



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ESTUDIO DE ANSIEDAD, TEMOR Y LA INTELIGENCIA EMOCIONAL  
OPERACIONALIZADA A TRAVÉS DEL JUEGO COOPERATIVO EN  
NIÑOS CON HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA**

**TUTORA:**

PURIFICACIÓN PRIETO R.

**AUTORES:**

MARÍA ALEJANDRA BRAVO I.

AUGUSTO SALCEDO BOLÍVAR

**CARACAS, 2015**



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ESTUDIO DE ANSIEDAD, TEMOR Y LA INTELIGENCIA EMOCIONAL  
OPERACIONALIZADA A TRAVÉS DEL JUEGO COOPERATIVO EN  
NIÑOS CON HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA**

(Trabajo de investigación presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito  
para optar al título de Licenciado(a) en Psicología)

**TUTORA:**

PURIFICACIÓN PRIETO R.

**AUTORES:**

MARÍA ALEJANDRA BRAVO I.

AUGUSTO SALCEDO BOLÍVAR

**CARACAS, 2015**

## AGRADECIMIENTOS

Me gustaría comenzar por agradecer a Dios ya que sin él hubiese sido imposible llevar a cabo cualquier parte de esta investigación. Al Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa, al área de rehabilitación y a sus pacientes por colaborar con nuestra investigación.

A mi magnífica Universidad, la inigualable Universidad Central de Venezuela, esa de la cual me enamoré hace siete años y que fue mi casa lejos de mi hogar por cinco años y a la Escuela de Psicología por brindarme una educación de primera y por enriquecer mi formación como persona. Al departamento de Psicología Clínica por terminar de guiarme en mi formación profesional y a sus profesores por enseñarme la vida a través de la psicología y de nuestro enfoque.

A nuestra impresionante tutora que nos acompañó desde que este bebé era una idea y que se mantuvo con nosotros a lo largo del camino sin importar cuán empinado se pusiera. Por ser un punto de apoyo para mí, una amiga y una fuente inagotable de conocimiento.

A mis padres, por ser pilares fundamentales en mi vida y ejemplos de perseverancia y un amor tan incondicional como su apoyo; por tenerme paciencia, darme la libertad necesaria y tener la suficiente confianza en mí y mis decisiones. A mi hermana, por demostrarme cada día que quedan mil cosas por aprender (por enseñarme muchas) y por hacerme constar que siempre se puede ser una mejor persona.

A Karla, por ser esa amiga que la Universidad me dio. Gracias por emprender este proyecto conmigo, ser una excelente co-compañera, por estar calmada cuando yo me alteraba, por todo tu apoyo y por el TeamTesis (Gracias a ti también, Juan). Y a Augusto, por criar y buscar lo mejor para este bebé desde hace año y medio. Por soportarme y mantenerte siempre hasta el final. Gracias.

*María Alejandra Bravo Iglesias.*

En primer lugar a Dios,  
Por presentarme siempre oportunidades para crecer como persona y como profesional  
Por no hacerme el camino fácil, pero darme la fuerza para triunfar.

Seguidamente a mi escuela de psicología,  
Por ser todo lo que jamás espere que fuera,  
Por presentarse en mi vida de esta manera.  
Tan súbita e inesperada, tan imprevista y obligada,  
Por ser refugio a la angustia insoportable de tomar mi decisión,  
Y mostrarme en el camino mi verdadera vocación.

A nuestra tutora, por ser guía, maestra, y orientadora,  
Por ser lugar de refugio y contención,  
Por siempre estar dispuesta y brindarnos su atención.  
Por sufrir las crisis con nosotros y enorgullecerse de los logros.

A mi compañera de tesis, por emprender este viaje junto a mí,  
Por dar en cada momento todo lo mejor de sí,  
Por poner su obsesividad, su empeño y dedicación,  
Por ser el elemento que balancea esta ecuación.

A mi familia, por ser la base de mi persona,  
Por ser en parte responsables de quien soy ahora,  
Por estar para mí en todo momento,  
Por darme un respiro cuando quedaba sin aliento.  
Por estar desde el principio de esta era,  
Y por ser el “comic relief” de esta novela.

Finalmente a ti mi vida,  
Por saber lo que callaba, por calmarme con tu mirada,  
Por soportarme en mis peores momentos,  
Por ser mi cómplice y mi equipo,  
Por vivir indirectamente, todo este proceso conmigo.

*Augusto Antonio Salcedo Bolívar:*

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**  
**OPCIÓN: PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ESTUDIO DE ANSIEDAD, TEMOR Y LA INTELIGENCIA EMOCIONAL  
OPERACIONALIZADA A TRAVÉS DEL JUEGO COOPERATIVO EN  
NIÑOS CON HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA**

(Trabajo de investigación presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito  
para optar al título de Licenciado(a) en Psicología)

María Alejandra Bravo I.

Augusto Salcedo Bolívar

**RESUMEN**

La consideración de la inteligencia emocional y el juego cooperativo como elementos vinculados a la modificación de las consecuencias emocionales producto de la estadía hospitalaria, genera la búsqueda de la relación entre estos dos factores sobre la ansiedad y el temor, partiendo de la concepción del empleo del juego como elemento vinculado al desarrollo de la inteligencia emocional. Esta investigación evaluó el efecto de la inteligencia emocional, operacionalizada mediante un programa de juego cooperativo, sobre la ansiedad y el temor en niños con edades comprendidas entre 8 y 12 años con hospitalización prolongada. Se trata de una investigación de tipo descriptivo, que trabajó con una conformación de grupo y medidas pretest-postest. Los resultados se analizaron en dos niveles, en primera instancia, con estimaciones en escalas tipo rating, que se emplearon como medidas pre y postest y, en segunda instancia, mediante un análisis intrasujeto orientado a establecer el impacto del programa de juego cooperativo. Se evidenciaron cambios en los valores del postest con respecto al pretest posterior a la aplicación del programa de juego cooperativo lo que implica la necesidad de continuar estudiando la relación entre los factores señalados.

**Palabras Clave:** Inteligencia emocional, ansiedad, temor, juego cooperativo, hospitalización prolongada.

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**  
**OPCIÓN: PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**A STUDY OF ANXIETY, FEAR AND EMOTIONAL INTELLIGENCE**  
**OPERACIONALIZED WITH COOPERATIVE PLAY ON CHILDREN WITH**  
**EXTENDED HOSPITALIZATION**

María Alejandra Bravo I.  
Augusto Salcedo Bolívar

**ABSTRACT**

The thought of emotional intelligence and cooperative play as elements linked to the change of emotional consequences produced by hospital stay generates the research of the relation between these factors upon anxiety and fear, starting from the use of cooperative play as an element linked to the development of emotional intelligence. This study evaluated the effect of emotional intelligence operationalized with a cooperative play program above anxiety and fear on children between 8 and 12 years old with prolonged hospitalization. It's a descriptive research that integrated a group of children who were gauged by pre-and-post test measure. Results were analyzed in two levels: with rating scales used for pretest and posttest; and by measuring the impact of a cooperative play program with an intrasubject analysis. Changes were spotted in results of the posttest evaluation in a contrast with pretest after the application of a cooperative play program; which implies the need of keep studying the relation between these factors.

**Key words:** Emotional intelligence, anxiety, fear, cooperative play, prolonged hospitalization.

## INDICE

AGRADECIMIENTOS .....	ii
RESUMEN.....	v
ABSTRACT .....	vi
INTRODUCCION .....	11
MARCO REFERENCIAL .....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	23
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN .....	28
<i>OBJETIVO GENERAL</i> .....	28
<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i> .....	28
MÉTODO.....	29
VARIABLE PREDICTORA .....	30
VARIABLES PREDICHAS .....	31
VARIABLES EXTRAÑAS .....	32
TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	35
DISEÑO .....	35
PARTICIPANTES .....	35
INSTRUMENTOS Y MATERIALES.....	37
PROCEDIMIENTO .....	39
FASE PREPARATORIA.....	39
FASE DE INTERVENCIÓN.....	40
RESULTADOS.....	43
RESULTADOS DEL PROGRAMA .....	43

RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS .....	46
DISCUSIÓN .....	55
CONCLUSIONES .....	60
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIAS .....	64



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Procedimiento de aplicación.....	29
Tabla 2: Sujetos del estudio.....	35
Tabla 3: Evaluación del programa de intervención “Juego Inteligente” con respecto a los objetivos esperados y obtenidos.....	43
Tabla 4: Resultados del sujeto 1.....	46
Tabla 5: Resultados del sujeto 2.....	48
Tabla 6: Resultados del sujeto 3.....	50
Tabla 7: Resultados del sujeto 4.....	52
Tabla 8: Resultados del sujeto 5.....	53

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Programa de Intervención “Juego Inteligente” .....	75
Anexo B: Trait Meta Mood Scale-24 (TMMS-24).....	98
Anexo C: Inventario de Ansiedad para niños (IDAREN).....	99
Anexo D: Cuestionario de Miedos.....	100
Anexo E: Glosario de términos médicos.....	102

## INTRODUCCION

La hospitalización es una situación que por naturaleza resulta de desagrado para las personas, pues bien está asociada a una interrupción del continuo salud-enfermedad. El individuo que es ingresado al hospital se ve inmerso en un nuevo ambiente el cual responde a una organización ajena para él; esto genera una serie de respuestas psicológicas. Y si la hospitalización llega a ser de forma prolongada estas consecuencias se pueden agravar.

Cuando son los niños los que se encuentran bajo estas condiciones, la situación se complejiza un poco más, pues se observa que a pesar de su flexibilidad de adaptación, estos no poseen una madurez biológica suficiente que le permita desarrollar las capacidades de afrontamiento necesarias para sobrellevar la permanencia en el ámbito hospitalario. Si a esto se le añaden factores tales como la separación familiar en aquellos pacientes que ameriten cuidados especiales, lo desconocido del entorno, dolor o malestar, la asociación del contexto con la muerte, además de la concepción propia de cada niño sobre lo que está ocurriendo, por mencionar sólo algunos, se pueden generar reacciones como lo son la ansiedad, el temor, la depresión, el llanto, la apatía, la dificultad para concentrarse o conciliar el sueño, la agresividad, la conducta de oposición, las respuestas de evitación, la ansiedad de separación, entre otras.

El trabajar directamente sobre los efectos que produce la hospitalización prolongada, ayudaría a fomentar en los infantes una mayor capacidad de adaptación al medio con el que transitoriamente tienen que interactuar, pudiendo generar con esto una experiencia más amena y orientada a evitar las consecuencias negativas que trae consigo el estar bajo una respuesta emocional por largos períodos de tiempo.

Por esta razón se consideró importante desarrollar una investigación que permitiera estudiar la denominada inteligencia emocional en pacientes infantiles

hospitalizados con el objetivo de sopesar los efectos del adecuado manejo de las emociones por parte de los niños durante la hospitalización. La inteligencia emocional es un constructo relativamente reciente, con poca caracterización clínica dentro de la psicología. Esto alude a una serie de habilidades en el individuo orientadas a reconocer, nominar, actuar y regular sus propias emociones.

En los niños, una de las formas más adecuadas de desarrollar este tipo de habilidades es mediante el juego, más específicamente aquel que se realiza de forma cooperativa, por lo que el trabajo se centró en la elaboración de un programa que empleara este tipo de juego como estrategia para fomentar la inteligencia emocional, permitiéndole sobrellevar las reacciones emocionales producto de la hospitalización.

## MARCO REFERENCIAL

En el marco de las investigaciones realizadas en el contexto hospitalario, son pocas las que analizan las consecuencias psicológicas que supone para el paciente su ingreso a este medio. Un individuo que es ingresado en el hospital se encuentra en un ambiente extraño, bajo un sistema de organización ajeno; esto genera una percepción de desconcierto por parte del paciente y fomenta la presencia de fenómenos psicológicos tales como la angustia, el pánico y el temor, entre otros. Las respuestas del sujeto a esta condición ambiental particular dependen de la particularidad del caso y de la intensidad de cada experiencia; además van a estar mediadas por dos factores inherentes a cada individuo que son, en primer lugar, el equilibrio emocional y su grado de vulnerabilidad frente a los ambientes demandantes; y en segundo lugar, la percepción de la situación de hospitalización y las expectativas que tenga de esta (López, 2011).

Las consideraciones que aquí se describen, se complejizan cuando el paciente debe ser sometido a procesos que requieran estar internado de forma prolongada dentro del hospital. Según Camacho (2009), la prolongación de la estancia hospitalaria de un paciente es un problema de salud por el hecho de tener que mantener un paciente con cuidados, posteriores a la atención, mayores a los que se pensaron en un principio, lo que somete al paciente a las condiciones y ritmo del hospital por mayor tiempo.

Para complejizar lo aquí expuesto un poco más, si se trata de pacientes infantiles, esta situación se agrava en mayor medida. Tomando en cuenta que la hospitalización no es una condición frecuente en los niños (al menos en su mayoría), ésta tiene un poderoso impacto dentro del paciente pediátrico, llegando a vivirla como una situación atemorizante o como un contexto que requiere de una adaptación en demasía por los cambios de hábitos a los que será sometido.

Es difícil para el niño separar el estrés proveniente de la propia enfermedad del malestar causado por la hospitalización; también es complicado separar las

reacciones de los familiares de las del personal del centro sanitario con los que va a interactuar durante la experiencia. Lo que genera en el niño cambios físicos y conductuales que se traducen en trastornos del sueño, irritabilidad, temor, taquicardia, sudoración, entre otros. En consecuencia, según López (2011), el niño debe de adaptarse a cambios físicos (suscitados por una intervención quirúrgica, inmovilización, toma de muestras, entre otros) y a nuevas costumbres que comportan un diferente estilo de vida (tipo de alimentación, horario, sueño, aplicación de medicamentos, entre otros) que frecuentemente son contrarias a su forma de vida.

En la infancia, según Polaino-Lorente y Del Pozo (1991) y De Paz (1997 c.p. González-Gil y Jenaro, 2007), la enfermedad supone una alteración más o menos grave de la salud del niño (es decir, una pérdida transitoria o permanente de su bienestar físico, psíquico o social), al que esta situación le coloca en un estado a partir del cual se ponen de relevancia: mayor agresividad, dificultades en los contactos sociales (en la relación con sus amigos, familiares, personal médico), problemas con los tratamientos (por ejemplo negarse a comer, a la realización de pruebas), entre otros. Estas alteraciones pueden generar conductas inadaptadas en el presente, pero también en el futuro, puesto que una persona en desarrollo, con alteraciones del estado de salud, debe afrontar los retos del propio crecimiento, además de los relacionados con la enfermedad.

