

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Psicología

**DESCRIPCIÓN SICOSOCIOEDUCACIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS,
DE 6 A 11 AÑOS, TRATADOS POR CÁNCER.**

Nombre Profesora Guía : Soledad del Campo Barquín

Nombre alumna : Beatriz Bataszew Contreras

Tesis para optar el título de Psicóloga

**Santiago
1999**

INDICE

	Pág.
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
II. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION	7
III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	11
IV. PREGUNTAS DE LA INVESTIGACION	12
V. MARCO TEORICO	14
5.1 Marco conceptual de referencia	14
5.2 Aspectos médicos	17
5.3 Aspectos psicológicos y familiares	19
5.4 Efectos tardíos	22
VI. DEFINICION DE HIPOTESIS	34
6.1 Definición de variables del estudio	35
6.2 Definición conceptual de las variables	36
6.3 Definición operacional de las variables	38
VII. UNIVERSO Y MUESTRA	40
7.1 Características del universo de estudio	40
7.2 Definición y características de la muestra	41
7.3 Fuentes de información	42
VIII. ESTRATEGIA METODOLOGICA	43
8.1 Enfoque metodológico del estudio	43
8.2 Instrumentos de recolección de datos utilizados	43
8.3 Descripción de los instrumentos utilizados	44
8.3.1 Test de Achenbach	44
8.3.2 Ficha de datos generales	49
8.3.3 Escala de evaluación áreas de desarrollo y promedio de notas	49

IX.	ANALISIS DE RESULTADOS	50
X.	INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	70
	10.1 Presencia de trastornos conductuales	70
	10.2 Presencia de trastornos emocionales	71
	10.3 Destrezas y habilidades sociales	72
	10.4 Situación escolar	73
	10.5 Diferencias por sexo	74
	10.6 Edad de la enfermedad	77
	10.7 Severidad del tratamiento	77
XI.	CONCLUSIONES	85
	11.1 Conclusiones descriptivas	86
	11.2 Consideraciones cualitativas	97
XII.	LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION	102
XIII.	SUGERENCIAS	103
	13.1 Sugerencias generales	103
	13.2 Sugerencias de nuevas investigaciones	104
XIV.	BIBLIOGRAFIA	106

ANEXO N° 1:

Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales de T. Achenbach (6 – 11 años)

ANEXO N° 2:

Perfil factorial Inventario de T. Achenbach (6 – 11 años)

ANEXO N° 3:

Ficha de datos generales y carta de consentimiento

ANEXO N° 4:

Escala de evaluación de áreas del desarrollo y Promedio de notas

ANEXO N° 5:

Consolidado general de datos

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante las tres últimas décadas ha habido un desarrollo importante en los métodos y técnicas de tratamiento del cáncer infantil. Esto, según Granowetter, se ha traducido en un aumento significativo en la expectativa de mejoría, estimándose que “alrededor de un 60% de los niños que desarrollan un cáncer sanarán” (1).

Nuevas concepciones han surgido en relación a la cura de la enfermedad. En esta noción de cura, se describen tres componentes. En primer lugar, la cura biológica, que implica la “erradicación de la enfermedad”; la cura psicológica, que es definida como “la aceptación de haber tenido un cáncer como un evento ocurrido en el pasado y que ya no interfiere en el normal desarrollo”. Por último, se plantea una cura social que significa “la incorporación de la persona curada de cáncer en la sociedad”. (2)

Se ha producido a nivel mundial, también, un fuerte incremento de las investigaciones tanto desde lo médico, como desde lo psicosocial, sobre los efectos a largo plazo en los niños que han padecido algún tipo de cáncer y que han sido sometidos a tratamiento.

Desde el punto de vista médico, diversos autores hacen referencia a numerosas complicaciones somáticas que afectan a diferentes órganos y funciones. Entre otras,

¹ Repetto, Paula “Resiliencia y cáncer : estudio en adolescentes que tuvieron cáncer”. Tesis para optar al grado académico de Magister en Psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, 1997.

² Kazac, A. “Implications of survival pediatric oncology patients and their families” en Pediatric Psychooncology. Oxford University Press. New York, 1st. de 1994. pp. 171-192.

“inhibición del crecimiento, crecimiento anormal de huesos, menarquía retrasada o esterilidad, toxicidad hepática o renal, amputaciones, daño orgánico cerebral, problemas de visión y audición” (³).

La identificación de estas complicaciones tardías ha hecho posible realizar correlaciones con componentes específicos de la terapia, en un esfuerzo para determinar si algunos de estos efectos tardíos pueden ser suprimidos vía modificación del tratamiento, sin sacrificar su eficacia (⁴).

También ha existido una importante preocupación por los problemas psicológicos asociados a la enfermedad y la adaptación social posterior de estos niños.

En sus inicios, los estudios internacionales sobre la relación cáncer y efectos psicológicos posteriores a la enfermedad, se basaban en el supuesto que señalaba que “dado que el cáncer constituye una enfermedad de alto riesgo vital y su tratamiento es complejo, largo y se acompaña por efectos secundarios difíciles de tolerar, necesariamente debe acompañarse por consecuencias psicológicas negativas” (⁵).

La bibliografía revisada plantea que desde el punto de vista de la salud mental, la mayoría de los pacientes pediátricos que han sufrido cáncer tienen un recuerdo

³ Ulloa, Fresia “Aspectos psicosociales del cáncer en niños” en Revista Chilena de Pediatría, Santiago, 1993, pp. 55-62.

⁴ Green, Daniel y D’Angio, Giulio (edit) “Late effects of treatment for childhood cancer”, Ediciones Wiley-Liss, New York, 1993.

⁵ Kupst, M.J., “Long-term family coping with acute lymphoblastic leukemia in childhood”, Ediciones Lagreca, Siegel and Walker, New York, 1992, pp. 242-261.

imborrable del impacto emocional que sufrieron, entre ellos, sentimientos de vulnerabilidad, pérdida de control, miedo a las recaídas, etc.

