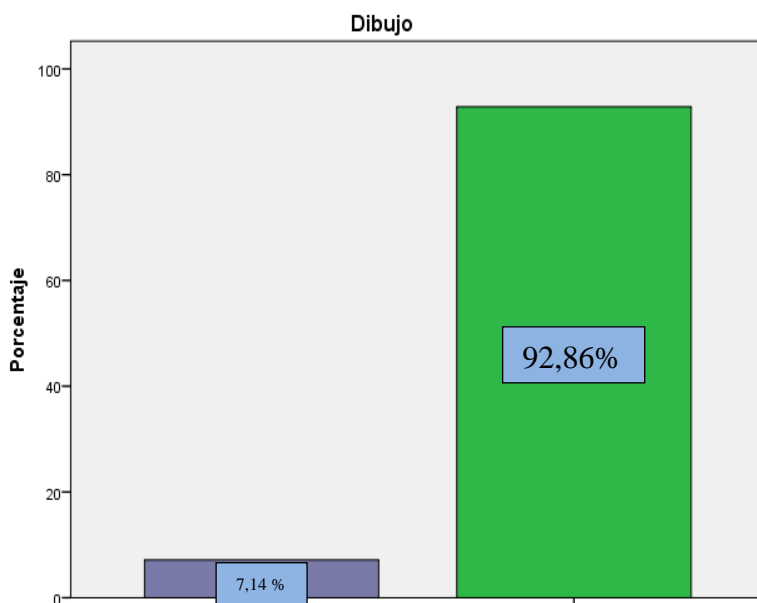


Gráfico 1. Dibujo grupo experimental.

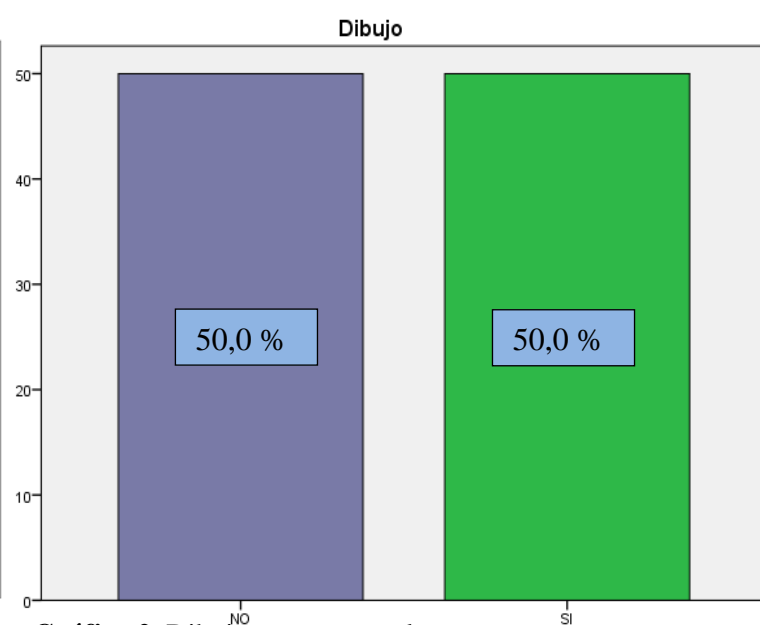


Gráfico 2. Dibujo grupo control.

Los gráficos 1 y 2 muestran que solo la mitad del grupo de control ha realizado el dibujo, mientras que dicha participación es del 92% en el grupo experimental.

5.1.3. Satisfacción de los progenitores en el ingreso¹.

S. Hospital	S. Equipo	S. Enfermería	S. Aparcamiento	S. General
10	10	10	1,5	10

Tabla 3. Evaluación satisfacción tras ingreso por los padres.

La tabla 3 indica que existe una grandísima satisfacción tras el ingreso por parte de los padres en todos los aspectos, general, hospital, personal medico y de enfermería, exceptuando la satisfacción con el parking, dado que ha habido una puntuación negativa muy significativa.