Numerosas investigaciones han evaluado las consecuencias que se derivan de la situación de enfermedad y de hospitalización en niños, así como los síntomas y trastornos más habituales que presentan (Fosson, Martin y Haley, 1990; Gaona et al., 1985). Entre los problemas más frecuentes encontrados destacan la ansiedad (Lizasoáin y Polaino, 1988; Pasacreta y Massie, 1990; Teichmand el al., 1986) y la baja autoestima, especialmente cuando se trata de enfermedades de larga duración o de alteraciones físicas visibles (Kashani y Orvaschel, 1990; Lizasoáin y Polaino, 1992 y 1995; Ochoa y Polaino, 1999).

Así mismo, Rojas (2012) investigó sobre los distintos procesos desadaptativos que experimenta un niño (de edades comprendidas entre 7 y 12 años), dentro del ambiente hospitalario. Esta señaló que la hospitalización tiene un significado social asociado a una probabilidad de muerte y que el niño no está exento de percibir esto. También apuntó a que las conductas desadaptativas más frecuentes que se presentaron en su muestra fueron temor a procedimientos quirúrgicos, a quedarse solo o a la separación de sus padres, llanto fácil, tristeza, dificultades para conciliar el sueño, y sensación de abandono; de igual manera, encontró síntomas ansiosos y depresivos. Para contrarrestar estos síntomas percibidos en los niños, la autora empleó técnicas cognitivo conductuales orientadas a reducir la experiencia de dichos síntomas. Considerando lo expuesto anteriormente, se evidencia que la hospitalización prolongada es un factor de cambio en el repertorio emocional de los niños, siendo ansiedad y temor los indicadores más resaltantes.

La ansiedad, concebida como “una reacción emocional con un componente característico de anticipación a la sensación desagradable de tensión, preocupación o nerviosismo, que se traduce en la activación del Sistema Nervioso Simpático, acompañada de manifestaciones conductuales visibles ante sucesos difusos” (Aguilera y Whetsel, 2007), depende de dos tipos de estímulos, externos e internos, los primeros se refieren a la estimulación física como los insectos o los procedimientos médicos invasivos, que provienen del ambiente en el cual se vea inmerso el niño, mientras que los segundos, referidos al malestar percibido por cambios psicofisiológicos, como la preocupación por la reactividad.

Por su parte, el temor es definido como la respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro (Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería, 2002, cp. Cáceres, Caballero, Puerto y Hernández; 2004), este, a su vez, puede ser “considerado adaptativo y un fenómeno normal en el proceso evolutivo de los niños” (Aguilera y Whetsel, 2007).

Estas dos respuestas emocionales, ansiedad y temor, se relacionan en su aparición dentro del contexto hospitalario. Esto lo confirman Valiente, Sadín y Chorot (2001), quienes demuestran en su investigación la existencia de una alta correlación entre ambos fenómenos (temor y ansiedad), sobre todo si la ansiedad se manifiesta en el paciente como un rasgo. Estos mismos autores, considerando las correlaciones altas que tuvieron éstas dentro de su estudio, plantean que la sensibilidad a la ansiedad de los pacientes fomenta la instauración o aparición de cualquier manifestación de temor. El personal de la institución médica no cuenta con métodos para evaluar cuáles pacientes son más propensos a las manifestaciones ansiosas o de temor, por lo que cualquier componente de la rutina formal de una institución hospitalaria pudiera generar la aparición de estas manifestaciones emocionales en los pacientes de forma no intencional.

Con relación a los efectos de la ansiedad, Aguilera y Whetsel (2007), plantean que los niños que son expuestos a los mismos, durante y después de la hospitalización, pueden mostrar una sintomatología ansiosa hasta semanas después del egreso; mostrando reacciones diversas tales como conductas de agresión verbal y física, cambios afectivos y de actitud. También se han encontrado respuestas que incluyen problemas alimentarios, alteraciones de sueño, ansiedad ante la separación, temores, preocupaciones por su cuerpo, regresión a un nivel conductual previo, y síntomas somáticos tales como tics o enuresis. Además de todo esto Valiente, Sandin y Chorot, (2001) exponen que se puede presentar junto a episodios de irrealidad repentina.

Dada la naturaleza emocional de ambas reacciones (ansiedad y temor), su manifestación varía la intensidad de la respuesta del individuo con el ambiente, pudiendo generarse un comportamiento no-ajustivo con el medio en el cual el sujeto se ve inmerso. Este planteamiento se fundamenta en Skinner (1975, c.p. Contreras, 1998) el cual define a la emoción como "un estado particular de fuerza o debilidad de una o más respuestas, inducido por cualquier procedimiento de una clase determinada". Por su parte Mayer, Salovey y Caruso (2002), plantean una definición



de la emoción que se relaciona con la anterior, exponiendo que son una respuesta ante los cambios que se producen en la relación entre el individuo y su ambiente; destacando que no están sujetas a un orden cronológico sino que la aparición depende de las eventualidades que se presenten como producto de la interacción, predisponiendo al organismo a desencadenar ciertas respuestas conductuales.

Estos mismos autores, Mayer y Salovey (2002, citados por Molero, Saiz y Esteban, 1998) proponen el concepto de un tipo de inteligencia social que, en sus palabras, "engloba la habilidad de controlar nuestras propias emociones y las de los demás, así como de discriminar entre ellas y utilizar la información que nos proporcionan para guiar nuestro pensamiento y acciones"; a este concepto lo denominaron inteligencia emocional.

Es importante señalar que la inteligencia ha sido un concepto muy controversial para la psicología; los primeros esbozos hacían referencia a las diferencias individuales en las capacidades mentales, o a una creencia que estaba influenciada por la herencia genética (Galton, 1875 en Molero, Saiz y Esteban, 1998). Una vez que Catell (1890, en Molero, Saiz y Esteban, 1998) desarrolla las pruebas mentales, Binet (1899, en Molero, Saiz y Esteban, 1998) propone el concepto de inteligencia que ha prevalecido hasta nuestros días "Inteligencia es lo que mide mi test y mi test mide inteligencia" junto con el aporte del coeficiente intelectual, a pesar de responder a un concepto que impresiona tautológico; sin embargo, este sería una de las bases más significativas que impactarían para que la psicología comenzara con el estudio de esta capacidad.

Con la llegada de la primera y segunda guerra mundial se fomentó la especialización y necesidad de pruebas que identificaran y calificaran a las personas más aptas; a lo anterior se le sumaron las nuevas perspectivas de búsqueda de la caracterización de la inteligencia, con la pretensión de saber si su conformación era sobre la base de factores organizados (Terman y Spearman, 1916 en Molero, Saiz y Esteban, 1998), de la implicación del componente social sobre la inteligencia

(Thorndike, 1920 en Molero, Saiz y Esteban, 1998), de indicio de la existencia del pensamiento y la mente (Wertheimer, Kohler y Koffka en Molero, Saiz y Esteban, 1998), y de su consideración como un atributo constituido de forma molar, o molecular (Gardner, 1988 en Molero, Saiz y Esteban, 1998), entre otros.

En sus inicios la inteligencia era concebida como la capacidad de un individuo de lograr un pensamiento abstracto, por ser un elemento fundamental para predecir su éxito en diferentes ámbitos, en especial el éxito académico. Con el tiempo se reveló que esta relación no era tan causal como se pensaba en sus inicios, sino que el éxito (tanto académico como general) es producto de otra serie de factores que no son determinados únicamente por la inteligencia. En palabras de Wechsler (1997, en Mayer, Salovey y Caruso, 2002), “dos individuos con un IQ idéntico pueden diferir muy notablemente en lo que respecta a su capacidad efectiva para hacer frente al entorno”. Esto ha generado que dentro de la concepción de inteligencia o de *cómo es una persona inteligente*, se incorporen otras acepciones como la de efectividad de establecer relaciones interpersonales, las habilidades atléticas o kinestésicas, el talento musical, danza y de pintura, así como también el de manejar adecuadamente las emociones.

Mientras que la inteligencia emocional es un concepto relativamente nuevo que ha sido poco trabajado desde el enfoque clínico, ha tenido distintas acepciones desde su formulación teórica, entre ella encontramos el aporte de Goleman (1995) el cual la concibe como la habilidad del individuo para usar adaptativamente las emociones ante las diferentes situaciones que plantea el entorno; esta habilidad incluye el autocontrol, entusiasmo, persistencia y la auto-motivación de una persona. Por otra parte, Bar-On (1997) la define como un “conjunto de capacidades no-cognitivas, competencias y habilidades que influyen en la capacidad del individuo para afrontar las demandas del ambiente”.

Sin embargo, la propuesta de Mayer & Salovey (1997, c.p. Fernández y Ramos, 1999) indica que la inteligencia emocional es el repertorio de habilidades que

tienen las personas para percibir el estado emocional de otras y entender como estos varían con precisión. Lo definen como la habilidad de percibir y expresar emociones, asimilar emociones en el pensamiento, entender y razonar la emoción así como regular la emoción de sí mismo como en el otro. Los autores señalan como componentes de la misma: percepción y expresión emocional, la emoción facilitador del pensamiento, conocimiento emocional y la regulación de las emociones.

Los dos primeros modelos que abordaron la explicación de la inteligencia emocional, el de Goleman y Bar-On (1995 y 1997, respectivamente), son mixtos, ya que responden en parte a una concepción social de la inteligencia; mientras que el modelo de Mayer y Salovey (1997) es un modelo de habilidad, por lo que concibe su progreso. Sin embargo, es necesario rescatar que se puede hacer una integración entre la propuesta de Bar-On (1997) y la de Mayer y Salovey (1997 c.p. Fernández y Ramos, 1999), puesto que ambas coinciden en descomponer sus conceptos de inteligencia emocional en factores similares, como se puede evidenciar en el instrumento que estos últimos construyeron (conocido como el *Trait Meta Mood Scale*).

Los estudios de la inteligencia emocional han demostrado que el buen manejo de las emociones permite que el individuo pueda manejar cualquier situación. Ejemplo de ello es la investigación de Lawrence (1997), quien en su estudio de la inteligencia emocional con niños, demostró que enseñándole estas habilidades a temprana edad ellos podían luego adquirir las capacidades de resolver problemas, de competencia social, la capacidad de auto motivarse y lograr entender mucho antes ciertos juicios morales.

También se ha empleado la inteligencia emocional como herramienta para fomentar habilidades en niños en circunstancias particulares; por ejemplo, López (2007) diseñó un programa basado en la inteligencia emocional con el propósito de reducir la depresión infantil. De este mismo modo, Rodríguez, Sosa y Escalante (2009), emplearon y presentaron evidencias que indican que la inteligencia emocional

tiene un efecto positivo en el estado anímico de los niños hospitalizados; en otra investigación, estos mismos autores comprobaron la eficacia de diferentes estrategias y técnicas, basadas en la inteligencia emocional, que están asociadas a intervenciones exitosas en niños hospitalizados; estas técnicas las agruparon en cuatro grandes estrategias que denominaron: identificación de las emociones, vinculación de pensamientos a las emociones, comprensión emocional y regulación emocional.

En esta misma línea, González y Morales (2013) indican que los niños en ambientes hospitalarios presentan una serie de consecuencias o desajustes biopsicosociales que interrumpen en la adaptación a este nuevo ambiente e incide en sus estados emocionales. Sobre la base de este hallazgo las autoras centraron su investigación en ayudar a los niños de un preescolar hospitalizado a adaptarse a este ambiente mediante un programa de actividades lúdicas. Es así como encontramos que Chamorro (1989) plantea que el juego constituye la forma más eficiente para que los niños se desarrollen, señalando que este es una actividad natural que les permite fomentar sus habilidades sociales, personalidad, capacidades intelectuales y psicomotrices, a la vez que proporciona experiencias reforzantes para el niño y que le enseñan a ajustarse a la sociedad. Garaigordobil (2005 c.p. Lorca y Pereira, 2014) concuerda con lo expresado anteriormente, añadiendo que también ayuda a desarrollar la creatividad, el aprendizaje de roles sociales, la solución de problemas y todo lo referido al proceso de autodescubrimiento y expresión.

En concordancia con lo anterior, también se encontró que el juego ha sido empleado a su vez como un catalizador de un buen estado de ánimo en niños con circunstancias especiales. Es así como Ullán, Fernández, Badía, Lorente, Fernández y Bolver (2001) trabajaron utilizando el juego como una manera de sobrellevar el dolor post-operatorio, mientras que Oliveri (2001) diseñó un programa en el que integra al juego como manera de recrear y rehabilitar a los niños con discapacidad; y Martínez, Elizabeth, González y Guadalupe (2009), emplearon un programa de terapia lúdica para disminuir las alteraciones del estado de ánimo en niños de la tercera infancia (entre 6 y 11 años) que tenían más de cuatro días de hospitalización.

Dentro de los tipos de juego que pueden encontrarse tenemos el juego cooperativo, el cual puede definirse como “actividades cuyo objetivo consiste en disminuir las manifestaciones de agresividad, promoviendo el cambio, actitudes de sensibilización, cooperación, comunicación y solidaridad, facilitando de esta manera el encuentro con los otros y el acercamiento a la naturaleza” (Beltrán, 2007). Generalmente, suelen ser actividades en grupo, donde se juega con los otros y no en contra de ellos (Lorca y Pereira, 2014).

A su vez, Beltrán (2007) indica que los juegos cooperativos tienen una clasificación: una primera categoría son los cuantificables, ya que consisten en una meta en común bien definida para todos los participantes, por lo cual o todos ganan o todos pierden; es importante señalar que pueden jugarse con calificación (acumulación de puntos) o sin ella (que cumplan con la meta propuesta). La otra categoría son los no cuantificables, estos se caracterizan por la designación de roles, no tener ganador ni perdedor y por tener menos estructura.

El juego cooperativo tiene muchas características que son comunes con la inteligencia emocional descrita anteriormente: promueve conductas sociales, la comunicación, la integración y participación grupal, la habilidad de resolución de problemas, la capacidad para expresar emociones y sentimientos, la exploración de soluciones creativas, el sentido de pertenencia a un grupo, el desarrollo cognitivo y el proceso de socialización (Beltrán, 2007)

Según Alvarado (2005) en un ambiente favorecido por la hospitalización prolongada el desarrollo de estas capacidades se puede ver mermado ya que la rutina de juegos y exploración de los niños se ve interferido, encontrándose así que los niños que pasan largos períodos de tiempo hospitalizados pueden desarrollar trastornos del desarrollo con mayor probabilidad. Este mismo autor plantea que la posibilidad de jugar en este tipo de ambientes representa un triunfo, una posibilidad de volver a *dominar la realidad*; siendo el juego el instrumento que les permite a los niños vivir la situación de forma más amena, liberar sus miedos y angustias, expresar sus

sentimientos, adaptarse al grupo con el que está compartiendo, saber que es algo que no solo le está pasando a él, relajarse y liberar el estrés y la rabia, tomar decisiones sobre algo, entre otros. Tal como plantea Alvarado (2005) “El juego en los niños(as) es de gran importancia para el buen desarrollo social, afectivo y cognoscitivo ya que a través del movimiento y los juegos motores vivirán nuevas experiencias y estimulaciones en todos estos dominios”.