Asimismo, la unidad familiar puede romperse debido a las tensiones propias de la enfermedad. En "ciertas familias con problemas psicosociales previos al diagnóstico, tales como mala relación de pareja, alcoholismo, drogadicción, problemas económicos, familias de constitución irregular, etc., el proceso de estabilización se ve interferido, apareciendo respuestas mal adaptativas"⁽⁶⁾. Igualmente, la relación del niño con su grupo familiar se puede ver entorpecida, por conductas de sobreprotección y permisividad por parte de los padres.

Investigaciones más recientes realizadas en el extranjero, han tratado de acotar el universo de niños que presenta problemas, señalando que "alrededor de un 20% de los niños y un 30% de los adolescentes que tuvieron cáncer presentarán problemas psicológicos posteriores" ⁽⁷⁾.

De lo anterior, se desprende que numerosos niños pueden lograr un ajuste emocional y social normal, que se evidencia en un mayor aprecio por estar con vida, paciencia y tolerancia hacia los demás, más madurez y capacidad de reflexión.

Conociendo la incidencia de esta patología en Chile, que es de alrededor de 12/100.000 niños/as menores de 15 años, se esperan aproximadamente 400 niños

⁶ Rona, Eva y Vargas, Lautaro "Problemas psicológicos en la familia del niño con cáncer" en Revista Chilena de Pediatría, Santiago, 1992, pp. 222-229.

⁷ Repetto, Paula "Resiliencia y cáncer : estudio en adolescentes que tuvieron cáncer". Tesis para optar al grado académico de Magister en Psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, 1997.

nuevos por año. En ellos, es importante conocer los efectos biopsicosociales de la enfermedad y/o tratamiento, para luego poder prevenir algunos de éstos u orientar precozmente al paciente en su manejo, buscando una mejor calidad de vida.

En nuestro país se han venido desarrollando esfuerzos en este aspecto. En el año 1988 se da inicio al Programa Infantil Nacional de Drogas Antineoplásicas (PINDA), que abarca a la mayoría de los hospitales públicos chilenos. Gracias a este Programa, se ha logrado atender en forma regular a parte importante de los niños chilenos aquejados de cáncer. La cifra hasta diciembre de 1996 alcanzó a 2.483 niños atendidos, de los cuales 1.613 (65%) se encuentran vivos y libres de enfermedad.

Considerando el alto número de niños sobrevivientes, surge la necesidad de recabar y sistematizar información sobre los efectos tardíos de esta enfermedad. En esa perspectiva, el PINDA ha diseñado un Programa a cargo de un equipo interdisciplinario, a través del cual se podrán conocer algunas características de la evolución biopsicosocial de estos niños. Este primer Protocolo se iniciará en el curso de 1998 y finalizará en Marzo del año 2002. Los niños que ingresen a este Protocolo tendrán una evaluación inicial al momento del diagnóstico, comenzando su seguimiento a los 6 meses de suspendido el tratamiento, y continuando hasta los 25 años. Esta evaluación se registrará en tres líneas : área de salud mental, área socio-escolar y área médica.

En esta misma perspectiva interdisciplinaria, la Unidad de Hemato-Oncología del Hospital Dr. Sótero del Río, ha conformado un equipo de médicos, enfermeras, auxiliares, psicóloga, terapeuta ocupacional, voluntarias (Damas de Verde) y

profesoras, que ha hecho importantes aportes al PINDA, particularmente en lo que se refiere a la elaboración del protocolo de seguimiento que se impulsará a partir de 1998.

Este hospital recibe alrededor de 40 nuevos ingresos anuales de niños con algún tipo de cáncer. La mayoría de ellos son de la zona sur de Santiago, aunque también se atiende a algunos de regiones. En términos generales, las familias poseen bajos ingresos económicos.

En Chile, existen muy pocos estudios que den cuenta de los efectos tardíos del cáncer en niños tratados por esta enfermedad, de allí que se considera importante realizar una investigación que obtenga como resultado una caracterización de los trastornos emocionales y conductuales, además de las destrezas sociales que presentan niños y niñas que se encuentran fuera de tratamiento activo, es decir, que no están sometidos a tratamiento médico, sino que sólo acuden a los controles periódicos de mantención y seguimiento.

Por lo anterior, el objetivo de esta investigación es la realización de una descripción de los trastornos emocionales, conductuales, destrezas sociales y situación escolar, que presentan los niños de entre 6 y 11 años, que han sido tratados por cáncer en la Unidad Hemato-Oncológica del Hospital Sótero del Río y que se encuentran fuera de tratamiento activo hace 6 meses, como mínimo.

Esta descripción se basará principalmente en el Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales de T. Achenbach (⁸), debido a que éste es un instrumento de diagnóstico que tiene como objetivo detectar problemas emocionales y conductuales, así como evaluar el desarrollo de destrezas y habilidades sociales en la población escolar a nivel general. De allí que se considera apropiada su utilización en esta población específica, puesto que permite una primera aproximación al problema planteado.

El objetivo de esta investigación determinó la realización de un estudio de tipo descriptivo transversal. La variable independiente no fue manipulada, en ese sentido catalogaremos este diseño metodológico como no experimental.

⁸ Montenegro, Hernán "Salud Mental del escolar : Estandarización del Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años". Ediciones CIDE, Santiago, 1983.

II. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La necesidad de este estudio surge de la escasez, en nuestro país, de trabajos empíricos en esta área, lo que dificulta la elaboración de programas de salud mental sobre bases reales y objetivas, que permitan diseñar estrategias de prevención secundarias y terciarias, y una utilización más racional de los escasos recursos especializados.