5.2. Análisis correlacional.

		Ansiedad post inm.	Dolor post. Inm.
Edad	<i>r</i>	-.213	-.475
	<i>p</i>	.130	.000

Tabla 4. Correlación entre edad y dolor postquirúrgico inmediato.

La tabla 4 indica que existe una fuerte correlación entre edad y dolor postquirúrgico inmediato, de manera que a medida que disminuye la edad los sujetos puntúan más en dolor.

¹ Dado el alto nivel de satisfacción de los usuarios, no es posible realizar inferencias estadísticas excepto en satisfacción con el aparcamiento

5.3. Análisis comparativo.

5.3.1. Análisis comparativo. Programa de psicoprofilaxis/dolor postquirúrgico inmediato.

	Programa Magia	Grupo control	<i>p</i>
Ansiedad Post.Q. Inm	4,78 (1,9)	6,25(2,5)	.021
Dolor Post.Q. Inmed	5,07 (2,4)	6,75(1,5)	.004
T.A Sist. Post.Q.Inm	100,6(13,3)	94,7(12,1)	.105

Tabla 5. Ansiedad, dolor, T.A sistólica Post. Q. Inmediata.

Como refleja la tabla 5 el grupo que recibió la intervención basada en la magia presenta, de manera estadísticamente significativa, menos dolor y menos ansiedad que el grupo de control.

n.a. en rojo se apuntan las mayores puntuaciones en fenómenos positivos y en morado las de los fenómenos negativos

General									
Expresión		Colores		Lugar		Ambiente		Espacio	
Triste	Alegre	Oscuros	Claros	Cerrado	Abierto	Hosp.	No hosp.	Inter.	Exter.
4	28	4	34	6	32	6	32	12	24
Grupo experimental/control									
Grupo experimental									
2(8%)	24(92%)	4(15%)	22(85%)	4(15%)	22(85%)	10(42%)	14(58%)	0 (0%)	22 (100%)
Grupo control									
2(17%)	10 (83%)	2(17%)	10 (83%)	2(17%)	10 (83%)	2(17%)	10 (83%)	4(40%)	6(69%)

Tabla 6. Características de los dibujos.

La tabla 6 muestra una tendencia general en los dibujos realizados hacia elementos positivos.

Esta tendencia positiva está manifestada en mayor medida en el grupo experimental.

6. Discusión.

Es sorprendente y, cuanto menos, destacable el hecho de que no se ha encontrado literatura al respecto de la magia como método psicoprofiláctico. Este dato es de suma importancia, al menos por dos motivos. En primer lugar, porque los resultados presentados más arriba muestran, quizá por primera vez, la efectividad de una intervención basada en la magia y, por otro, porque ponen de manifiesto un área por desarrollar, que precisa de investigación, medios y esfuerzo porque los datos muestran que estamos ante una técnica prometedora que puede ayudar, y parece que mucho.

Los resultados muestran que el programa de psicoprofilaxis basado en la magia no es iatrogénico, por un lado, por los resultados positivos encontrados (disminución del dolor y la ansiedad postquirúrgicos frente al grupo control) y, por otro, porque no modifica los valores de tensión arterial. Y este segundo dato creemos que es importante porque podríamos tender a pensar que un indicador de efectividad del programa podría ser la reducción de la presión arterial en el postoperatorio como consecuencia de la intervención, pero un resultado neutro da mucha más seguridad al equipo asistencial porque puede haber personas a las que no les convendría bajar su presión arterial (personas de por sí hipotensas, pacientes en proceso de despertar o de asimilación postquirúrgica o pacientes en situación de oliguria, por ejemplo) y porque esta invariabilidad tensional posiciona al paciente dentro de “su normalidad” lo cual es el objetivo primordial (eliminar una dolencia sin alterar otros patrones personales). Es preciso recordar que el presente programa ha sido implementado en niños, pero que podría ser llevado a cabo con cualquier tipo de población y situación clínica (lo cual también tendría que ser demostrado y, de momento, se reduce a hipótesis) y otros tipos de pacientes (críticos, personas mayores, personas con riesgo de desorientación) no se beneficiarían de una disminución de los parámetros arteriales.