Por último, y con base en lo antes expuesto, se evidencia que tanto el juego como la inteligencia emocional han sido empleados para ayudar a los niños en todo lo que a diferentes características físicas (tales como aquellas que requieren de atención médica) y emocionales (como la ansiedad y el temor) concierne, sin embargo pocos investigadores se han planteado usar el juego como una manera de desarrollar la inteligencia emocional, entre ellos se encuentra a Lavega, Filella, Agulló, Soldevila y March (2011) quienes trabajaron con adultos y utilizaron distintas formas de juego para ayudar a los profesores a conocer sus emociones personales y mejorar así su toma de decisiones.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las hospitalizaciones prolongadas tal como describen Polaino-Lorente y Lizasoain (1994), con frecuencia someten a las personas a factores negativos de todo tipo que repercuten en su estado emocional. Esto se agrava cuando son los infantes los que se encuentran en esta situación, considerando que dada su poca madurez emocional se presentan sensaciones asociadas a la hospitalización y ésta puede llegar a ser percibida como amenazante o atemorizante tanto para el niño como para sus padres.

Al respecto, Martínez, Elizabeth, González y Guadalupe (2009) exponen que hay ciertos momentos de la hospitalización y/o enfermedad que se deben considerar con especial cuidado, tales como la separación del grupo familiar en pacientes que ameriten cuidados especiales, la presencia de un entorno extraño y desconocido como lo es el hospital, el dolor, el malestar, la intimidación por una posible muerte, la concepción particular de los niños sobre lo que sucede, y el cambio en la relación con los padres, por mencionar sólo algunos. Así mismo, plantean que todas estas situaciones pueden generar en el niño una serie de respuestas emocionales, conductuales y cognitivas tales como ansiedad, temor, depresión, llanto, apatía, dificultad para concentrarse o conciliar el sueño, agresividad, conducta de oposición, respuestas de evitación, ansiedad de separación, regresiones, mutismo y dependencia afectiva.

Es por estas razones que Laguna (2006) expone en su investigación que es necesario que existan programas destinados al trabajo con niños que se encuentren en esta situación, con el fin de dotar tanto a ellos como a sus familias de herramientas para que logren sobrellevar o manejar la situación de hospitalización. A su vez, León (2011) señala que la interacción entre los varios subprocesos que conforman el desarrollo cognitivo permiten al niño descubrir el mundo que lo rodea y construir esquemas sobre su realidad, para lo cual utiliza mecanismos de observación. Este mismo autor, agrega la importancia que tiene el desarrollo emocional para cada individuo y como cada persona posee un carácter de unicidad con respecto a esto. Al

respecto, enfatiza León (2011), se conoce que después de los cinco años de edad los niños son capaces de reconocer expresiones emocionales en láminas, y a los ocho años pueden diferenciar entre lo que sienten y lo que expresan. Agrega además que a esta edad (ocho años) no solo aumenta la capacidad de reconocer las emociones, sino también incrementa la capacidad de autorregulación de las mismas (Santamaría, 2005).

Por su parte, Ribes (1990) considera la inteligencia como una *competencia* adquirida producto del proceso de socialización, destacando que es parte fundamental del proceso social lo que la hace susceptible de ser desarrollada por el individuo. En este mismo orden de ideas, la inteligencia emocional es considerada como la *habilidad* del individuo para usar adaptativamente las emociones ante las diferentes situaciones que plantea el entorno; se refiere además, según Goleman (1997) a la *capacidad* para percibir las emociones y sus relaciones, asimilar los sentimientos relacionados con ellas y comprender la información emocional y manejarla.

Ahora bien, desde la perspectiva del análisis conductual, de acuerdo con Hernández (2005) se señala que este concepto fue desechado por considerársele un aspecto interno y genérico que sólo podía ser descrito a partir de las habilidades específicas manifiestas, es decir, la conducta que realizaba la persona, pero al mismo tiempo no explicaba por qué dicha conducta era resultado de un aspecto interno. Sin embargo, López (1989) ya establecía que atribuir una conducta a una estructura era absurdo, por lo cual no se tenía que ubicar la inteligencia como algo meramente interno, pues para eso estaban los rasgos, factores y repertorios conductuales que evidenciaban su existencia.

La Inteligencia Emocional debería facilitar una visión realista de la situación ayudando a desarrollar un sistema de creencias racionales pues de otra forma, la activación de creencias irracionales generaría emociones desagradables muy intensas que lejos de ayudar a afrontar la situación, perjudicaría la capacidad de afrontamiento ante situaciones problemáticas (Carpena, 2010). En tal sentido, Torraballeda (1997)



apunta que existen cinco maneras de optimizar el desarrollo de la inteligencia emocional: la bondad, el buen humor, la confrontación, la habilidad del trato y el juego, siendo este último el más relevante para la presente investigación. Este autor plantea con relación al juego, que este "no es definible de forma externa ni es lo opuesto al trabajo, por el contrario es una disposición interna que implica sentir lo que se hace como placentero, satisfactorio de por sí (carece de finalidad extrínseca) y absorbente". Además, especifica que la inteligencia emocional a través del juego puede desarrollarse en tres sentidos: para mantener el contacto físico, para proporcionar una situación segura para ensayar las emociones y para alejar las emociones negativas con las que se vive. El segundo y tercer aspecto se compaginan con la orientación de esta investigación.

Por su parte, el juego, desde la perspectiva del análisis conductual, es definido por Bijou en 1982 como "Cualquier actividad de un pequeño cuando éste dice o dicen de él que está jugando. No es una clase especificable de conducta", sin embargo, este mismo autor plantea que hay distintos tipos de juegos: el juego de orientación, el productor de conocimiento, el diferenciador de respuestas, el que incrementa propiedades reforzantes, el imaginativo y el de solución de problemas; con ello el autor pretendía resaltar la importancia que tiene el juego como un elemento que cumple el papel de desarrollar e incrementar los repertorios de un niño e influye en la motivación y adaptación del mismo. Específicamente, en esta investigación, se utilizó el juego cooperativo, que es considerado como una actividad en que los participantes dan y reciben ayuda al desempeñar distintos roles que contribuyen a un fin común (Bijou, 1982; Garaigordobil, 2005); además de ser útil para practicar las conductas sociales aprendidas y adquirir nuevos comportamientos sociales (Bijou, 1982) los cuales favorecen estados emocionales estables, participación y cohesión grupal, comunicación de sentimientos, preocupaciones, opiniones y conocimiento (Castillo, 1988). Todo lo anterior se relaciona y es lo que se busca con la inteligencia emocional.

En este mismo orden de ideas, la inteligencia emocional no es una habilidad que se desarrolla durante el transcurso de la vida de una forma explícita, por lo que Goleman (1997) señala:

Y éste es precisamente el problema, porque la inteligencia académica no ofrece la menor preparación para la multitud de dificultades —o de oportunidades— a la que deberemos enfrentarnos a lo largo de nuestra vida. No obstante, aunque un elevado CI no constituya la menor garantía de prosperidad, prestigio ni felicidad, nuestras escuelas y nuestra cultura, en general, siguen insistiendo en el desarrollo de las habilidades académicas en detrimento de la inteligencia emocional, de ese conjunto de rasgos —que algunos llaman carácter— que tan decisivo resulta para nuestro destino personal (p. 27)

Esto pone en evidencia que el contexto educativo no considera dentro de los aspectos formativo de los niños, la comprensión y regulación emocional, siendo esta una deficiencia en el proceso de escolarización, lo cual lleva a pensar que cuando el niño es introducido en otro tipo de contextos, como el hospitalario, la expectativa de que el infante sepa adaptarse, manteniendo respuestas conductuales y emocionales ajustadas en este ámbito se ve reducida; convirtiéndose en un problema para este último (Silva, 2012). Este mismo autor, Silva (2012), indica que es por esto que el desarrollo emocional del niño se ve influenciado por el contexto en el que se encuentra, dado a que las condiciones del ámbito hospitalario tienden a dejar de lado los aspectos emocionales que se generan producto de la hospitalización. En este sentido, la inteligencia emocional plantea una solución viable para la mejora de la situación de los niños que requieran una hospitalización prolongada. Es por esto que Silva (2012) sugiere que se incorporen técnicas que fomenten el desarrollo emocional de los niños las cuales deben permitir comprender y atender de manera efectiva las vivencias de ansiedad y temor generados por la dolencia que padezcan sumados a la situación de hospitalización, una de sus sugerencias es hacer una aproximación a esto a través del conocimiento sobre técnicas lúdicas y expresivas de abordaje emocional para niños.

Sobre la base de todo lo antes mencionado se deriva la siguiente pregunta de investigación, ¿Es posible incidir sobre la ansiedad y el temor presentes en niños con

hospitalización prolongada mediante el abordaje de la inteligencia emocional operacionalizada en un programa de juego cooperativo?

## **OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir el efecto de la inteligencia emocional operacionalizada a través de un programa de juego cooperativo sobre la ansiedad y temor en niños con edades comprendidas entre los 8 a 12 años con hospitalización prolongada en el Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Diseñar y validar un programa de juego cooperativo orientado al desarrollo de la inteligencia emocional en niños con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años de edad.
- Identificar los valores de la inteligencia emocional, el temor y la ansiedad antes y después de la aplicación del programa de juego cooperativo.
- Implementar en el ambiente hospitalario el programa del juego cooperativo orientado a fomentar la inteligencia emocional en niños con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años de edad.
- Interpretar el efecto del programa basado en juego cooperativo sobre la ansiedad y el temor de los niños de 8 a 12 años mediante la comparación de las medidas antes y después de la implementación del programa.

## MÉTODO

*Tabla 1. Procedimiento de aplicación.*

	<b>Fase</b>	<b>Objetivo Específico</b>	<b>Objetivo Procedimental</b>
<p style="text-align: center;"><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p style="text-align: center;">Describir el efecto de la inteligencia emocional operacionalizada a través de un programa de juego cooperativo sobre la ansiedad y temor en niños con edades comprendidas entre los 8 a 12 años con hospitalización prolongada en el Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa.</p>	Preparatoria	Diseñar y validar un programa de juego cooperativo orientado al desarrollo de la inteligencia emocional en niños con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años de edad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diseñar un programa que emplee el juego cooperativo orientado a fomentar la inteligencia emocional en niños de 8 a 12 años con hospitalización prolongada.</li> <li>- Validar el programa que emplee el juego cooperativo para fomentar la inteligencia emocional.</li> </ul>
	Intervención	Implementar en el ambiente hospitalario el programa del juego cooperativo orientado a fomentar la inteligencia emocional en niños con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años de edad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medir la inteligencia emocional, el temor y la ansiedad antes y después de la aplicación del programa de juego cooperativo.</li> <li>- Aplicar un programa de intervención que fomente la inteligencia emocional a través del juego cooperativo, en los niños de 8 años que se encuentren en un estado de hospitalización prologada.</li> </ul>
	Resultados	<p style="text-align: center;">Identificar los valores de la inteligencia emocional, el temor y la ansiedad antes y después de la aplicación del programa de juego cooperativo.</p> <p style="text-align: center;">Interpretar el efecto del programa basado en juego cooperativo sobre la ansiedad y el temor de los niños de 8 a 12 años mediante la comparación de las medidas antes y después de la implementación del programa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analizar los resultados del programa de intervención de juego cooperativo que fomente la inteligencia emocional comparando los valores obtenidos con los instrumentos y mediante un análisis intrasujeto.</li> </ul>

## ANÁLISIS DE VARIABLES

### VARIABLE PREDICTORA

Por ser una investigación no experimental, las variables de esta investigación son predictoras y predichas. En el caso de la predictora, en su descripción debe incluir las definiciones nominales, constitutivas y operacionales, la forma de variación y los valores. En esta investigación esta variable será la inteligencia emocional operacionalizada a través del juego cooperativo.

#### **Definición teórica.**

- Inteligencia Emocional: Se refiere a la “capacidad de una persona para comprender sus propias emociones y las de los demás, y expresarlas de forma que resulten beneficiosas para sí mismo y la cultura a la que pertenece” (Molero, Saiz y Esteban, 1998)

#### **Definición operacional.**

La inteligencia emocional está caracterizada en función de los componentes conductuales que se evidencian en ella, los cuales serán potenciados a través de un programa de juego cooperativo por las características intrínsecas de éste. Las actividades del mismo, están descritas en el anexo A, tratarán de que los niños participantes establezcan relaciones entre sí y sean capaces de asumir roles diferentes de acuerdo a la tarea que estén realizando. Al mismo tiempo, se utilizará un instrumento que mide inteligencia emocional llamado *Trait Meta Mood Scale* (TMMS-24) (Anexo B) como medida paralela de los resultados del programa, este será respondido por los participantes antes de la intervención y después de ella, el mismo arrojará tres valores sobre las dimensiones que están en él y harán notar si hubo un cambio en la inteligencia emocional o no.

## VARIABLES PREDICHAS

En el caso de éstas, las variaciones que se puedan evidenciar serán derivadas de los cambios en las variables predictoras evaluadas a través de alguna estrategia de diagnóstico. En esta investigación se trabajará con dos variables predichas: el temor y la ansiedad.

### **Definición Teórica.**

- Ansiedad: Alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986; Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

- Temor: Es entendida como la respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro (Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería, 2002; cp. Cáceres, Caballero, Puerto y Hernández, 2004).

### **Definición Operacional.**

- Ansiedad: Será representada a través de un instrumento de medición conocido como Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños (IDAREC) (Anexo C) que será respondido por los participantes antes de la aplicación del programa y después de este, el mismo arrojará un valor que ubicara al niño en un rango de ansiedad (concebida como estado transitorio) de acuerdo a la tabla percentilar apropiada.

- Temor: Será representada a través del Cuestionario de Miedos (Anexo D) que será respondido por los participantes antes de la aplicación del programa y después de este, el mismo arrojará valores que permitirán definir qué clase de temor está presentando el paciente, además de arrojar un índice general que permite saber si el temor es generalizado o específico.