El policlínico de seguimiento de niños tratados por cáncer en los centros que forman la red del programa PINDA, comenzará su trabajo con los niños y niñas atendidos en 1998. La realización de una caracterización de los niños tratados por cáncer con anterioridad a esta fecha, permitirá identificar la presencia de trastornos emocionales y conductuales, así como el nivel de desarrollo de habilidades sociales en estos niños. Lo anterior, constituirá un insumo importante para la orientación de la intervención psicológica preventiva de la Unidad de Salud Mental del Hospital Dr. Sótero del Río.

Desde el punto de vista metodológico, se engarza con el policlínico de seguimiento prospectivo que comienza en el año 1998, ya que el protocolo a implementar utiliza prácticamente los mismos instrumentos de recolección de datos. Esto resulta relevante para la presente investigación, puesto que la homologación de instrumentos de recolección de datos facilita la estandarización a nivel nacional, y permite proyectar

investigaciones futuras. Uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizará es el test de Achenbach⁹, el mismo que se aplicará en esta investigación.

Por otro lado, en nuestro país es posible constatar la extrema insuficiencia cuantitativa de recursos humanos dedicados a la salud mental infantil, especialmente los médicos psiquiatras y psicólogos, lo que hace fundamental dirigir la atención hacia aquellos problemas que presentan una mayor urgencia para su resolución y que tienen un pronóstico más reservado, de no mediar un tratamiento oportuno. En el caso de los niños con cáncer, dentro del marco del Programa de Psiquiatría de Enlace, se destinan algunas horas de los profesionales del área de Salud Mental para atenderlos, ya sea vía derivaciones, interconsultas o atención en sala en caso de hospitalización. Dependiendo de la realidad de cada grupo familiar, se realizan diagnósticos, orientación psicológica, sicoterapias, etc. Sin embargo, las mismas condiciones del trabajo cotidiano, imposibilitan destinar horas a la investigación. Desde este ángulo, el poder detectar las áreas más afectadas o problemáticas en los niños tratados por cáncer, implica un aporte a la definición de políticas institucionales preventivas en salud mental, así como definiciones para el tratamiento en etapas posteriores de la vida de estos niños y niñas.

⁹ Montenegro, Hernán “Salud Mental del escolar : Estandarización del Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años”, Ediciones CIDE. Santiago, 1983.

En este sentido, es importante señalar que en nuestro país existen dos investigaciones en niños tratados por cáncer, efectuadas en el Hospital Roberto del Río (¹⁰)(¹¹), con muestras superiores a los 19 niños. Las mismas, usan test proyectivos para detectar los problemas emocionales y psiquiátricos de la población estudiada. Desde esa perspectiva, los resultados dan cuenta de un determinado estado de salud mental, sin embargo no aportan mayormente sobre posibles factores protectores. La presente investigación al orientar sus indagaciones a los aspectos psico-sociales, particularmente en relación al desarrollo de destrezas sociales, busca por un lado establecer su importancia como factor protector y, por otro, determinar áreas específicas de intervención para prevenir efectos tardíos, en el ámbito de la salud mental, en los niños que han sido tratados por cáncer en la niñez.

Asimismo, si bien es cierto, existen ciertos estudios en el extranjero sobre la posible modulación de algunas variables en la calidad y cualidad de las secuelas en estos niños, resulta relevante ampliar esta información en nuestro país, en algunos aspectos tales como sexo de los pacientes, severidad del tratamiento, edad al momento de la enfermedad e incidencia del mayor tiempo fuera de tratamiento. Esta información será de importancia tanto para la intervención en el área psico-social, como para el ámbito médico.

¹⁰ Almonte, Carlos y otros "Aspectos vivenciales en niños sobrevivientes de cáncer infantil" en Revista Chilena de Pediatría, N° 66, año 1995, pp. 145-149.

¹¹ Cubillos, Pilar y otros "Aspectos vivenciales en adolescentes que sobrevivieron a un cáncer de la infancia" en Revista Chilena de Pediatría, N°67, año 1996, pp. 262-266.

Igualmente, en relación a los estudios efectuados hasta la fecha en nuestro país en niños tratados por cáncer en la niñez, esta investigación abarcará una muestra más grande, 37 niños/as.

Por último, desde el punto de vista social, se hará un aporte al PINDA, Programa que atiende a niños que provienen principalmente de niveles socioeconómico bajos y no cuenta con mayores recursos para realizar investigaciones retrospectivas.

III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

3.1 Objetivo general:

Realizar una descripción de los trastornos emocionales, conductuales, de las destrezas sociales y situación escolar de niños de 6 a 11 años, tratados por cáncer en la Unidad de Hemato-Oncología del Hospital Dr. Sótero del Río, que se encuentran hace 6 meses como mínimo fuera de tratamiento activo.

3.2 Objetivos específicos:

1. Aplicar el Test de Achenbach para medir la presencia de trastornos conductuales, emocionales y habilidades y destrezas sociales en los niños/as de 6 a 11 años que han sido tratados por cáncer y que se encuentran fuera de tratamiento activo hace 6 meses como mínimo.
2. Aplicar un cuestionario biosociofamiliar para obtener datos sobre los aspectos médicos de la enfermedad y la situación familiar y escolar de los niños/as de 6 a 11 años que han sido tratados por cáncer y que se encuentran fuera de tratamiento activo hace 6 meses como mínimo.
3. Efectuar los estudios estadísticos descriptivos adecuados a cada variable investigada, a partir de los datos arrojados por el Test de Achenbach y el cuestionario biosociofamiliar.