Quizá exista la necesidad de generalización y, en ese sentido, se podrían agrupar las intervenciones basadas en la magia y las basadas en las actuaciones de los payasos. Podría parecer que pertenecen al mismo “género”, sin embargo, pese a que las dos son “positivistas” (Poseck, 2006) en cuanto a que consiguen sus efectos mediante la movilización de sensaciones positivas, se ha informado del aumento del malestar tras la intervención de los payasos en niños de 3 a 6 años (Meisel et al., 2009), efecto que no se

ha apreciado en la investigación que presentamos y, por el contrario, sí el efecto opuesto.

Tanto el presente estudio como la gran mayoría de la producción científica acerca de la psicoprofilaxis quirúrgica nos muestran que avanzamos hacia lo que podríamos denominar “psicoseguridad postquirúrgica”, pese a que aún queda mucho camino para poder hablar en esos términos con certeza, los resultados son muy esperanzadores.

Un punto importante conseguido en la intervención que presentamos muestra de una manera palpable lo que ya una enfermera y médico nos adelantó hace muchos años, el concepto de “dolor total” de Cicely Saunders (Saunders, 1964 citada en López y Rivera, 2018). La reducción del dolor y de la ansiedad en el postoperatorio inmediato respecto al grupo control se presenta aquí como un ejemplo de modulación del dolor con una intervención práctica, neutra, realizada varias horas antes de la evaluación.

Por último, en apoyo a la investigación que busca relacionar la expresión mediante el dibujo en los niños con su estado de ánimo, físico o psicológico (véase, por ejemplo, Alba y Ordiano, 2018) los resultados, sin ser concluyentes, refuerzan por su dirección esta línea de investigación, así como sugieren que, a falta de más investigación, el dibujo sí que se ve influenciado por la intervención con expresiones más alegres, uso de colores más claros y dibujo de lugares abiertos en mayor medida.

Sesgos del estudio y perspectivas de mejora futuras.

Se han llevado a cabo dos intervenciones con el objeto de minimizar el efecto de variables confundentes como, por ejemplo, la deseabilidad social (Grinhauz, 2015). Y la manera de operativizar el control de este efecto ha sido mediante la satisfacción del usuario con varios aspectos relacionados con el ingreso, habiendo uno de ellos (satisfacción con el aparcamiento) que no tenía ninguna relación ni con la intervención experimental ni con la intervención control y, efectivamente, los resultados sugieren que no ha habido efecto de deseabilidad social o efecto del experimentador.

Es importante destacar el hecho de que para que la muestra hubiese sido representativa de la población a estudio (Comunidad Valenciana) para la que se ha diseñado el presente trabajo habría hecho falta una muestra mínima de 204 participantes. Lógicamente, dadas las pretensiones del presente estudio esta muestra no ha sido alcanzada. Por lo que no podemos realizar extrapolaciones ni generalizaciones de los resultados conseguidos. No obstante, los datos son prometedores y obligan a los investigadores a continuar con este proyecto en futuras investigaciones.

Para finalizar:

Sin embargo, una de las principales dificultades del programa presentado es la magia en sí misma. Ser ilusionista es una profesión y es un arte, no es una cuestión de ser más o menos habilidoso; es una cuestión de sacrificio, de horas y horas ensayando un solo movimiento, que sin otro, al que también tendrás que dedicar otros cientos de horas, no servirá de nada y ambos se perderán sin un tercero y cada gesto se compone de muchos y muchos de estos movimientos. Por eso, no pretendemos que todos los enfermeros sean magos o que todos los magos sean enfermeros. No es el objetivo de este trabajo. El objetivo fue demostrar que una intervención sencilla puede cambiar la percepción del paso por la situación quirúrgica de una persona.