## VARIABLES EXTRAÑAS

### **Variables Extrañas Controladas.**

- **Ambiente:** Por las características de la población, se asegura que los participantes estarán en espacios del Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa, en el área de Rehabilitación, por lo cual será un ambiente adecuadamente iluminado, con buena ventilación, entre otros.

- **Edad:** Debido a la caracterización de la Inteligencia Emocional que se hizo previamente, solo se realizará la investigación con niños mayores de ocho años puesto que a partir de esta edad es que los niños son consistentes entre lo que sienten y lo que expresan, hasta los doce años puesto que comienzan el período de la adolescencia (León, 2011)

- **Maduración:** Los procesos internos o cambios que pudiesen ocurrir en los participantes serán controlados aplicando el post test inmediatamente después de la intervención.

- **Estandarización:** Las reglas a seguir o la forma de participación dentro del programa de intervención está contemplada en el manual del facilitador, por lo que se asegura que las instrucciones fueron dictadas de dicha manera.



- **Calidad de la respuesta:** Evitar, a la hora de corregir, buscar la respuesta con mayor o mejor calidad. En las instrucciones se especifica que no se mide si responden bien o mal, ya que lo que se busca es si los niveles de inteligencia emocional, ansiedad y temor disminuyeron o no (McGuigan, 1996).

- **Condición de hospitalización de los sujetos experimentales:** Se buscarán sujetos que posean una condición de hospitalización prolongada, que implique que el niño haya estado en el hospital por al menos seis días de hospitalización y que tenga pronóstico de durar al menos tres días más, para cumplir con la implementación del programa.

#### **Variables Extrañas No Controladas.**

- **Sexo:** No se garantiza el control de esta variable dado que depende de la cantidad de niños que ingresen a la unidad de cirugía pediátrica y de cuánto tiempo duren en la misma, por lo que no puede establecerse una distribución equitativa según el sexo.

- **Nivel de escolaridad:** Es impredecible determinar a priori el nivel educativo con el cual el paciente infantil hospitalizado ingresará a la unidad dado que por ser un centro de atención generalizada admite a los niños en diferentes niveles del proceso educativo; sin embargo, se toma como un criterio de inclusión que el niño esté escolarizado, lo que no se puede controlar es el grado que esté cursando el niño.

- **Muerte experimental:** En caso de que alguno de los participantes no se presente el día acordado o que decida abandonar el experimento una vez comenzada la dinámica, estará en su derecho, sin embargo, los investigadores no podrán prever esta situación y se contará con un sujeto menos a la hora de realizar la aplicación.

- **Motivación:** El factor de la motivación representa una variable extraña no controlada debido a que no resulta posible conocer los niveles de motivación de los participantes al realizar el experimento o saber sus condiciones personales para ese momento, sin embargo siempre se les presenta la posibilidad de NO participación.
  
- **Deseabilidad Social:** Al momento de contestar los instrumentos, el sujeto puede responder no sobre la base de lo que en realidad siente, sino en base a lo que cree que los demás esperan que éste lo haga. Resultando un puntaje no correspondiente con la realidad.
  
- **Experiencias favorables o desfavorables previas de hospitalización:** Es posible que uno o varios de los sujetos tenga alguna experiencia previa con el proceso de hospitalización, este puede ser favorable o desfavorable; para este sujeto los resultados se verán alterados de acuerdo a cómo se haya sentido y a la percepción de lo que está experimentando en ese momento, afectando así los resultados de los test de las variables predichas.
  
- **Manejo de los conceptos explorados en la intervención:** Al momento de intervenir puede que uno o varios de los sujetos experimentales maneje los conceptos relacionados con las emociones, lo que no determinaría que tan efectiva fue la intervención en ese sujeto o grupo de sujetos en particular.
  
- **Familiaridad con el contexto hospitalario:** Puede que uno o varios de los sujetos experimentales estén familiarizados con el ámbito hospitalario, no bajo la condición de paciente, es decir, que no sea producto de hospitalizaciones previas, sino por vincularse con el contexto por la cercanía a otras personas que ameritaron hospitalización, lo que pudiese promover en ese niño la percepción amenazante del mismo.

## TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación tendrá un nivel de profundidad de tipo descriptivo, lo cual, de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2006), se entiende como aquel que “miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar”; en el caso de este estudio, se describe el efecto de un programa de intervención basado en la inteligencia emocional operacionalizada a través del juego cooperativo sobre los valores de ansiedad y temor en niños de ocho años y hasta doce años con hospitalización prolongada.

## DISEÑO

El tipo de diseño que fue empleado en esta investigación consistió en una combinación del *diseño de investigación de campo* (Noguera, 1984) y *el diseño cuasi-experimental de un solo grupo con medidas pre y post* (León y Montero, 2006); considerando que trabajó directamente en el ambiente natural de interés y que la selección de la muestra sólo permitió la conformación de un solo grupo. A su vez, “no se tiene garantizada la equivalencia inicial porque no hay asignación aleatoria ni emparejamiento, los grupos están formados antes del experimento, es decir, son grupos intactos” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

## PARTICIPANTES

- Sujetos

*Tabla 2:* Sujetos del estudio.

<b>Sujeto</b>	<b>Iniciales</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
1	JG	12 años	M	Coartación de aorta
2	WD	9 años	F	Atresia T.
3	BR	8 años	F	P. O. Glenn
4	XS	12 años	F	C. I. V
5	AL	11 años	F	P. O. Glenn

Como se puede observar en la tabla 2, participaron cinco (5) pacientes con cardiopatías congénitas, conformados por 4 niñas y 1 niño con edades comprendidas

entre los ocho y doce años de edad, los cuales tenían más de seis días hospitalizados en el Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa (una descripción más detallada de sus diagnósticos se puede observar en el glosario de términos, en el Anexo E). Estos fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencionado-fortuito, según Kerlinger y Lee (2002) o un muestreo accidental de acuerdo a Cozby (2005) ya que los sujetos no tuvieron la misma posibilidad de ser escogidos ya que se tomó un grupo previamente conformado. Además, eran sujetos voluntarios, según Hernández, Fernández y Baptista (2006) debido a que sólo participaron aquellas personas que lo desearon. Es necesario destacar que es una muestra no probabilística, por tanto no está orientada a que los resultados se generalicen o extrapolen hacia la población (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

o Criterios de inclusión:

- Niños y niñas con edades comprendidas entre 8 y 12 años.
- Pacientes con hospitalización prolongada (que tengan en el servicio seis días como mínimo)
- Aquellos que tengan una autorización firmada por los padres para participar en la investigación.
- Niños que estén escolarizados.

o Criterios de exclusión:

- Niños y niñas que sean menores a 8 años y mayores a 12 años.
- Pacientes cuya estadía no cumpla un mínimo de seis días.
- Pacientes que tengan un historial de hospitalizaciones.
- Pacientes que no sean autorizados por sus padres.

## INSTRUMENTOS Y MATERIALES

En esta investigación se utilizaron dos tipos evaluaciones de los sujetos; la primera medición se obtuvo mediante los instrumentos psicométricos que se presentan a continuación y, la segunda, es la evaluación de los participantes dependiendo de su desempeño dentro de cada actividad del programa de intervención que fue utilizado.

- *Trait Meta MoodScale (TMMS-24)*: Fue desarrollado por Salovey y Mayer y se realizó una adaptación en la Universidad de Málaga, España por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos en 2006; ésta evalúa el meta-conocimiento de los estados emocionales con sus tres dimensiones: percepción emocional, comprensión de sentimientos y regulación emocional. Es una prueba de aplicación individual o colectiva compuesta por 24 ítems, el tiempo de aplicación es de 15 a 20 minutos. Es una escala tipo *rating* que va desde “nada de acuerdo” a “totalmente de acuerdo” y se corrige con una sumatoria simple para sus tres dimensiones. Se utilizó una versión validada en adolescentes por Cerón, Pérez e Ibáñez (2011) en Colombia el cual cuenta con una confiabilidad de 0,83 (ver anexo B).
  
- Cuestionario de miedos: También conocido como *Fear Questionnaire* fue desarrollado por Mark y Mathews en 1979 y adaptado en 1986 por Mathews, Gelder y Johnston en la Universidad Complutense de Madrid, tiene un total de 24 ítems de escala tipo *rating* y su principal objetivo es la evaluación de la severidad de la agorafobia, fobia social y fobia a la sangre e inyecciones; los cuales son divididos en las escalas de Fobia Total, Depresión/Ansiedad y un índice de Malestar Fóbico Total. Es una prueba de papel y lápiz, para todo tipo de población, de auto-administración y de corta duración (aproximadamente diez minutos) la cual se puede observar en el ver anexo D.

En cuanto a la confiabilidad, este instrumento posee un alfa de Cronbach  $\alpha = >.83$  para la puntuación total y  $\alpha = >.71$  para las sub-escalas; en cuanto al Test-Retest se obtuvo una correlación de  $r = .80$ ;  $p < .000$ . Por su parte, la validez, en cuanto a la puntuación y de las sub escalas, muestran modera correlación con escalas que valoran ansiedad y depresión (Inventario de Depresión de Beck, Inventario de ansiedad rasgo-estado), las sub-escalas de agorafobia y fobia social se han mostrado sensibles al cambio con el tratamiento (Mathews, Gelder y Johnston, 1986) (ver anexo D).

- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños: O IDAREN. Fue un inventario desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lusheneen 1975 y fue validado en Colombia en 2005 por Moreno, Alonso, Copete y Emilio, es una prueba auto-evaluativa diseñado para medir y diferenciar entre dos formas de la ansiedad: como estado (condición emocional transitoria) y como rasgo (propensión relativamente estable). Para esta investigación se utilizará la escala de estado, la cual contiene 18 ítems que se responden mediante una escala *rating* y se corrige de forma manual clasificando al sujeto con ansiedad “baja, moderada o alta”. Puede ser aplicada de los 8 a los 15 años. La versión utilizada cuenta con una revisión de la validez de construto por parte de los autores así como un índice de confiabilidad de 0,70 (alpha de cronbach (ver anexo C).
- Programa de Intervención “Juego inteligente”: Constituido por tres sesiones de dos horas donde los participantes serán incursionados en el juego cooperativo con la finalidad de que este desarrolle de su inteligencia emocional con una serie de actividades para cada sesión. Cada actividad fue tomada y adaptada de Beltrán (2007) y Terraviva (2014), las mismas serán evaluadas según criterios específicos descritos en el programa (ver anexo A).

## PROCEDIMIENTO

### FASE PREPARATORIA

Inicialmente se estableció un contacto con el Jefe de la Unidad de Cirugía pediátrica del Hospital Clínico Universitario de Caracas, el Doctor Irían Ordaz, con la finalidad de conocer la posibilidad de aplicar un programa de intervención destinado a desarrollar la inteligencia emocional en niños con hospitalización prolongada mediante el juego cooperativo; debido a un estudio de necesidades previamente desarrollado por De Abreu (2014) en el servicio en el cual se evidenció la necesidad de trabajar con los niños hospitalizados.

Sin embargo, después de realizar la caracterización de la muestra, los investigadores se percataron que el número de niños en el servicio era muy bajo y que el período de hospitalización no era prolongado; por lo que se dirigieron al Hospital de Niños José Manuel de los Ríos, específicamente al área de oncología, donde conversaron con la psicóloga de planta, la cual mostró receptividad con respecto al programa, pues destacaba que es un área necesitada; aunque también describió que debido a la situación país y la dificultad de conseguir implementos no se estaban dejando niños hospitalizados en la institución.

Por último, se realizaron los contactos con el Hospital Cardiológico Infantil Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa ya que debido a las condiciones relativas a las enfermedades que se tratan en la Institución, cardiopatías congénitas, los pacientes podían tener una estadía prolongada en la misma y por la población que atiende, desde los primeros días de vida hasta los dieciocho años, era factible cumplir con los criterios de selección de los sujetos.

Paralelo a ese proceso, se diseñó el programa de intervención de tres sesiones conformadas por más de seis actividades y con una duración aproximada de dos horas cada una con el cual se pretendía operacionalizar la inteligencia emocional. De igual manera, se elaboró el Manual del Facilitador, donde se desglosan las actividades,

instrucciones y evaluación del mismo. Este programa fue revisado utilizando los criterios establecidos en Guevara (2004) y Maciá, Méndez y Olivares (1993) por un grupo de expertos con conocimientos en el área de psicología hospitalaria, juego cooperativo y elaboración de programas, los cuales, después de realizar las respectivas correcciones, convalidaron en su uso.

De igual manera, se sometió a la prueba de Inteligencia Emocional, la TMMS-24, a una sesión de pilotaje en el Servicio de Psicología Clínica de la Universidad Central de Venezuela con niños entre los 8 y los 12 años, donde estos respondieron con normalidad y expresaron que entendían los reactivos. Para este sondeo se utilizó una muestra de 10 niños.

Por último, se realizaron los formatos de los permisos pertinentes para trabajar con niños dentro de la institución, sin embargo, estos no fueron necesarios debido a que la política de la Institución impide que los padres se separen de los pacientes a menos que sea para procedimientos quirúrgicos, por lo que estos estuvieron presente durante la aplicación del programa y contemplaron las actividades.

### FASE DE INTERVENCIÓN

Se comenzó la fase de intervención contactando a la psicóloga de planta del Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa, la cual procedió a buscar a los cinco niños que participaron en el estudio. La actividad fue desarrollada en el espacio denominado “Área vital” de la Institución y los pacientes estuvieron acompañados en todo momento por sus representantes e incluso estuvieron niños que no participaron en el estudio por no cumplir el criterio de edad u hospitalización prolongada. Los investigadores aplicaron cada instrumento con cada uno de los participantes y se mantuvieron con ellos en cada momento para responder sus inquietudes; el orden de aplicación de los instrumentos fue primero el TMMS-24, luego el IDARE-C y por último el Cuestionario de Miedos.



Una vez finalizada la recolección de los datos del pre-test, se procedió a la aplicación del programa. La primera sesión constó con interrupciones de niños que no estaban participando en el programa, poca intervención de los participantes y una dificultad de índole escolar, la cual se podía evidenciar en las destrezas de los niños para cumplir con las actividades (no sabían leer, les costaba escribir, no entendían las instrucciones, entre otros). Esta sesión finalizó con la invalidación de dos sets de instrumentos pues los sujetos no coincidían con las edades correspondientes y hubo un error al tomarle los datos de identificación.