IV. PREGUNTAS DE INVESTIGACION

1. ¿Qué porcentaje de los niños/as, de 6 a 11 años que han sido tratados por cáncer y que se encuentran fuera de tratamiento activo hace 6 meses como mínimo, presenta trastornos conductuales?
2. ¿Qué trastornos emocionales presentan los niños/as, de 6 a 11 años que han sido tratados por cáncer y que se encuentran fuera de tratamiento activo hace 6 meses como mínimo?
3. ¿Qué nivel de desarrollo de destrezas y habilidades sociales presentan los niños/as de 6 a 11 años que han sido tratados por cáncer y que se encuentran fuera de tratamiento activo hace 6 meses como mínimo?
4. ¿Qué problemas presentan en su situación escolar los niños/as de 6 a 11 años que han sido tratados por cáncer y que se encuentran fuera de tratamiento activo hace 6 meses como mínimo?
5. ¿Existen o no diferencias por sexo en alguno/s de los aspectos anteriores, entre niños y niñas de 6 a 11 años que han sido tratados por cáncer y que se encuentran fuera de tratamiento activo hace 6 meses como mínimo?

6. ¿El mayor o menor nivel de severidad del tratamiento, marca alguna diferencia en alguno/s de los aspectos anteriores, en los niños/as de 6 a 11 años que han sido tratados por cáncer y que se encuentran fuera de tratamiento activo hace 6 meses como mínimo?

7. ¿La edad al momento del tratamiento de la enfermedad marca alguna diferencia en alguno/s de los aspectos anteriores, en los niños/as de 6 a 11 años que han sido tratados por cáncer y que se encuentran fuera de tratamiento activo hace 6 meses como mínimo?

8. ¿El mayor o menor tiempo fuera de tratamiento activo, marca alguna diferencia en alguno/s de los aspectos anteriores, en los niños/as de 6 a 11 años que han sido tratados por cáncer y que se encuentran fuera de tratamiento activo hace 6 meses como mínimo?

V. MARCO TEORICO

5.1 Marco conceptual de referencia

En los últimos años se ha observado un interés creciente por vincular la psicología con los problemas de salud humana, entendida esta última, como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no meramente como ausencia de enfermedad. Es así como desde finales de la década de los setenta, un número importante de psicólogos ha acuñado el término Psicología de la Salud, para denominar la actividad de la psicología y de sus profesionales en el área de la salud, "basándose en la necesidad de incorporar, dentro de las ciencias de la salud, el componente social y el psicológico, ya que el biológico ha sido, y es todavía, el imperante dentro de éstas" ⁽¹²⁾.

La Psicología de la Salud intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y cómo responde una persona cuando está enferma.

Las distintas áreas de estudio y de aplicación de la citada disciplina se pueden resumir en los siguientes puntos ⁽¹³⁾ :

1. "El psicólogo de la salud está interesado por los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud.

¹² Latorre, José y Beneit, Pedro "Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud", Editorial Lumen, Buenos Aires, 1994.

¹³ Taylor, S. "Health Psychology", Ediciones Random House, New York, 1986.

2. Los psicólogos de la salud estudian también los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad.
3. Los psicólogos de la salud enfocan también su atención sobre la etiología y los correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones. La etiología hace referencia a los orígenes o causas de la enfermedad y los psicólogos de la salud están especialmente interesados por los factores psicosociales que contribuyen a la salud y a la enfermedad.
4. Los psicólogos de la salud están interesados en el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes ; y desarrollan recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario”.

Como es sabido el cáncer es considerada una enfermedad crónica, es decir como “un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable que persista largo tiempo” (¹⁴).

Es una de las enfermedades más temidas en nuestros días, ya que frecuentemente se la vincula con la idea de dolor y/o de muerte. El diagnóstico y tratamiento del cáncer suele provocar en los pacientes problemas psicológicos y sociales. Entre ellos,

¹⁴ Latorre, José y Beneit, Pedro “Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud”, Editorial Lumen, Buenos Aires, 1994, pp. 225-238.

problemas emocionales, los derivados de la sintomatología física y de la ruptura de los modelos de vida cotidiana.

La sicología de la salud, en base a los hallazgos de Simonton y Mathews-Simonton (¹⁵), quienes comprobaron que "enfermos con el mismo tipo de cáncer, en el mismo estadio de la enfermedad, con las mismas condiciones físicas y con el mismo tipo de tratamiento médico-quirúrgico, variaban entre sí en cuanto al tiempo de supervivencia a la enfermedad", ha propuesto nuevas líneas de investigación para analizar las variables psicosociales implicadas en este fenómeno.

Igualmente, ha puesto énfasis en la posible importancia de los factores emocionales en el origen y evolución del cáncer, y en la necesidad de fomentar una participación activa de los pacientes en el tratamiento, previo análisis individualizado de las características de cada enfermo.

Los estudios realizados también han puesto de manifiesto que unas buenas expectativas, una alta motivación y una sensación de control pueden influir de modo positivo en la evolución de la enfermedad, de allí que la psicología de la salud ha centrado sus esfuerzos en el desarrollo de programas de tratamiento que mejoren la cantidad y la calidad de vida de los pacientes tanto durante la enfermedad como en etapas posteriores, cuando la persona se encuentre libre de enfermedad. Asimismo, ha

¹⁵ Simonton, D. y Mathews-Simonton, S. "Cancer and Stress : Counseling the cancer patient" en The Medical Journal of Australia, Sidney, 1981, N°1, pp. 679-683.

desarrollado una línea de cuidados paliativos, buscando acompañar y apoyar al paciente terminal y a su familia en el proceso de muerte y duelo.

La experiencia de otros países (Argentina, Cuba, España, etc.), basada en el hecho de que múltiples investigaciones han comprobado la posible modulación de variables críticas del sistema inmune a través de vías psicológicas, favoreciendo o entorpeciendo el desarrollo de la enfermedad, los ha llevado a enfrentar esta patología desde un equipo transdisciplinario estable, donde estén presentes y actúen coordinadamente profesionales de la salud física y salud mental.

Lo anterior ha implicado la introducción de manera permanente de profesionales de la salud mental (psicóloga/o, terapeuta ocupacional, psiquiatra, educadoras, etc.) al equipo tratante, que están presentes en el momento en que el médico/a entrega el diagnóstico, que apoya al niño y la familia oportunamente cuando requieren atención psicológica, que trabaja mancomunadamente con el equipo médico para facilitar el tratamiento propiamente tal y que acompaña el proceso de vuelta a la normalidad cuando el niño se ha sanado de su enfermedad.