Ahora, el reto es adaptar esta intervención profesional para que pueda ser implementada por cualquier profesional de la enfermería que posea unas mínimas habilidades comunicativas y, eso sí, una motivación, amor por su trabajo e ilusión suficientes.

7. Conclusiones.

1ª El programa de psicoprofilaxis quirúrgica basado en la magia muestra una reducción en los niveles de ansiedad y dolor postquirúrgico, pero no modifica los valores de tensión arterial sistólica.

2ª Tras realizar test de satisfacción a los padres, existe una grandísima satisfacción tras el ingreso en todos los aspectos, general, hospital, personal médico y de enfermería, exceptuando la satisfacción con el parking, dado que ha habido una puntuación baja muy significativa.

3ª El grupo que recibió la intervención basada en la magia presenta, de manera estadísticamente significativa, menos dolor y menos ansiedad que el grupo de control.

8. Referencias Bibliográficas:

- Aguilar, J. (1995). *Estado actual del dolor postoperatorio*. Madrid: Sociedad Española Dolor.
- Alba, A. y Ordiano, E. (2018). Representación e identidad de la práctica de enfermería en el dibujo infantil. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(3),186-94.
- Blay, A. (1976). *Relajación y energía*. Barcelona: Elicen.
- Bompart. M. (2014). *Acto quirúrgico*. Caracas. Centro médico docente el paso.
- Berghmans, J., Weber, F., van Akoleyen, C., Utens, E., Adriaenssens, P., Klein, J. y Himpe, D. (2012). *Audiovisual aid viewing immediately before pediatric induction moderates the accompanying parents' anxiety*. *Paediatric Anaesthesiology*, 22, 386-92.
- Castellano, M. (2011). La respiración consciente como facto principal de la relajación en la educación física escolar. *Revista digital de educación física*, 13, 19-31.
- Cautela, J. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación: Manual práctico para Adultos, niños y educación Especial*. Barcelona: Martínez Roca.
- Conde, J. y Viciano, V. (2001). *Fundamentos para el desarrollo de la motricidad en edades tempranas*. Málaga: Aljibe.
- Diaz, A. (2001). *Educación infantil. Cuerpo y movimiento*. Murcia: Diego Marín.
- Ellerton, M. y Merrian, C. (1994). Preparing children and families Psychologically for days surgery. An evaluation: *Journal Abnormal nursing*, 19,1057-62.
- Grinhauz, A. (2015). El estudio de las fortalezas del carácter en niños: Relaciones con el bienestar psicológico, la deseabilidad social y la personalidad. *Psicodebate*, 15(1), 43-68.
- Gutiérrez, M y Pilsa, C. (2006). *Orientaciones hacia la deportividad de los alumnos de educación física*. Apunts. Educación física y deporte, 4, 86-92.
- Guido, M. (1980). *Educación del Esquema Corporal*. Madrid: Cincel.
- Houdin, R. (1859). *Memoirs of Robert-Houdin*, London: Chapman and Hall.
- Kain, Z., Mayes, L. y Wang, S. (2000). Parental presence and a sedative premedicant for children undergoing surgery: *a hierarchical study*. *Anesthesiology*, 92, 939-46.