En el segundo día se integraron dos participantes más que comenzaban su período de hospitalización prolongada, es decir, cumplían seis días de hospitalización. Esta sesión se llevó a cabo de acuerdo a como se tenía contemplada y la integración de las nuevas participantes no generó mayor inconveniente, al realizarse el resumen de la sesión anterior se les explicó en qué consistían las emociones que se habían trabajado el día anterior y se prosiguió con las actividades estipuladas. Se terminó la sesión recabando las medidas del pre-test de los nuevos participantes. Es importante resaltar que para el desarrollo de esta sesión solo estuvieron presentes los participantes y sus representantes; uno de los participantes no estuvo presente debido a un procedimiento quirúrgico.

De igual manera, la última sesión de aplicación se desarrolló de acuerdo a lo contemplado y se contó con todos los participantes del día anterior (incluyendo el sujeto que no había estado presente por el procedimiento quirúrgico) los cuales realizaron las actividades estipuladas y culminaron la sesión con la aplicación del post-test, al igual que el pre-test, primero se aplicó la TMMS-24, luego el IDARE-C y finalmente el Cuestionario de Miedos.

Considerando que el grupo de participantes no tuvo igualdad de condiciones al momento de la aplicación del programa, debido a las consideraciones antes mencionadas, se descartó la intención inicial de evaluar los resultados obtenidos de forma grupal, empleando análisis estadístico. Por lo que se llegó a la conclusión de

trabajar los resultados de cada participante de forma aislada, comparando a cada uno con sus propios puntajes en los cuestionarios y sobre la base de su participación dentro del programa de intervención.

## RESULTADOS

El análisis de resultados de la siguiente investigación será realizado bajo la mirada de dos tipos de resultados. En primer lugar, se expondrá la tabla de evaluación de los participantes dentro del programa "juego inteligente" señalando su desempeño dentro de cada actividad del programa. En segundo lugar, se trabajará con los resultados que los participantes obtuvieron tras la aplicación de los distintos cuestionarios, comparando a cada sujeto con sus propios indicadores.

### RESULTADOS DEL PROGRAMA

A continuación, en la tabla 3, se contemplarán las actividades del programa de intervención "Juego Inteligente" junto con sus objetivos con la finalidad de realizar su evaluación.

*Tabla 3. Evaluación del programa de intervención "Juego Inteligente" con respecto a los objetivos esperados y obtenidos.*

<b>Sesión I</b>				
<b>Actividad</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Participantes</b>	<b>Esperado</b>	<b>Obtenido</b>
Rueda la Pelota	Con la participación del 80% los integrantes.	6	80%	100%
Cambio de Sitio	Con la participación del 80% los integrantes.	6	80%	100%
Iglú	Mediante la respuesta correcta de los participantes en al menos 70%	6	70%	50%
Adivina quién emocional	Que los niños describan las características de las emociones correctamente en un 80%	6	80%	20%
Sopa de Letras	Que los participantes tengan al menos tres respuestas correctas.	6	60%	100%
Nos inflamamos como globos	Con la participación de todos los integrantes que practicaron al menos dos de las actividades anteriores.	6	100%	100%

Continuación de la tabla 3...

<b>Sesión II</b>				
<b>Actividad</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Participantes</b>	<b>Esperado</b>	<b>Obtenido</b>
La cámara de fotos emocional	Mediante la conformación adecuada de parejas y la participación del 90% del grupo y al menos tres respuestas correctas ante la expresión del compañero.	5	90%	100%
En cadenas	Que los participantes logren desenredar el nudo sin soltarse.	5	70%	100%
Búsqueda del tesoro	El seguimiento adecuado de las instrucciones y la participación del 70%	5	70%	100%
Laberinto	Que al menos el 70% de los participantes resuelvan el laberinto de la manera correcta.	5	70%	60%
El libro sobre la cabeza	Con la participación del 80% de los niños y que los participantes puedan cruzar de un extremo a otro.	5	80%	100%
Adivinar acciones	Que el grupo tenga al menos el 70% de los aciertos.	5	70%	80%
Nos inflamamos como globos	Con la participación de todos los integrantes que practicaron en al menos dos de las actividades anteriores.	5	100%	100%

Continuación de la tabla 3...

<b>Sesión III</b>				
<b>Actividad</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Participantes</b>	<b>Esperado</b>	<b>Obtenido</b>
Espejo Emocional	Que al menos el 70% de los niños participen en la actividad y sean capaces de imitar las emociones que dicta el facilitador de forma correcta.	5	70%	100%
Rompecabezas en grupo	Que los participantes sean capaces de esperar su turno para colocar su pieza y que el rompecabezas sea armado correctamente.	5	70%	100%
¿Cómo me siento?	Que al menos el 70% de los participantes escriba la historia con un inicio, desarrollo y final.	5	70%	80%
¿Cómo me quiero sentir?	Que al menos el 70% de los participantes escriba la historia con un inicio, desarrollo y final.	5	70%	80%
Rayos X	Que al menos el 70% de los participantes dibuje dentro de la silueta	5	70%	100%
Máscara de las emociones	Con la participación del 80% de los niños y que dibujen dentro de la silueta entregada.	5	80%	100%
Nos inflamamos como globos	Con la participación de todos los integrantes que practicaron al menos dos de las actividades anteriores.	5	100%	100%

En la tabla anterior se describe el nombre de la actividad, la evaluación que tenía la misma, la cantidad de niños que participaron, el criterio para considerar que el objetivo se había cumplido y el resultado obtenido en la aplicación del programa; en total se tienen veinte actividades contempladas para fomentar la inteligencia emocional a través del juego cooperativo, de esas veinte actividades se logró cumplir

con el criterio esperado en diecisiete de ellas, lo cual representa el 85% de los objetivos alcanzados; estos resultados permiten afirmar que se cumplió con la administración del programa. En referencia a estos resultados se concluye que el programa de intervención puede ser aplicado para dicha población y que funciona de manera adecuada.

### RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS

En el presente apartado, se describen los puntajes obtenidos por los participantes antes del programa de intervención “Juego Inteligente” y el valor obtenido después del mismo; estos fueron recolectados a través de los instrumentos TMMS-24, IDARE-C y el Cuestionario de Miedos los cuales fueron contestados por los cinco participantes del programa.

Cada participante será comparado sobre la base de los puntajes que cada uno obtuvo en la medición inicial de cada prueba en contraste de la medición final, así como también con los indicadores de cada sub-escala. Cada sujeto será comparado exclusivamente con sus propios resultados, los cuales serán expuestos a continuación.

*Tabla 4. Resultados del sujeto 1.*

<b>Sujeto</b> JG <b>Edad</b> 12 años <b>Sexo</b> Masculino <b>Diagnóstico</b> Coartación de aorta	Áreas	Sub-Escalas	Pretest	Postest
	<b>Inteligencia emocional</b>	<i>Percepción</i>	26	21
		<i>Comprensión</i>	20	19
		<i>Regulación</i>	19	26
	<b>Ansiedad</b>	<i>Temor</i>	30	30
		<i>Tranquilidad</i>	45	45
		<i>Preocupación</i>	80	1
		<i>Evitación</i>	80	7
		<i>Somatización</i>	9	9
		<i>Ira y tristeza</i>	5	5
<b>Temor</b>	<i>Miedo total</i>	30	45	
	<i>Agorafobia</i>	9	15	
	<i>Fobia social</i>	15	19	
	<i>Fobia a la sangre</i>	6	11	
	<i>Ansiedad + Depresión</i>	16	18	

Tal como se puede observar en la tabla 4, el sujeto 1 es un paciente de 12 años de edad, una de las características principales de este participante es que se encontró presente en la primera y la última sesión del programa, ya que al segundo día fue sometido a un proceso quirúrgico tal como lo es el cateterismo terapéutico; esta intervención e interrupción del programa pudo haber afectado sus efectos.

En el área de inteligencia emocional y de acuerdo a las tres sub-escalas que componen esta prueba tuvo variaciones significantes con respecto a sus puntajes; en el pre-test, en la sub-escala percepción obtuvo un puntaje de 26 lo cual, de acuerdo a los parámetros del instrumento, indica que es “adecuada”, es decir, que el sujeto 1 tiene una percepción adecuada de sus estados emocionales lo cual le permite sentir y expresar sus sentimientos de forma adecuada. Mientras que al aplicarle el post-test, se observa un descenso de este puntaje que lo hace clasificar como “poca”. Por su parte, en la comprensión de sus sentimientos, a pesar que el puntaje varía un poco ambos se corresponden con la etiqueta “poco”, es decir que JG no comprende a totalidad los estados emocionales que experimenta. Con respecto al área de regulación, se nota una mejoría, ya que JG pasa de un puntaje que se equivale con la etiqueta “poco” a tener uno “adecuado”, es decir que la capacidad de regular sus estados emocionales mejoró.

Con respecto a la ansiedad que reporta este sujeto, se puede decir que los valores más altos que obtuvo en el pre-test estaban enfocados en las áreas preocupación y evitación, con valores altos que se encasillaban en el percentil 80; sin embargo, al momento de realizar el post-test estos descienden de forma abrupta hasta valores que el instrumento considera “clínicamente significativos”. Con respecto a las otras áreas (como temor, tranquilidad, somatización e ira y tristeza) se puede observar cómo se mantienen estables esos valores, indicando que la ansiedad se encontraba más dirigida a las áreas de preocupación y evitación.

En la evaluación de temor se percibió que los puntajes en todas las escalas aumentaron. En la escala de “*Fobia total*” de la prueba pre-test, el sujeto obtiene un valor de 30 sobre un rango de 0 a 120 según el Cuestionario de Miedos, esto indica que el sujeto se encuentra con cierto grado de temor al momento de la evaluación lo que se corrobora con el resto de los puntajes en las sub-escalas subsiguientes. Al momento de la segunda evaluación, el participante puntuó mayor en comparación a la primera, aumentando el MT a 45, señalando que incremento el nivel de temor en el paciente, pero el cambio más significativo se aprecia en las sub escalas de agorafobia y miedo a la sangre, lo que podría ser explicado porque el paciente tenía turno quirúrgico en los días próximos. Se percibió un puntaje relativamente alto en la escala de ansiedad- depresión tanto en la medición inicial como en la final, teniendo un puntaje cercano al valor medio del rango (escala de 0 a 40).

Tabla 5. Resultados del sujeto 2.

<b>Sujeto</b> WD <b>Edad</b> 9 años <b>Sexo</b> Femenino <b>Diagnóstico</b> Atresia T.	Áreas	Sub-Escalas	Pretest	Postest	
	<b>Inteligencia emocional</b>		<i>Percepción</i>	34	33
			<i>Comprensión</i>	31	29
			<i>Regulación</i>	24	40
	<b>Ansiedad</b>		<i>Temor</i>	45	65
			<i>Tranquilidad</i>	94	25
			<i>Preocupación</i>	60	60
			<i>Evitación</i>	80	7
			<i>Somatización</i>	80	80
			<i>Ira y tristeza</i>	5	30
	<b>Temor</b>		<i>Miedo total</i>	49	63
			<i>Agorafobia</i>	13	21
			<i>Miedo a la sangre</i>	20	25
			<i>Fobia social</i>	16	17
			<i>Ansiedad + Depresión</i>	19	25

En la tabla 5, correspondiente al sujeto número dos, se reflejan los resultados de una niña de nueve años diagnosticada con una atresia T, ella estuvo presente durante todos los momentos de la aplicación y participó en todas las actividades.



Al observar sus resultados en la escala de inteligencia emocional se nota la consistencia que tuvieron teniendo muy leve variación en sus primeras dos sub-escalas y una variación notoria con respecto a la última. En el área de percepción, en la aplicación del pre-test obtuvo un puntaje de 34 lo cual es equivalente a una adecuada percepción de sus sentimientos, mientras que en el post-test obtuvo un resultado de 33, lo cual se equipara con la misma categoría; estos resultados indicarían que el programa de intervención no ocasionó ningún cambio en esta área en específico. Con respecto a la sub-escala de comprensión, se observa un desempeño similar, en el pre-test obtuvo una puntuación de 31 y en el post-test 29; ambos puntajes pertenecen a la etiqueta “adecuado” lo cual, de acuerdo a lo estipulado en el test, indica que la niña es capaz de comprender de manera adecuada sus estados emocionales. Por último, en el área de regulación, los resultados muestran una mejoría significativa ya que de un 24 que se correspondía con la etiqueta “adecuado” pasó a obtener un 40 que equivale a una regulación “excelente”, es decir, que esta niña no solo percibe y comprende adecuadamente sus estados emocionales, sino que además es capaz de regularlos.

Con respecto a sus resultados en el Inventario de Ansiedad para niños, se observa que los resultados más altos de WD en la aplicación del pre-test fueron en las sub-escalas de tranquilidad, evitación y somatización con valores de 94, 80, 80 respectivamente, de los cuales solo “tranquilidad” califica como clínicamente significativo por los valores altos; mientras que en el extremo inferior resalta ira y tristeza con una puntuación de 5. Por su parte, en el post-test obtuvo un resultado alto que se mantiene de la primera aplicación, somatización con 80 puntos; y un resultado estadísticamente significativo en el extremo inferior en la categoría de evitación, el cual descendió de 80 a 7 puntos percentilares; indicando que la sujeto dos cambió su percepción después de la aplicación del programa, lo cual se traduce en que las conductas evitativas que se presentaban antes deberían disminuir. Los resultados que se mantuvieron estables para WD fueron en las sub-escalas preocupación, con 60 y somatización, con 80. Otro cambio importante es referente a la “ira y tristeza” ya que

pasó de 5 a 30 puntos percentilares, saliendo así del criterio que lo identifica como clínicamente significativo.

En la evaluación de temor, la participante inicialmente ya tenía valores moderados de la variable, puntuando 49/120 en la escala de miedo total y 19 en la de ansiedad y depresión; ambos valores se encuentran cercanos al valor medio por lo que se puede decir que la paciente si presentaba temor inicialmente. Sin embargo, los valores finales de la paciente subieron aún más al momento de la segunda evaluación llegando a 63 en la escala de miedo total y 25 en ansiedad y depresión.

Tabla 6. Resultados del sujeto 3.