Este enfoque incluye en el padecimiento de cáncer tanto aspectos médicos, como psicológicos y familiares. A continuación se expondrán brevemente estos aspectos:

5.2 Aspectos médicos

El cáncer es una alteración a nivel celular, que involucra la función de reproducción de las células. Se observa a nivel de todos los tipos celulares y en todos los órganos.

Lo que ocurre es el fenómeno denominado neoplasia celular, que es una hiperplasia celular anómala. Esta consiste en el crecimiento anormal e inusual incremento del número de células de un tejido o parte del tejido resultando en el incremento de la masa del tejido. Estas células adquieren la propiedad de invadir otros órganos, destruyéndolos (¹⁶).

Esta enfermedad se caracteriza por “una aparición más o menos súbita, por una evolución insidiosa (puede ocurrir mucho tiempo desde que se produce la primera célula cancerosa hasta que se manifiestan los primeros signos de la enfermedad) y por un curso impredecible” (¹⁷).

Aún cuando la etiología del cáncer no es clara, se ha podido demostrar que uno de los factores importantes sería un defecto genético. Sin embargo, se desconoce la causa por la cual se instala y desarrolla en un momento determinado de la vida.

Se estima que esta enfermedad, en niños menores de 15 años, tiene una “prevalencia de un 2% y una recuperación promedio de un 60%”. Los cánceres más frecuentes en niños son: “leucemia linfoblástica aguda (LLA), leucemia no linfoblástica aguda (LNLA), Linfoma de Hodgkin y tumores cerebrales, los que suman más del 54% de los cánceres infantiles “.

¹⁶ Donoso, José “Manual para padres de niño con cáncer”, mimeo, Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago. 1993.

¹⁷ Latorre, José y Beneit, Pedro “Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud”, Editorial Lumen, Buenos Aires. 1994, pp. 239-255..

Según el mismo autor, el tratamiento “dura entre uno y tres años aproximadamente y un número no despreciable de niños presentará una recaída”. (18)

Los tratamientos se realizan en base a protocolos para cada patología y dependiendo del grado de severidad de la enfermedad (bajo, mediano y alto riesgo). Se utilizan de acuerdo al diagnóstico, cuatro tipos de intervención: quimioterapia, radioterapia, cirugía y trasplante de médula.

Las ganancias producidas por los tratamientos, suponen sin embargo, en muchas oportunidades un alto costo para los pacientes. “Diversas terapéuticas del cáncer son invasivas, dolorosas, aversivas, incapacitantes y con efectos muchas veces irreversibles” (19).

5.3 Aspectos psicológicos y familiares

A pesar de los notables avances, en las últimas décadas, en el tratamiento de los principales tipos de cáncer en el niño, el “diagnóstico de cáncer sigue produciendo un enorme impacto en la familia, así como en el niño o el adolescente afectado” (20). La enfermedad es connotada desde lo simbólico como una puerta de entrada (muchas veces sin salida) hacia el sufrimiento y la muerte.

¹⁸ Carpentieri, S. “Behavioral resiliency among children surviving brain tumors : a longitudinal study” en *Journal of clinical child psychology*, vol. 2, 1993, pp. 236-246

¹⁹ Barreto, M., Martínez-Besteiro, E. y Mira, J. “Cáncer”, Ediciones Promolibro, Valencia, 1990.

²⁰ Rona, Eva y Vargas, Lautaro “El impacto psicológico del cáncer en el niño y adolescente” en *Revista Chilena de Pediatría*, N° 64, 1994, pp. 48-55.

Mientras el niño está en tratamiento, se producen una serie de cambios significativos en su vida y en su familia, entre ellos, largos períodos de hospitalización, sometimiento a procedimientos dolorosos, inasistencia escolar, alejamiento del grupo de pares, etc.

Desde el punto de vista psicológico, la literatura describe una fase de choque que es cuando el niño comienza a experimentar la enfermedad, lo que produce “ansiedad, temor, incluso sensación de muerte próxima” (21).

Rona y Vargas, en la publicación recientemente citada, señalan que en la familia, se genera “un trastorno de todas las actividades regulares, ya que debe organizarse en torno al niño o niña enferma”.

Este es un “período de actividad intensa y estrés extremo. El diagnóstico de cáncer y los temores que éste engendra, el hacer frente al tratamiento y a los largos períodos de hospitalización, son factores estresantes vivenciados en forma individual o colectiva, que impactan significativamente en la capacidad de la familia para luchar con esta enfermedad” (22).

Generalmente, es la madre la que permanece la mayoría del tiempo junto a su hijo en los períodos de hospitalización, por lo que los/as hermanos/as no pueden ser atendidos de acuerdo a sus requerimientos. Igualmente, existe la tendencia a sobreproteger a los niños y a aumentar los niveles de permisividad debido a la incertidumbre sobre el

²¹ Bejerano y otros “Morir con Dignidad”, Ediciones Fundación Omega. Bogotá, 1992, pp. 321-330.

²² Pizzo, Philip “Principles and practice of pediatric oncology”, Ediciones Lippincott Company, Philadelphia, 1993, pp. 1141-1154.

destino de éstos (posibilidad de muerte). En oportunidades se gatillan crisis de pareja, incrementándose los conflictos al interior de la familia.

Sin embargo, cada niño y cada familia reacciona diferente, de allí que resulta imposible identificar los factores específicos que los situarían en situación de riesgo. Lo anterior, señala la necesidad de acceder a la historia de cada familia en particular, al estilo de relaciones imperantes, a sus pautas afectivas, a sus experiencias anteriores con la muerte, etc., para poder anticipar y proveer apoyo psicológico adecuado, tanto para la adaptación a la enfermedad, el período de tratamiento como para prevenir efectos o secuelas tardías.