- Kain, Z., Mayes, L. y Wang, S. (1998). Parental presence during induction of anesthesia vs. Sedative premedication: *which intervención is more effective?* *Anesthesiology*, 89,1147-56.
- Kain, Z. y Mayes, L. (1996). Preoperative preparation in children: *A cross-sectional study*. *Journal of Clinical Anesthesia*, 8, 508-14.
- Kennedy, C. y Riddle, II. (1989). The influence of the timing of preparation on the anxiety of preschool children experiencing surgery. *Maternal-child Nurse Journal*, 18,117-32.
- Koller, D. y Gryski, C. (2007). The life theatended child and life enhaneing clown: Ewars a model of therapeutic clowning. *Evidence based complementary and alternative medicine*, 5 (1), 17-25.
- Lefèbure, F. (2003). *La respiración rítmica y la concentración mental*. Barcelona: Instituto de Fosfenología.
- Servicio de Cirugía Pediátrica. (2015). La aventura de operarse. (Archivo de vídeo). Disponible en: <http://cirugiapediatrica.zaragoza2.salud.aragon.es/video.html>
- López, J. y Rivera, S. (2018). Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. *Revista de Ciencias de la Salud y Medicina*, 16(2), 340-56.
- Means, L. y Ferrari, L. (1996). Evaluation and preparation of pediatric patients undergoing anesthesia. *Pediatrics*, 98,502-8.
- Meisel, V., Chellew, K., Ponsell, E., Ferreira, A., Bordas, L. y García, 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. *Psicotttema*, 21(4), 604-9.
- Melamed, B. y Siegel, L. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use filmed modeling: *Consulting Clinical Psychology*, 43, 511-21.
- Melamed, B., Dearborn, M, y Hermecz, D. (1983). Necessary condiderations for surgery preparation: *Age and previous experience*. *Psychology Medical*, 45,517-25.
- Miró, J. (1997). Preparación psicológica para intervenciones quirúrgicas: *Revista de Psicología de la Salud*, 9,45-91.

- Molinero, R. (2010). Una técnica muy saludable para el desarrollo de nuestro alumnado de primaria: *La relajación. Revista Digital, Transversabilidad Educativa*, 32, 83-99.
- Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis quirúrgica: Una práctica en convergencia interdisciplinaria*: Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Papalia D, Feldman R y Martorell G. (2013). *Desarrollo humano*. México, 12ª ed. Mc Graw Hill. p. 420-21.
- Peterson, L, Shigetomi, C. (1981). The use of coping techniques to minimize anxiety in hospitalized children. *Behavior Therapy*, 12, 1-14.
- Pinto, R. y Hollandsworth, J. (1989). Using videotape modeling to prepare children psychologically for surgery: *Influence of parent and cost versus benefits of providing preparation service. Health Psychology*, 8,79-95.
- Poseck, V. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Ruiz, F. (1994). *La educación Física de base en la Educación Primaria: Conceptos, procedimientos y actividades para su desarrollo*. Murcia: Diego Marín.
- Torres, L. (1997). *Dolor postoperatorio. Medicina del dolor*. Barcelona: Ed Masson.
- Twardosz, S., Weddle, K., Borden, L. y Stevens, E. (1986). A comparison of three methods of preparing children for surgery. *Behavior Therapy*, 17,14-25.
- Vernon, D.T (1973). Use of modeling to modify children's responses to a natural, potentially stressful situation. *Journal of Applied Psychology*, 58,351-356.
- Vernon, D. y Bailey, W. (1974). The use of motion pictures in the psychology preparation of children for induction of anesthesia. *Anesthesiology*, 40,68-72.
- Weinberg, R. y Gould, D. (1996). *Fundamentos de Psicología del deporte y el ejercicio físico*. Barcelona: Ariel.
- Wenceslao, C. (1948). *La prestidigitación al alcance de todos*. Madrid: Páginas libros de magia.
- Wenceslao, C. (1977). *Ilusionismo elemental*. Madrid: Páginas libros de magia.
- West, K. (2007). *Biofeedback*. New York: Infobase Publishing.
- Wong, D., Hockenberry, M., Wilson, D. y Winkelstein, M. (2001). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. Mosby: St. Louis.



Zastowny, T., Kirchenbaum, D. y Meng, A. (1986). Coping skills training for children:
*Effects on distress before during, and after hospitalization for surgery. Health
Psychology, 5,231-47.*



9.- Anexos

Anexo 1.

Evaluación de la ansiedad pre y postoperatoria.