<b>Sujeto</b> BR <b>Edad</b> 8 años <b>Sexo</b> Femenino <b>Diagnóstico</b> P. O. Glenn	Áreas	Sub-Escalas	Pretest	Postest	
	<b>Inteligencia emocional</b>		<i>Percepción</i>	32	22
			<i>Comprensión</i>	29	32
			<i>Regulación</i>	40	39
	<b>Ansiedad</b>		<i>Temor</i>	65	65
			<i>Tranquilidad</i>	65	94
			<i>Preocupación</i>	1	35
			<i>Evitación</i>	7	35
			<i>Somatización</i>	9	92
			<i>Ira y tristeza</i>	5	60
	<b>Temor</b>		<i>Miedo total</i>	40	57
			<i>Agorafobia</i>	5	25
			<i>Miedo al a sangre</i>	18	16
			<i>Fobia social</i>	17	16
			<i>Ansiedad + Depresión</i>	24	21

El sujeto tres era una paciente de 8 años de edad con un diagnóstico de P. O. Glenn que cumplió con el criterio de hospitalización prolongada al segundo día del programa, por lo que las actividades de la primera sesión fueron realizadas también en la segunda sesión, mientras que la medición fue tomada al finalizar esta. El desempeño de esta participante fue adecuado y respondió de manera correcta a las actividades que se le plantearon.

En la tabla 6 se visualiza que en la prueba de inteligencia emocional obtuvo resultados bastante consistentes; en el área de la percepción de sus estados emocionales fue donde sus puntajes de muestran más variables, ya que en el pre-test puntuó 32 para percepción, lo cual se interpreta como una percepción adecuada y el post-test fue de 22, descendiendo a la etiqueta poca; es decir que la percepción de sus estados emocionales decreció después del programa de intervención. A diferencia del primer resultado, en las otras dos sub-escalas se mantuvieron las puntuaciones: en comprensión primero obtuvo un puntaje de 29 y después del programa fue de 32, los cuales se interpretan como una comprensión adecuada de sus sentimientos; mientras que en regulación fue de 40 y posteriormente de 39, lo cual de acuerdo al TMMS-24 es equivalente a una excelente regulación de sus estado emocionales.

En esa misma tabla se pueden observar los puntajes del participante número tres con respecto a la escala de ansiedad, cuyos resultados en cuatro de las categorías para la primera aplicación del cuestionario fueron clínicamente significativos, estos se corresponden con las áreas de preocupación, evitación, somatización e ira y tristeza; esto indicaba que antes de la aplicación del programa los niveles de ansiedad de esta participante eran muy bajos. Sin embargo, después de la aplicación, estos niveles se incrementaron, llegando dos a ser clínicamente significativos: tranquilidad y somatización; lo cual, a pesar que se haya aumentado la tranquilidad de la niña, indica que también aumentó la ansiedad general de la misma. El temor, fue un valor que se mantuvo estable en el percentil 65.

Por su parte, en la evaluación del cuestionario de miedo se apreció inicialmente que la participante tenía valores moderados de temor obteniendo incluso un puntaje de 5 en la sub –escala de agorafobia, pero si se observaron valores altos en las sub escalas de fobia social y miedo a la sangre. Al momento de la segunda medición la participante aumento su valor en la escala de miedo total de 40 a 57/120, y el cambio se percibió en mayor medida en la sub escala de agorafobia, donde aumento el valor inicial a 25, siendo este último un valor significativamente

importante considerando que las demás escalas mantuvieron valores similares a los obtenidos inicialmente.

Tabla 7. Resultados del sujeto 4.

<b>Sujeto</b> XS <b>Edad</b> 12 años <b>Sexo</b> Femenino <b>Diagnóstico</b> C. I. V.	Áreas	Sub-Escalas	Pretest	Postest	
	<b>Inteligencia emocional</b>		<i>Percepción</i>	27	24
			<i>Comprensión</i>	22	32
			<i>Regulación</i>	27	34
	<b>Ansiedad</b>		<i>Temor</i>	75	75
			<i>Tranquilidad</i>	45	45
			<i>Preocupación</i>	15	60
			<i>Evitación</i>	35	15
			<i>Somatización</i>	92	35
			<i>Ira y tristeza</i>	30	30
	<b>Temor</b>		<i>Miedo total</i>	55	43
			<i>Agorafobia</i>	18	13
			<i>Miedo a la sangre</i>	22	17
		<i>Fobia social</i>	15	13	
		<i>Ansiedad + Depresión</i>	15	21	

Por su parte, el cuarto sujeto es una niña de doce años de edad con el diagnóstico de una comunicación interventricular. Esta participante estuvo presente los tres días de aplicación del programa y participó en todas las actividades.

En la tabla 7 se observa que sus resultados para el test de inteligencia emocional son prácticamente homogéneos: en la primera sub-escala, donde se indica el nivel de percepción de los estados emocionales de los niños, obtuvo puntajes de 27 y 24 según la primera y la segunda aplicación respectivamente; lo cual se puede interpretar como que pasó de tener una percepción adecuada de sus sentimientos a ser poca después de la aplicación del programa de intervención. En el área de comprensión, por el contrario, se destaca una mejoría, ya que de su primer puntaje, 22, para la segunda aplicación tuvo 32; lo cual, de acuerdo a la forma de corregir del instrumento, indica un cambio de poco a adecuado en esta área. Por último, con respecto a la regulación de los estados emocionales, la participante se mantuvo

estable: obteniendo en el pre-test y el post-test resultados que se equiparaban con respecto a la etiqueta: adecuado.

De igual manera, en la escala de ansiedad, la sujeto número cuatro solo muestra un resultado clínicamente significativo, el cual se corresponde al área de somatización y que muestra un cambio para la aplicación del post-test, ya que de un punto percentilar equivalente a 92 luego obtiene un 35. Esta participante fue muy consistente con sus respuestas, lo cual se evidencia en las sub-escalas de temor, tranquilidad e ira y tristeza, donde los resultados se mantienen exactamente iguales. Las variaciones en las áreas restantes como preocupación y evitación, no son significativas.

La participante en la evaluación de temor tuvo resultados de acuerdo a lo esperado. Inicialmente sostenía un valor de 55 en la escala de miedo total, el cual disminuyó tras la segunda medición. Lo mismo ocurrió en el resto de las sub escalas. La única que pareció haber aumentado es la escala de ansiedad y depresión.

*Tabla 8. Resultados del sujeto 5.*

<b>Sujeto</b> AL <b>Edad</b> 11 años <b>Sexo</b> Femenino <b>Diagnóstico</b> P. O. Glenn	Áreas	Sub-Escalas	Pretest	Postest
	<b>Inteligencia emocional</b>	<i>Percepción</i>	32	27
		<i>Comprensión</i>	25	31
		<i>Regulación</i>	22	38
	<b>Ansiedad</b>	<i>Temor</i>	65	75
		<i>Tranquilidad</i>	65	25
		<i>Preocupación</i>	1	15
		<i>Evitación</i>	2	7
		<i>Somatización</i>	35	60
		<i>Ira y tristeza</i>	5	60
	<b>Temor</b>	<i>Miedo total</i>	39	50
		<i>Agorafobia</i>	11	14
		<i>Miedo a la sangre</i>	9	17
<i>Fobia social</i>		19	19	
<i>Ansiedad + Depresión</i>		14	23	

El último participante es una niña de doce años, de sexo femenino, diagnosticada con un P. O. Glenn, ella, al igual que el sujeto 3, se integró en el segundo día de aplicación del programa de intervención; en cuya sesión realizó las actividades del primer día y respondió los instrumentos necesarios para el pre-test.

Con respecto a su inteligencia emocional, basándonos en los datos descritos en la tabla 8, se puede observar que sus puntajes obtenidos para las dos primeras sub-escalas son homogéneos, siendo estos correspondientes a la etiqueta adecuado tanto para el pre-test como para el post-test; indicando así que esta participante posee una adecuada percepción y comprensión de sus estados emocionales. Por otra parte, en referencia a la tercera y última sub-escala de inteligencia emocional, regulación, se observa una variación positiva, ya que de obtener un puntaje que equivalía a poco, 22, luego del programa de intervención este cambió a 38 lo cual es proporcional a una excelente regulación de las emociones.

De igual manera, en el inventario de ansiedad, se observaron tres categorías señaladas como clínicamente significativas por sus bajos puntajes en el pre-test: preocupación, evitación e ira y tristeza; de las cuales solo una no cambió para cuando finalizó el programa de intervención (evitación). Con respecto a puntajes significativamente altos, en esta participante no se observaron ni en el pre-test ni en el post-test. Los valores de las sub-escalas temor, tranquilidad y somatización se encasillaron en puntajes percentilares centrales.

En la evaluación de temor la participante inicialmente obtuvo puntos moderados de la variable, obteniendo 39 en la escala de miedo total, y con valores cercanos al valor medio en el resto de las sub-escalas, lo cual es esperado para un sujeto en su condición. Sin embargo, hubo una sub-escala que aumentó considerablemente al momento de la segunda evaluación que fue la de miedo a la sangre que paso de 9 a 17/40. Esta fue la única sub-escala que tuvo un aumento significativo; lo que llevo la escala de miedo total a puntuar más alto.

## DISCUSIÓN

Inicialmente, y de cara al objetivo general de la investigación no se puede afirmar que existe una relación entre la inteligencia emocional desarrollada a través del juego cooperativo, la ansiedad y el temor; debido a que los resultados no fueron concluyentes. Sin embargo y a pesar de ello, la finalidad inicial del trabajo se logró en correspondencia con los objetivos planteados.

La situación actual de hospitalización en Venezuela está en una etapa crítica; en la ciudad capital del país son pocos los hospitales o centros de salud los que están admitiendo a pacientes durante un periodo prolongado de hospitalización. Actualmente los hospitales se encuentran trabajando con casos de emergencia, por los altos costos que implican mantener a un paciente interno en el centro y los pocos insumos con los que se cuentan.

Esto llevó a la investigación a situarse en uno de los pocos centros que aún mantienen a pacientes de forma prolongada, a pesar de que este fuera un centro meramente quirúrgico. Esta última acotación, repercutió en el desarrollo formal del trabajo, en la medida que muchos de los participantes no permanecieron de forma continua durante el desarrollo del programa, debido a situaciones de orden médico que no había forma de preverlo antes de la ejecución del programa.

Esto impidió que se realizara un análisis correlacional de las variables como previamente estaba contemplado, lo que lleva a que los resultados que se discutirán a continuación se realicen de cara al desempeño individual de cada uno de los participantes en el programa.

De forma general y con relación a los resultados, quedó evidenciado que la situación hospitalaria genera reacciones emocionales de ansiedad y temor que son apreciables tanto en las mediciones iniciales de los participantes de esta investigación como en muchas otras relacionadas al ámbito hospitalario (López, 2011; Polaino-Lorente y Del Pozo, 1991; Fosson, Martin y Haley, 1990; Gaona et al., 1985;

Lizasoain y Polaino, 1988; Pasacreta y Massie, 1990; Teichmand et al., 1986; Kashani y Orvaschel, 1990; Lizasoain y Polaino, 1992 y 1995; Ochoa y Polaino, 1999). También se muestra cierta tendencia a que la medición final de la inteligencia emocional aumentara en al menos uno de las sub escalas de la prueba.

Específicamente, en el participante 1, con relación a los valores de la prueba de inteligencia emocional se evidenció cierta consistencia en lo que fue la primera medición y la última, teniendo a penas ligeras variaciones de sus puntajes, por lo que se puede decir que este sujeto de forma general al atributo tiene un adecuado manejo de sus emociones, con alto énfasis en la regulación de las mismas, lo cual es atribuible a su proceso de maduración biológica (León, 2011; Santamaría, 2005), considerando que este era uno de los dos participantes de mayor edad. Con respecto a los puntajes de ansiedad de este participante, y tal como se muestra en sus resultados, los valores más altos estuvieron en la evaluación inicial; considerando que la ansiedad es en esencia anticipatoria (Aguilera y Whetsel, 2007), y considerando además que entre la evaluación inicial y la final el participante estuvo sometido a un proceso de intervención, se podría entender como los resultados descendieron en relación a la ansiedad; mientras que aumentaron con relación al temor, sobre todo en las sub escalas de miedo a la sangre (referida al contexto hospitalario) y agorafobia (que involucra tanto los espacio abiertos como la sensación de soledad).

Esto último se evidencia con mayor facilidad en la actividad escrita de la última sesión del programa de juego cooperativo llamada “¿Cómo me siento?” y “¿Cómo me quiero sentir?”; en el desarrollo de ambas el participante hizo referencia al proceso por el cual fue sometido, señalando que se sentía con dolor por la experiencia, y que esperaba que pronto le realizaran la segunda intervención para sentirse “muy bien y arreglarme mi corazón”. Al momento de la actividad y como impresión subjetiva no se veían rasgos de ansiedad en el participante, pero si se notaba algo preocupado por la segunda intervención, lo cual podría explicar los resultados finales de escala de temor.



En el caso del participante 3, los puntajes de inteligencia emocional indican que con relación a este atributo el sujeto tiene en promedio una adecuada comprensión de sus emociones, destacando en la sub escala de regulación de la prueba. En la escala de ansiedad y en la de temor, se percibe un ligero aumento entre el pre-test y el post-test, variando en relación a las sub escalas de cada prueba. Esta tendencia se refleja también en los participantes 2, 4 y 5, en donde se denota una tendencia a aumentar los valores de ansiedad y temor y mantener relativamente iguales o con ligeras variaciones los puntajes de la inteligencia emocional.

Sobre la base de que la inteligencia emocional es una habilidad que le va a permitir al sujeto poder tener una mayor discriminación de las diferentes emociones que experimenta, así como también poder utilizar esta información para guiar su propio pensamiento y acciones (Molero, Saiz y Esteban, 1998), se podría suponer que los resultados de estos participantes se mostraron de esta forma a causa de que ellos mismo fueron capaces de discriminar las reacciones que estaban experimentando; concientizando sus propias sensaciones de ansiedad y temor, lo que podría explicar cómo éstas aumentan de la forma en la que lo hicieron después de la intervención del programa.

Dado a que lo que se pudo comparar entre cada uno de estos participantes fue una tendencia, la variabilidad como tal intra-sujeto, puede ser explicada a partir de lo propuesto por López (2011) sobre el comportamiento de cada niño en el ambiente hospitalario, el cual señala que las respuestas del sujeto a una condición ambiental particular dependen de cada caso y de la intensidad de cada experiencia, que van a ser mediada por dos factores inherentes a cada individuo que son, en primer lugar, el equilibrio emocional que posea previamente el sujeto, y su grado de vulnerabilidad frente a los ambientes demandantes; en segundo lugar, va a depender de la forma en la que cada persona percibe la situación de hospitalización y las expectativas que tenga de ésta. Es así como el autor proporciona una manera de entender la diferencia de los valores de cada sujeto con relación a los mismos atributos y después de haber pasado por el mismo programa de intervención.