La sobrevida de los niños afectados por las diversas formas de cáncer infantil ha aumentado significativamente en los últimos 20 años. En términos generales se habla de un 60 a un 70% de sobrevida. Lo anterior puede atribuirse a avances en la detección de la enfermedad y realización del diagnóstico, en los tratamientos y en los esquemas terapéuticos.

Estos resultados nos señalan la importancia de conocer el impacto, a mediano y largo plazo, que la enfermedad ha tenido en el niño, en sus distintas áreas de desarrollo, con la perspectiva de favorecer un ajuste psicosocial satisfactorio y una buena calidad de vida una vez que haya sanado. Este impacto es lo que denominamos efectos tardíos y secuelas de la enfermedad.

5.4 Efectos tardíos

Al finalizar con éxito el tratamiento, se pueden producir problemas de adaptación en distintas áreas. El término del tratamiento implica un relativo distanciamiento del paciente con el equipo médico, lo que puede generar “ansiedad y preocupación, ...reactivándose el síndrome de Damocles ... que se refiere al temor a la reaparición de la enfermedad”⁽²³⁾. Es decir muchos siguen temiendo una posible recaída, con las consiguientes posibilidades de muerte. El hospital es frecuentemente percibido como un lugar seguro, donde la necesidades médicas del niño son continuamente resueltas. Muchos padres suelen “sentirse inseguros y autocuestionarse su habilidad para cuidar al niño en ausencia del médico” ⁽²⁴⁾.

En el tránsito de pasar de un rol de enfermo, a estar sano, y verse obligado a responder a las demandas habituales de la vida, el niño puede manifestar algunos problemas conductuales, problemas de ambivalencia en el ámbito de dependencia-autonomía, tanto hacia sí mismo, frente a la toma de decisiones o en relación con su familia.

²³ Rona, Eva y Vargas. Lautaro “El impacto psicológico del cáncer en el niño y adolescente” en Revista Chilena de Pediatría, N° 64, 1994, pp. 48-55.

²⁴ Pizzo, Philip “Principles and practice of pediatric oncology”, Ediciones Lippincott Company, Philadelphia, 1993, pp. 1141-1154

La familia por su parte, muchas veces persiste en su organización en torno a la enfermedad y “no logra un equilibrio entre atender a los requerimientos que ésta sigue planteando (controles médicos) y los de todos los miembros de la familia” (25).

Tratar al niño con normalidad requiere que los padres vuelvan a retomar sus expectativas pre-enfermedad, lo que redundará en un adecuado funcionamiento de éste. Sin embargo, muchas veces la ansiedad en relación a la enfermedad y una posible recaída pueden interferir con las habilidades parentales para actuar en función de los necesarios intereses del niño.

Muchos padres se sienten frustrados cuando se enfrentan a la excesiva dependencia por parte de sus hijos, sin embargo en su accionar cotidiano tienden a estimular la indulgencia o sobreprotección y presentan dificultades al momento de aplicar límites o algún tipo de disciplina. Esto, en última instancia, tiende a exacerbar la autopercepción del niño como diferente, situando al niño en una inconfortable posición en relación a sus hermanos y pares, quienes resienten esta extra atención.

Un porcentaje no despreciable de parejas se separan en un tiempo variable después de presentarse un cáncer en un hijo. La “separación de los padres repercutirá en estos niños, intensificando y agregando otros factores de estrés a los mencionados” (26).

²⁵ Rausch, Cacile “La enfermedad crónica y la familia” en Revista de familias y terapias, Instituto Chileno de Terapia Familiar, año III, N° 5, 1995, pp. 11-15.

²⁶ Rona, Eva y Vargas, Lautaro “El impacto psicológico del cáncer en el niño y adolescente” en Revista Chilena de Pediatría, N° 64, 1994, pp. 48-55.

Se han realizado diversas investigaciones en el mundo sobre los efectos tardíos en niños que han padecido cáncer. Entre ellas, una realizada por Chesler en Estados Unidos a partir de 1988 (²⁷). La Candelighter's Childhood Cancer Foundation distribuyó un cuestionario a jóvenes con cáncer que a la fecha fueran mayores de 14 años y que se encontraran fuera de tratamiento. De los 271 encuestados, 142 manifestaron presentar diferencias positivas en relación a jóvenes de su edad; 65, diferencias negativas y 64 no respondieron o no manifestaron sentirse diferentes.

La diferencia positiva más frecuente (30%) era la percepción de los sobrevivientes de ser más avanzados o maduros en su desarrollo psicológico que sus pares. Una segunda diferencia positiva (18%), consistía en la existencia de un proyecto de vida, es decir consideraban que conocían más de la vida y de su propósito en ella que sus pares. La tercera diferencia en común (16%) fue negativa y se relacionaba con la percepción de sentirse menos sanos y menos capaces físicamente que sus pares.

El género y la edad distinguió a los informantes. Una proporción significativamente superior de mujeres jóvenes que hombres, reportó sentirse diferente. Lo mismo, en los sobrevivientes de más edad que en los jóvenes. En ambos casos, reportaron mayores diferencias negativas que sus contrapartes hombres y jóvenes.

Los sobrevivientes de cáncer infantil señalaron también un serie de problemas en su experiencia de adaptación social. En general, tanto hombres como mujeres,

²⁷ Chesler, Mark "How am I different ? Perspectives of childhood cancer survivors on change and growth" en Late effects of treatment for childhood cancer, Green, D'Angio (edit), Ediciones Wiley-Liss, New York, 1993, pp.151-158.

manifestaron un mayor deseo a tener acceso a los servicios de orientación psicológica y a solicitar mayor información sobre las secuelas de su enfermedad.

De este estudio también se pudo deducir una sustancial incidencia de trastornos depresivos y serios problemas psicológicos en esta población. Dentro de sus conclusiones, señala la necesidad de entregar apoyo psicológico a los sobrevivientes de cáncer con personal especializado en el tema.