La ansiedad preoperatoria será evaluada a posteriori por los padres con una escala 1-10 respondiendo la siguiente pregunta “Evalúe la ansiedad de su hijo/a en el momento de entrar al quirófano, siendo 0 nada de ansiedad y 10 el máximo nivel de ansiedad posible”.

La ansiedad postoperatoria, de la misma manera “Evalúe la ansiedad de su hijo/a en el momento del alta, siendo 0 nada de ansiedad y 10 el máximo nivel de ansiedad posible”.

Así mismo, tras la operación se le preguntará al niño mediante escala de caras como se encontraba justo antes de la operación.

Anexo 2.

Evaluación de la satisfacción tras el ingreso por el niño.

Mediante la realización de un dibujo. Se seguirá la siguiente pauta:

1º Se le pregunta al niño si le apetece hacer un dibujo sobre algún tema relacionado con su experiencia vivida desde que vino a operarse hasta ahora.

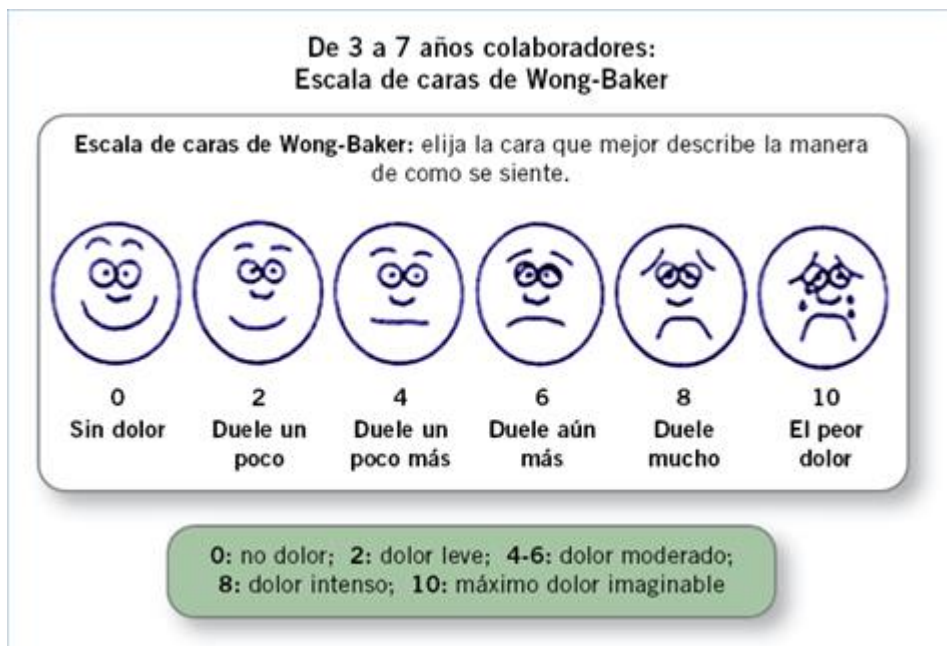
Esta acción (solicitud del dibujo) la realizará la enfermera de planta y no el investigador principal, con el objetivo de no influir en la respuesta, como podría ocurrir si fuese el investigador/actor el que la llevará a cabo.

2º Satisfacción mediante escala de caras.

Anexo 3.

Evaluación del dolor post quirúrgico inmediato.

Se utilizará la escala de caras de Wong y Baker (2001).



Anexo 4.

Evaluación de medicación en el postquirúrgico inmediato.

Mediante dos sencillas preguntas de investigación:

1ª. ¿Se le ha administrado al participante medicación extra?

Sí No

2ª. ¿Cuál?

Anexo 5.

Evaluación de la satisfacción tras el ingreso por los progenitores.

Satisfacción con el Centro Hospitalario: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Satisfacción con el equipo médico: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Satisfacción con el personal de enfermería: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Satisfacción con la zona de aparcamiento: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Satisfacción general con el ingreso: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

La pregunta 4 intenta evaluar la discapacidad social. Se presupone que será evaluada de manera neutra.