Continuando lo antes expuesto, no se puede afirmar que los resultados obtenidos son meramente atribuibles a cada proceso individual de cada participante sobre el proceso de hospitalización; ya que también existieron factores externos al programa que no permiten la severidad de tal afirmación. Así tenemos el caso de los participantes 3 y 5 que cumplieron con los criterios de inclusión al programa cuando era el segundo día de aplicación; también está el caso del participante 1 que tuvo que ausentarse de la continuidad de desarrollo de las actividades debido a un proceso de intervención quirúrgica; o incluso el caso de las participantes 2 y 4, que a pesar de que estas estuvieron de principio a fin en el transcurso del programa, éstas no poseían la capacidad de lecto-escritura esperada para su edad, y hubo que hacer consideraciones especiales en el desarrollo de algunas actividades del programa.

Ribes (1990) plantea que la inteligencia es una competencia adquirida por el individuo que le va a permitir adquirir capacidades básicas de integración a su ambiente; bajo esta premisa lógica no todos los participantes poseían las competencias necesarias para desarrollar las habilidades que pretendía fomentar el programa de intervención (inteligencia emocional). Es aquí donde se plantea un problema sobre la forma de medida efectuada en esta investigación; si bien se utilizaron pruebas que están validadas para su uso en niños en ambientes hospitalarios, las características que cada prueba poseía pudieron no ser las más adecuadas para la investigación. Cada instrumento de medición, consistía en esencia una prueba categorial, tipo *rating*, la cual está orientada a indicar como se ubica el sujeto con relación a la norma, y asignarle una etiqueta (adecuado, excelente, poco, entre otros) que señale cuánto del atributo que se está midiendo tiene. Por ejemplo, cuando la prueba se enfrenta a un participante que no coincide con la norma (que no esté escolarizado) es difícil precisar si realmente lo que fue evaluado representa la cantidad de atributo que el sujeto tiene al momento de la medición. Lo que lleva a cuestionarse si la medición bajo los parámetros psicométricos o estadísticos, es la más adecuada para niños en este tipo de contextos; considerando que los niños en situación de hospitalización están sometidos a diferentes tipos de evaluaciones en su

día a día, pudiendo haber observado una reactividad a este tipo específico de evaluación.

Finalmente, se puede decir que el programa permitió mantener un nivel base de inteligencia emocional en los participantes (con ciertas fluctuaciones para cada uno), y que las variaciones más preponderantes se evidenciaron en los atributos de ansiedad y temor; pudiendo también afirmar que éstas se explican sobre la base de la participación de cada sujeto en la intervención así como también de la intensidad con que cada uno de ellos haya percibido la situación de hospitalización.

## CONCLUSIONES

Sobre la base de todo lo aquí expuesto, a pesar de las limitaciones que implicaron la realización de este trabajo, se pueden establecer ciertas conclusiones. En primera instancia queda nuevamente señalado que la hospitalización prolongada genera reacciones emocionales que repercuten en el paciente, tales como las que fueron estudiadas por esta investigación.

En segundo lugar, se evidencia la necesidad de que tanto en la institución donde se aplicó el programa como en cualquier institución hospitalaria que albergue niños de forma prolongada, se generen espacios de expresividad emocional que les permitan a estos ir desarrollando la habilidades de reconocimiento, expresión y regulación de las emociones, con la intención de sobrellevar las repercusiones de la misma hospitalización.

En tercer lugar, se puede afirmar que el programa "juego inteligente" que fue diseñado, constituye una manera de fomentar la inteligencia emocional de los niños, pudiendo ésta ser una herramienta que puede ser utilizada en otras investigaciones cuya intención sea mejorar esta habilidad.

En cuarto lugar, de acuerdo a los resultados obtenidos y en función de los objetivos específicos se puede concluir que los alcances de esta investigación fueron los siguientes:

- Se diseñó un programa en función del juego cooperativo para fomentar la inteligencia emocional en niños de 8 a 12 años con hospitalización prolongada; el cual fue validado por expertos en el área.
- Dicho programa tuvo una incidencia sobre los valores de inteligencia emocional, ansiedad y temor, los cuales aumentaron en distintas áreas después de la intervención.
- Se logró conocer los niveles de inteligencia emocional, ansiedad y temor en pacientes de 8 a 12 años diagnosticados con cardiopatías congénitas.

- Los valores de inteligencia emocional aumentaron en la sub-escala “regulación” lo cual podría indicar que los niños que participaron en esta investigación desarrollaron la habilidad de controlar más sus estados emocionales.
- Los resultados de ansiedad y temor también se incrementaron, lo cual podría indicar que mientras mayor inteligencia emocional desarrollen los niños más capaces de discriminar entre las emociones que están sintiendo y, por ende, poder identificarlas mejor.
- El tipo de medida utilizada puede no ser la más adecuada para evaluar a niños con hospitalización prolongada.
- El ambiente hospitalario tiene un impacto sobre la inteligencia emocional de los niños.

Por lo antes mencionado, se puede concluir que la investigación alcanzó los objetivos que se propuso y derivó de ellos los hallazgos aquí presentados.

## LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Las limitaciones de esta investigación son:

- Por tratarse de un centro quirúrgico, no se contó con la continua participación de todos los sujetos durante las tres sesiones.
- Algunos de los participantes requerían de ayuda para realizar algunas de las actividades (tales como leer o escribir) ya que el proceso de escolarización no estaba presente o era muy precario.
- La incorporación de participantes durante el desarrollo del programa no permitió establecer si estos hubieran tenido cambios diferentes en sus puntajes si su estadía hubiese sido de forma continua durante la aplicación del programa.
- La emisión de conductas inadecuadas durante el programa de intervención por parte de otros niños que se encontraban presentes, pero que no participaron en el estudio (tales como solicitar hojas de actividades, gritar o querer participar en las dinámicas)
- La presencia de las madres durante la realización de las actividades, ya que el hospital tiene una dinámica donde los representantes deben estar en todo momento con el paciente.

Considerando lo anterior, se recomienda que para futuras investigaciones se contemple los siguientes aspectos al momento de trabajar con algunas de las variables de este trabajo, o si se orientan al trabajo en instituciones hospitalarias:

- Contar con un mayor número de participantes con la finalidad de lograr una muestra representativa si se pretende trabajar con un análisis estadístico de los datos.
- Desarrollar otros instrumentos de medida o aproximación para niños con hospitalización prolongada que contemplen las características de la población venezolana.

- Utilizar metodología cualitativa para la evaluación de los niños, tales como entrevistas, con la finalidad de descartar si existe una reactividad de los niños al tipo de evaluación cuantitativa dentro del contexto hospitalario.
- Validar los instrumentos para la población venezolana.
- Emplear otro tipo de evaluaciones tales como los registros observacionales para medir los cambios en las habilidades que se desea trabajar en niños dentro de este tipo de contextos.
- Aplicar el programa de intervención en otros centros de salud y con niños con otros diagnósticos y verificar si los constructos se comportan de la misma manera.
- Desarrollar nuevas estrategias que les permitan a los niños afrontar las consecuencias de la hospitalización prolongada.
- Explorar en mayor profundidad la relación entre la inteligencia emocional, la ansiedad y el temor.
- Verificar la escolaridad de los participantes y la posibilidad de que desarrollen las actividades del programa sin ayuda.
- Desarrollar programas y/o talleres que sean libres de cultura y que les permitan a los niños desarrollar la inteligencia emocional como forma de contrarrestar las consecuencias producto de la hospitalización prolongada.
- Considerar incluir un mayor número de sesiones en el programa que estén dirigidas a trabajar el juego como herramienta terapéutica, es decir, no solo fomentar la inteligencia emocional, sino estrategias para manejarla.
- Realizar la aplicación del programa sin la presencia de los representantes, con la finalidad de establecer si estos fueron un elemento que coartó o influyó en la participación de cada niño.
- Tomar las medidas del pre-test un día antes del inicio de la intervención.
- Garantizar a priori la permanencia de los participantes a lo largo del programa.

## REFERENCIAS

- Aguilera, P. y Whetsell, M. (2007). La ansiedad en niños hospitalizados. Tesis de grado de la Universidad de Tamaulipas, Matamoros: México. [Versión electrónica] recuperado el 30 de septiembre del 2014 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74107211>
- Alvarado, G. (2005). Desarrollo de juegos educativos para niños con enfermedades prolongadas en centros hospitalarios. [Versión electrónica]. Facultad de Ingeniería de Sistemas Computacionales, Universidad Tecnológica de Panamá.
- Bar-On, R. (1995). *The Emotional Intelligence Inventory (EQ-i)*: technical manual. Toronto, Canada : Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (1997). *Development of the Bar-On EQ-I: A Measure of Emotional Intelligence*. Paper presented at the 105th Annual Convention of the American Psychological Association, Chicago, August.
- Beltrán, O. (2007). Efecto de un programa de juegos cooperativos sobre las conductas prosociales y disociales de escolares con problemas de contravención al manual de convivencia. (Trabajo de investigación para optar el título de Profesional en Ciencias del Deporte y la Recreación, Universidad Tecnológica de Pereira). Recuperado de <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/11059/789/1/79301B453e.pdf>
- Bijou, S. (1982). *Psicología del desarrollo infantil* (La etapa básica de la niñez temprana). México: Trillas, Vol.3, Cap. 2.
- Cáceres, F., Caballero, F., Puerto, H. y Hernández; D. (2004). Eficacia de las intervenciones de enfermería para disminuir el temor en personas que inician tratamiento para el cáncer: Un ensayo clínico controlado [Versión electrónica] *MEDUNAB.* 7, 161-165. Recuperado de



<http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=213&path%5B%5D=196>

- Camacho, M. (2009). Estancia hospitalaria prolongada de pacientes post-operados. [Versión electrónica] *Revista de salud, sexualidad y sociedad*. 2(2). Recuperado el 4 de marzo del 2015 de <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20VI%202009/8.%20Estancia%20Hospitalaria.htm.pdf>
- Carpena, A. (2010). *Inclusión de las nuevas tecnologías en aulas hospitalarias: la videoconferencia como medio facilitador de la inteligencia emocional en alumnos de larga hospitalización*. Universidad de Murcia: España.
- Castillo, O. (1988). *Juegos cooperativos: Dinámicas y técnicas grupales* (3° ed.) Caracas: Autor.
- Cerón, D., Pérez, I. e Ibáñez, M. (2011). Inteligencia emocional en adolescentes de dos colegios de Bogotá [Versión electrónica] *Revista colombiana de psiquiatría*. Vol. 40 pp. 49-64. Recuperado el 7 de noviembre de 2014 de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n1/v40n1a06>
- Contreras, E. (1998). *En torno a algunos problemas conceptuales en el análisis conductual*. Fondo editorial de humanidades Universidad Central de Venezuela. Caracas: Venezuela.
- Cozby, P. (2005). *Métodos de investigación del comportamiento* (8° ed.). McGraw-Hill: México D. F, México.
- Chamorro, I. (1989). El juego en la educación infantil y primaria. [Versión electrónica] *Revista de la educación en extremadura*. Vol 10, pp 19-37. Recuperado el 7 de noviembre de 2014 de <http://educacioninicial.mx/wp-content/uploads/2014/01/JuegoEIP.pdf>

- De Abreu, Y. (2014). Otras formas de jugar: Programa de apoyo orientado a los niños hospitalizados en la Unidad de Cirugía pediátrica del Hospital Universitario de Caracas (Fase I). Proyecto Comunitario. Universidad Central de Venezuela: Caracas, Venezuela.
- Fernández, P. y Ramos, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la inteligencia emocional [Versión electrónica] *Ansiedad y estrés*. 5 (2-3), 247-260. Recuperado de [http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/PDF16Investigaciones\\_empiricas.pdf](http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/PDF16Investigaciones_empiricas.pdf)
- Fosson, A., Martin, J. y Haley, J. (1990). Anxiety among hospitalized latency-age children. [Versión electrónica]. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 11(6), 324-327 recuperado el 20 de octubre de 2014 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2289965>
- Garaigordobil, M. (2005). *Importancia del juego infantil en el desarrollo humano*. Aula Infantil, 25, 37 – 43.
- Goleman, D. (1997). *La inteligencia emocional*. Editorial Kairos.
- Gonzales, S. y Morales, S. (2013). *Programa de actividades lúdicas en la adaptación del pre escolar hospitalizado*. Hospital regional docente las mercedes. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Recuperado el 4 de octubre de 2014 de <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/234>
- González-Gil, F. y Jenaro, C. (2007). Impacto de la hospitalización en la calidad de vida infantil. [Versión electrónica]. *Educación y diversidad*. Vol 1, pp 237-256. Recuperado el 4 de octubre de 2014 de <http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/123292/1/ImpactoDeLaHospitalizacionEnLaCalidadDeVidaInfanti-2313700.pdf>

- Guevara, M. (2004). *Gerencia de Servicios Psicológicos: Una estrategia para la formulación de programas*. Caracas: Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, UCV., Cap. 4.
- Hernández, B. (2001). *Técnicas estadísticas de investigación social*. Díaz de Santos: Madrid, España.
- Hernández, P. (2005). ¿Puede la inteligencia emocional predecir el rendimiento? Potencial predictor de los moldes mentales. [Versión electrónica]. *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado* 19(3), 45-62. Recuperado el 20 de octubre de: [http://ww.w.aufop.com/aufop/uploaded\\_files/revistas/120914511210.pdf#page=45](http://ww.w.aufop.com/aufop/uploaded_files/revistas/120914511210.pdf#page=45)
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. D.F., México: McGraw Hill.
- Kashani, J. y H. Orvaschel. (1990). A Community Study of Anxiety in Children and Adolescents. [Versión electrónica]. *American Journal of Psychiatry* 147, 313-318.
- Kerlinger, F.N. y Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos en investigación en ciencias sociales*. Editorial Mc Graw Hill: México.
- Laguna, G. (2006). Proyecto de intervención psicológica en las familias de niños con cardiopatías congénitas: aplicación de un programa de relajación progresiva. [Versión electrónica]. *Revista fundación Mapfre* 17 (1), 38-46. Recuperado el 2 de agosto de [http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/medicina/v17n1/pdf/02\\_04.pdf](http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/medicina/v17n1/pdf/02_04.pdf)
- Lavega, P., Filella, G., Agulló, M., Soldevila, A. y March, J. (2011). Conocer las emociones a través de los juegos: ayuda para los futuros docentes en la toma

de decisiones [Versión electrónica] *Education and Psychology*. 9(2), 617-640.  
Recuperado el 2 de septiembre de 2014 de  
<http://repositori.udl.cat/handle/10459.1/41708>

Lawrence, S. (1997). *La inteligencia emocional de los niños*. Vergara editor: México.  
Recuperado el 5 de octubre de 2014 de  
<http://www.colegiospiritusanto.cl/talcahuano/wp-content/uploads/2007/09/La-Inteligencia-Emocional-de-los-Ni%C3%B1os.pdf>

León, C. (2011). *Secuencias de Desarrollo Infantil Integral*. Universidad Católica Andrés Bello: Caracas, Venezuela.