Otras investigaciones sobre efectos tardíos de cáncer hacen referencia al aspecto escolar y particularmente a la "asistencia a la escuela, como un punto crítico para el futuro desarrollo psicosocial del niño" ⁽²⁸⁾. El autor, en una muestra de 39 personas que tuvieron cáncer en la adolescencia, con una edad promedio al momento de la entrevista de 23 años, observó que el 87% tuvo interrupciones en su asistencia a clases, asimismo el 61% reportó interrupciones en las relaciones con sus pares y el 54% señaló una baja en su participación en actividades extra-curriculares. El 46% manifestó haber alterado sus expectativas vocacionales y un 38% cambió la carrera que pensaba seguir. El 28% de la muestra manifestó tener problemas académicos. Los pacientes también describieron el estrés y la pena que acompañó a estas disrupciones y el sentirse solos y aislados de sus pares.

En esta misma investigación, se señala que los niños que han padecido cáncer en la niñez presentan dificultades en su reinserción escolar y problemas de inasistencia. En

²⁸ List, M. "Enhancing the adjustment of long-term survivors : early finding of a school intervention study" en Late effects of treatment for childhood cancer, Green, D'Angio (edit), Ediciones Wiley-Liss, New York, 1993, pp.160-163.

el año en que fueron diagnosticados, tuvieron una inasistencia en el rango de 21-45 días/año. Si bien es cierto las inasistencias disminuían al cabo de los 3 años siguientes, sólo un 25% de las mismas eran atribuidas a visitas al médico. Igualmente, se mostraban poco sociables, con problemas en algunas materias (28%) y dificultades para enfrentar experiencias desagradables.

El estudio rescata la importancia de evitar el alejamiento del sistema escolar del niño tratado por cáncer y la necesidad de participar en las tareas sociales e intelectuales junto a sus pares, como una forma de contrarrestar la ansiedad, depresión y aislamiento que acompaña a la enfermedad, posibilitando un adecuado desarrollo psico-social.

Lo anterior es particularmente importante en el caso de los niños que presentan daños físicos (amputaciones, prótesis) para los cuáles el éxito académico es crucial.

Otros estudios, de carácter neuropsicológicos, hacen referencia a como impedimentos en este ámbito limitarán la calidad de vida de los niños sobrevivientes. Mulhern y otros, señalan que los problemas en el colegio son particularmente comunes y que incluyen "problemas específicos de aprendizaje, con déficits subyacentes en los procesos cognitivos esenciales, que a la postre limitarán los logros académicos y las expectativas vocacionales" ⁽²⁹⁾ de estos niños.

²⁹ Mulhern, Raymond y otros "Function-specific neuropsychological assessment" en Medical and Pediatric Oncology, John Wiley and sons, inc., Publication. N° 1, 1998, pp. 35-40

Estas investigaciones han logrado detectar que el riesgo aumenta en los niños que han padecido tumores cerebrales, debido a la agresividad del tratamiento (irradiación craneal). La edad del niño al momento de la terapia al Sistema Nervioso Central, es determinante. Los niños menores de 4 años y más especialmente los menores de 2, están en situación de alto riesgo de presentar futuros impedimentos.

Estos autores concluyen que los riesgos de complicaciones posteriores debido a la irradiación craneal, aumentan de acuerdo a la magnitud de la dosis total, a la fracción por dosis, al volumen del cerebro tratado y al tiempo del tratamiento. En los niños con Meduloblastomas, el más común de los tumores cerebrales en niños, existe una declinación intelectual que puede continuar 10 o más años después del tratamiento.

También, se han realizado estudios más específicos en este ámbito, relacionados con la atención y la memoria. Dennis y otros, señalan que “en un grupo de niños con distintos tipos de tumores cerebrales, la capacidad de acceder a la memoria declina en la mitad de los que fueron irradiados antes de los seis años”. Asimismo, “la mitad de 27 niños que fueron tratados quirúrgicamente, tenía algún impedimento en su memoria, ya sea inmediata o de largo plazo, verbal o no verbal” ⁽³⁰⁾.

En relación a la atención, señalan que los sujetos con tumores cerebrales que han sido irradiados, tiene un pobre desempeño en tareas que requieren focalización y selectividad.

Los autores concluyeron que mientras más edad tiene el niño al momento de enfermarse y mientras menos tiempo permanezca en tratamiento, son mayores los puntajes obtenidos en los test que miden atención y que “no es la presencia de un tumor el que sitúa al niño en riesgo de tener una peor atención, sino que la combinación de un tumor cerebral y un tratamiento de irradiación”.

La tendencia general de las últimas investigaciones en niños sobrevivientes de cáncer, llaman la atención, sobre el hecho de que éstos se encuentran en plena etapa de crecimiento físico y desarrollo emocional, de allí que los efectos se pueden cronificar y persistir mucho tiempo después que el niño se ha sanado.

En nuestro país se han realizado también algunos estudios sobre niños y adolescentes sobrevivientes de cáncer. Uno de ellos, realizado por Paula Repetto³¹), incluyó 5 adolescentes: 3 mujeres y 2 hombres, entre 13 y 17 años, atendidos en la Unidad de Hemato-Oncología del Hospital Dr. Sótero del Río.

Dentro de las conclusiones, se señala que "el cáncer no constituye un proceso solamente físico que termina una vez que se completa el tratamiento", sino que incluye diferentes elementos y temáticas de índole psicológico y social, que se hacen más evidentes una vez que el riesgo físico desaparece o disminuye. Por esta razón "es importante tener en cuenta estos aspectos durante todo el proceso de la enfermedad y

³⁰ Dennis, Maureen y otros "Memory and Attention after childhood brain tumors" en Medical and Pediatric Oncology. John Wiley and sons, inc., Publication, N° 1, 1998, pp. 25-33.