León, O. y Montero, I. (2006) *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. (3ª ed.). España: McGraw-Hill/Interamericana de España.

Lizasoáin, O. y Polaino, A. (1988). Evaluación de la modificación del autoconcepto infantil como consecuencia de la hospitalización. [Versión electrónica]. *Acta Pediátrica Española* 46(1), 13-19

Lizasoáin, O. y Polaino, A. (1992). La pedagogía hospitalaria en Europa: la historia reciente de un movimiento pedagógico innovador. [Versión electrónica]. *Psicothema* 4(1), 49-67. Recuperado el 20 de diciembre de  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72704103>

Lizasoáin, O. y Polaino, A. (1995). Reduction of anxiety in pediatric patients: effects of a psychopedagogical intervention programme. [Versión electrónica]. *Patient Education and Counseling* 25(1), 17-22. Recuperado de  
[https://scholar.google.es/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=es&user=FOGdLRUAAAAJ&citation\\_for\\_view=FOGdLRUAAAAJ:u5HHmVD\\_uO8C](https://scholar.google.es/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=FOGdLRUAAAAJ&citation_for_view=FOGdLRUAAAAJ:u5HHmVD_uO8C)

López, I. (2011). *Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: análisis psico-evolutivo*. Tesis Doctoral de la universidad de granada. [Versión

electrónica] recuperado el 23 de febrero de 2015 de [http://www.apega.org/attachments/article/943/Alteraciones\\_Emocionales\\_Hospitalizacion\\_infantil.pdf](http://www.apega.org/attachments/article/943/Alteraciones_Emocionales_Hospitalizacion_infantil.pdf)

López, J. (1989). Manipulando la inteligencia: ¿Quién necesita hablar de causas? [Versión electrónica]. *Psicothema* 1(2), 41-45. Recuperado el 20 de octubre de:

<http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7035>  
<http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7035>

López, M. (2007). *Aplicación de un programa de inteligencia emocional desarrollado en casa para disminuir la depresión infantil en niñas de 8 a 12 años*. Universidad Rafael Landívar. Recuperado el 3 de octubre de 2014 de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2007/05/42/Lopez-Maria.pdf>

Lorca, M., Pereira, M. (2014). Influencia de los juegos cooperativos en la conducta prosocial de niños en edad preescolar. (Trabajo de Licenciatura presentado para optar por el título de licenciado en psicología, Mención Psicología Clínica). Universidad Central de Venezuela, Caracas.

McGuigan, F. J. (1996). *Psicología experimental*. (6ª. ed.). México, DF: Prentice-Hall.

Maciá, D., Méndez, F. & Olivares, J. (1993). Intervención comportamental y prevención. En F. Méndez, D. Maciá y J. Olivares (eds.) *Intervención conductual en contextos comunitarios. Programas aplicados de prevención* (23-50). Madrid: Pirámide.

Mathews, A., Gelder, M. y Johnston, D. (1986). *Agorafobia, naturaleza y tratamiento*. Barcelona: Fontanella. [Versión electrónica] recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORN>

OS%20DE%20ANSIEDAD/FOBIA%20ESPECIFICA/CUESTIONARIO%20DE%20MIEDOS/FQ\_F.pdf

Martínez, A., Elizabeth, H., González, J. y Guadalupe, K. (2009). *Programa de terapia lúdica orientado a la disminución de las alteraciones del estado de ánimo en niños/as de la tercera infancia que adolecen de enfermedad médica y que tienen un periodo mayor de cuatro días en el hospital nacional de niños benjamín bloom*. Universidad Dr. José Matías Delgado. Recuperado el 4 de septiembre de 2014 de <http://webquery.ujmd.edu.sv/siab/bvirtual/BIBLIOTECA%20VIRTUAL/TESES/03/PSI/ADAP0000341.pdf>

Mayer, J. y Salovey, P. (1997). "What is emotional intelligence?" En P. Salovey y D. Sluyter (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.

Mayer, J., Salovey, P y Caruso, S. (2004). Modelos de la inteligencia emocional. [Versión electrónica]. Handbook of intelligence. Recuperado el 2 de febrero de 2015 de [http://www.unh.edu/emotional\\_intelligence/EI%20Assets/Reprints...EI%20Pr oper/EI2004MayerSaloveyCarusotarget.pdf](http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EI%20Assets/Reprints...EI%20Pr oper/EI2004MayerSaloveyCarusotarget.pdf)

Molero, C., Saiz, E. y Esteban, C. (1998). Revisión histórica del concepto de inteligencia: una aproximación a la inteligencia emocional. [Versión electrónica] *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 30, núm. 1, pp. 11-30. Recuperado el 3 de enero de 2015 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80530101>

Moreno, C., Alonso, D., Copete, B. y Emilio, P. (2005). Validación del inventario de ansiedad estado-rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. [Versión electrónica] *Acta colombiana de psicología*, Vol 13, pp 79-90.

Recuperado el 7 de noviembre de 2014 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79880105>

Noguera, C. (1984). Clasificación de las investigaciones en psicología. Caracas: Servicio de Publicaciones, Escuela de Psicología, UCV.

Ochoa, B. y Polaino-Lorente, A. (1999). Un estudio acerca del estrés de los padres como consecuencia de la hospitalización de sus hijos. [Versión electrónica] *Revista de psicopatología* 19(1), 22-29. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2826724>

Oliveri, A. (2011). Diseño de un sistema inclusivo de módulos lúdicos para la recreación y la rehabilitación de niños con discapacidad. Universidad autónoma de Queretaro. Recuperado el 22 de octubre de 2014 de <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1251/1/RI000810.pdf>

Pasacreta, J. V. y Massie, M. J. (1990). Nurses 'reports of psychiatric complications in patients with cancer. [Versión electrónica] *Oncol Nurs Forum* 17, 347-353. Recuperado el 3 de enero de 2015 de <http://ruc.udc.es/bitstream/2183/11083/1/CC-63%20art%2048.pdf>

Polaino-Lorente, A. y Lizasoain, O. (1994). Programa de intervención y modificación del auto-concepto en niños hospitalizados. [Versión electrónica] *Revista de psicología general y aplicada*. 47(3), 333-337. Recuperado el 15 de agosto de 2014 de <http://www.google.co.ve/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2163442.pdf&ei=mTYqVKble5bfsATKzYD4DQ&usg=AFQjCNHA9LkkZyCkdDSr-WKi0Cy5BKDWWg&bvm=bv.76477589,d.cWc>

Ribes, E. (1990). *Problemas conceptuales del análisis del comportamiento humano*. Editorial Trillas: D. F, México.

- Rodríguez, A., Sosa, M. y Escalante, C. (2009). Impacto de una intervención en inteligencia emocional con niños hospitalizados [Versión electrónica] *4th international congress on emotional intelligence*. 47, 7-31. Recuperado el 3 de agosto de 2014 de [http://static-changemakerscom.netdna-ssl.com/sites/default/files/competition\\_entry\\_form\\_files/4th\\_international\\_congress\\_on\\_emotional\\_intelligence\\_.pdf](http://static-changemakerscom.netdna-ssl.com/sites/default/files/competition_entry_form_files/4th_international_congress_on_emotional_intelligence_.pdf)[http://static-changemakerscom.netdna-ssl.com/sites/default/files/competition\\_entry\\_form\\_files/4th\\_international\\_congress\\_on\\_emotional\\_intelligence\\_.pdf](http://static-changemakerscom.netdna-ssl.com/sites/default/files/competition_entry_form_files/4th_international_congress_on_emotional_intelligence_.pdf)
- Rojas, G. (2012). *El proceso adaptativo y síntomas ansiosos depresivos relacionados con la hospitalización en niños de 7 a 12 años en el área de pediatría del hospital provincial general "isidro ayora"*. Universidad Nacional de Loja. Recuperado el 23 de octubre de 2014 de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6330>
- Santamaría, C. (2005). Desarrollo psicológico entre los 6-12 años. [Versión electrónica] *Mara mara: revista municipal de prevención de drogodependencias* 47, 6-7.
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. [Versión electrónica] *Revista Mal-estar e subjetividade*. III(1), 10-59. Recuperado el 15 de diciembre de 2014 de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>
- Silva, G. (2012). *Las vivencias de los niños hospitalizados: Un estudio cualitativo con enfoque de resiliencia y los derechos de los niños hospitalizados*. Instituto de estudios peruanos: Perú.
- Terraviva, C. (2014). *Los juegos cooperativos*. Recuperado de [http://www.terrativa.net/descargas/Juegos\\_coop\\_educacion\\_ambiental.pdf](http://www.terrativa.net/descargas/Juegos_coop_educacion_ambiental.pdf)



- Torreballeda, P. (1997). *Cómo desarrollar la inteligencia emocional: Test y ejercicios prácticos para aumentar la autoestima y actuar de manera positiva*. Editorial Oasis: Barcelona, España.
- Ullán, A., Fernández, E., Badía, M., Lorente, F., Fernández, B. y Belver, M. (2001). Ensayo aleatorizado sobre el efecto de un programa de promoción del juego en el dolor post-operatorio en los niños: Con muñecos duele menos [Versión electrónica] Universidad de Salamanca. 21(2), 110-121. Recuperado de <http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/110819/1/Efecto%20del%20juego%20en%20el%20alivio%20del%20dolor%20postoperatorio%20en%20los%20ni%C3%B1os.pdf>
- Valiente, R., Sandín, B. y Chorot, P. (2001). Miedos comunes en niños y adolescentes: relación con la sensibilidad a la ansiedad, el rasgo de ansiedad, la afectividad negativa y la depresión [Versión electrónica] Revista de Psicopatología y Psicología, Volumen 7. Número 1, pp. 61-70. Recuperado el 3 de noviembre de 2014 de <http://aepcp.net/arc/05.2002%281%29.Valiente-Sandin-Chorot.pdf>

# **ANEXOS**

B) TMMS-24

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

*A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y*

*Indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.*

*No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.*

*No emplee mucho tiempo en cada respuesta.*

1 Nada de acuerdo	2 Algo de Acuerdo	3 Bastante de acuerdo	4 Muy de acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
-------------------	-------------------	-----------------------	------------------	-------------------------

1. Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8. Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9. Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11. Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14. Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo	1	2	3	4	5

C) IDAREC

Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAIC) (adaptación colombiana).

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*PARTE ÚNICA*

1	Me siento angustiado	1	2	3
2	Me encuentro confuso	1	2	3
3	Me siento molesto	1	2	3
4	Tengo miedo	1	2	3
5	Me encuentro descansado	1	2	3
6	Estoy relajado	1	2	3
7	Me siento calmado	1	2	3
8	Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
9	Me preocupan cosas que puedan ocurrir	1	2	3
10	Me preocupo demasiado	1	2	3
11	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
12	Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
13	Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
14	Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
15	Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16	Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
17	Me encuentro molesto	1	2	3
18	Siento ganas de llorar	1	2	3

D) Cuestionario de miedos

Identificación.....

Fecha.....

Señale la letra que mejor indique el grado en que evitaría (debido al miedo u otras sensaciones desagradables) cada una de las situaciones siguientes, utilizando los criterios: A = no lo evitaría B = lo evito pocas veces C = lo evito algunas veces D = lo evito muchas veces E = lo evito siempre

	A	B	C	D	E
1.- Fobia principal de la que quiere ser tratado (describala con sus propias palabras)					
2.- Inyecciones o pequeñas operaciones.					
3.- Comer o beber con otras personas.					
4.- Los hospitales.					
5.- Viajar solo en autobús o autocar					
6.- Caminar solo por calles muy transitadas.					
7.- Estar siendo vigilado u observado fijamente.					
8.- Entrar en tiendas muy concurridas.					
9.- Dirigirte a personas que tienen autoridad.					
10.- Ver sangre.					
11.- Ser criticado.					
12.- Alejarte de casa solo.					
13.- Pensar en daño físico o enfermedades.					
14.- Hablar o actuar ante una audiencia.					
15.- Grandes espacios abiertos.					
16.- Ir al dentista.					
17.- Otras situaciones (describelas)					

Elegir la letra que mejor indique el grado de interferencia o molestia que le produce cada uno de los problemas siguientes, utilizando los criterios: A = apenas nada B = ligeramente molesto C = bastante molesto D = muy molesto E = severamente molesto.

	A	B	C	D	E
18.- Sentirte miserable o deprimido.					
19.- Sentirte irritable o enfadado.					
20.- Sentirte tenso o asustado.					
21.- Surgimiento de pensamientos inquietantes en tu mente.					
22.- Sensaciones de extrañeza o irrealidad contigo o tu ambiente.					
23.- Otras sensaciones (descríbelas)					

E) Glosario de términos médicos.

- Atresia T: O atresia tricuspídea, se caracteriza por la ausencia total de válvula tricúspide, lo que impide el paso de la sangre de la aurícula derecha al ventrículo derecho. El ventrículo derecho está poco desarrollado y su tamaño es inferior al normal. La válvula tricúspide conecta en circunstancias normales la aurícula derecha con el ventrículo derecho, de donde parte la corriente sanguínea en dirección a los pulmones a través de la arteria pulmonar. En la atresia tricuspídea, la sangre no puede alcanzar la arteria pulmonar siguiendo su camino habitual.
- Cardiopatía congénita: Se utiliza para describir las alteraciones del corazón y los grandes vasos que se originan antes del nacimiento.
- Comunicación interventricular (C. I. V.): Consistente en una deficiencia del septum o tabique que separa las cavidades del corazón denominadas aurículas y que resulta en una libre comunicación entre el lado derecho e izquierdo de las aurículas. Puede estar situada en cualquier parte del mismo, siendo su localización más frecuente en la región de la fosa oval
- Coartación de aorta: es una enfermedad congénita que tiene que ver con el angostamiento de un pequeño segmento del conducto arterioso de la aorta, situada casi invariablemente a la altura de la inserción del conducto arterioso, ubicado en la parte superior del corazón.
- P. O. Glenn: Post-operatorio de derivación de Glenn o procedimiento Hemifontan. Este procedimiento conecta la mayor vena que lleva sangre azul desde la mitad superior del cuerpo (vena cava superior) directamente a los vasos sanguíneos que van a los pulmones (arterias pulmonares) para obtener oxígeno.