³¹ Repetto, Paula "Resiliencia y cáncer : estudio en adolescentes que tuvieron cáncer", Tesis para optar al grado académico de Magister en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, 1997.

una vez que el tratamiento termina, tanto para implementar programas de apoyo, como para la evaluación que se hace de cada paciente y familia".

Enfatiza también sobre la importancia de la detección precoz de dificultades familiares, de necesidades de apoyo y de factores de riesgo, lo que permitiría proteger del desarrollo de problemas psicológicos a un mayor número de adolescentes que enfrentan enfermedades de estas características.

Otra investigación, realizada en el Hospital Roberto del Río ⁽³²⁾, en el año 1992, consideró a 8 niñas y 11 niños sobrevivientes de cáncer infantil de entre 6 y 11 años, que se habían mantenido sin recaídas durante 5 años o más.

Los niños fueron sometidos individualmente a una evaluación psicológica de su funcionamiento global, en aspectos cognitivos, afectivos y sociales. Para tal efecto, se les aplicó la Escala de Inteligencia de Weschler para niños (WISC-R), el test de Bender Koppitz y pruebas psicológicas proyectivas basadas en consignas y en apercepción temática.

El desarrollo cognitivo correspondió al nivel intelectual normal en 15 niños, en 3 a una inteligencia limítrofe y 1 mostró retardo mental moderado.

En la esfera psiquiátrica, 3 niños se ubicaron en lo normal. En los 16 restantes se detectaron reacciones de adaptación (n = 2), desórdenes emocionales (n = 5),

desórdenes psicosomáticos (n = 3), trastorno de conducta (n = 1), trastornos en el desarrollo de la personalidad (n = 3), dislexia (n = 1), retardo mental (n = 1).

En los aspectos afectivos, la percepción de sí mismo resultó ser predominantemente negativa, sintiéndose desvalidos. Las ansiedades principales eran, en un número importante de los casos, la de muerte; en grado menor, el temor al daño físico, a la desaprobación y la separación. Predominaban en 6 niños sentimientos de soledad, en otros dificultades en el contacto con los pares, conflictos interpersonales al interior de sus familias y en 2, la vivencia de armonía consigo mismos.

Los autores señalan que los hallazgos "permiten plantear la necesidad de considerar el correlato afectivo-vivencial durante la iniciación, tratamiento y controles, en todos los niños con enfermedad oncológica, prestando apoyo e información a ellos y a sus familiares".

Los mismos autores de la investigación anterior (³³), considerando que los conflictos no resueltos en la infancia se vuelven a actualizar en la adolescencia, decidieron indagar como repercuten las enfermedades oncológicas en esta etapa del desarrollo.

En función de lo anterior, trabajaron con una muestra de 21 adolescentes (13 mujeres), cuya edad fluctuaba entre los 12 y 18 años de edad. Estos jóvenes fueron

³² Almonte, Carlos y otros "Aspectos vivenciales en niños sobrevivientes de cáncer infantil" en Revista Chilena de Pediatría, N° 66, año 1995, pp. 145-149.

³³ Cubillos, Pilar y otros "Aspectos vivenciales en adolescentes que sobrevivieron a un cáncer de la infancia" en Revista Chilena de Pediatría, N°67, año 1996, pp. 262-266.

diagnosticados entre los 4 meses y los 11 años de edad y atendidos en el Hospital Roberto del Río.

Nueve de éstos quedaron con algún tipo de secuela física, 3 con baja talla y cinco con otras alteraciones como escasez de cabello, artrosis, asimetría de piernas, ausencia de dientes, etc.

Los jóvenes fueron sometidos individualmente a una evaluación psicológica de su funcionamiento global, en aspectos cognitivos, afectivos y sociales. Para tal efecto, se les aplicó la Escala de Inteligencia de Weschler para niños (WISC-R) a los jóvenes menores de 17 años y el WAIS para adultos a los mayores de esa edad, el test de Bender Bip y pruebas psicológicas proyectivas basadas en consignas y en apercepción temática.

El desarrollo cognitivo correspondió al nivel intelectual normal promedio en 13 jóvenes (62%), en seis (25%) era normal lento, en uno (5%) la inteligencia era limítrofe y en otro había retardo mental. El rendimiento escolar era bueno (promedio entre 5.0 y 7) en siete jóvenes (33%), regular (promedio entre 4.0 y 4.9) en ocho (38%) y deficiente (promedio inferior a 4.0 o repitencia) en seis (29%).

En relación al diagnóstico psiquiátrico, de acuerdo a la clasificación multiaxial de Rutter, se encontró que un joven se ubicaba en la variable normal (5%). En los 20 restantes se detectaron reacciones de adaptación (n=5; 3 niñas); trastorno emocional

(n=11; 8 niñas); desorden de personalidad dependiente (n=3; todos varones) y retraso mental en una niña.

En términos de la adaptación social, entendida como el modo en qué los jóvenes se relacionan con padres, hermanos, otros adultos y pares, ésta era buena en seis (29%), regular en once (52%) y deficiente en 4 (19%).

En lo emocional, la percepción del mundo era amenazante para la mayoría de los jóvenes. La percepción de sí mismos, predominantemente negativa, sintiéndose desvalidos. Como ansiedades principales y en orden decreciente aparecieron “la ansiedad de muerte, el temor a no ser querido y la ansiedad de separación”. En “casi igual proporción los jóvenes se percibieron a sí mismos con y sin recursos para salir de las situaciones peligrosas”.

Por otro lado, predominó una visión negativa del área de la sexualidad con relaciones poco gratificantes de pareja, asociadas a la ansiedad de no ser queridas en las mujeres y a la muerte en los varones. Asimismo, la “percepción de las relaciones familiares fue principalmente conflictiva”.

Se encontraron sentimientos depresivos en todos los adolescentes. Sobre el particular señalan los autores que éstos son “considerados parte del desarrollo normal, ligados al alejamiento del rol infantil”, sin embargo en “los jóvenes estudiados hay más bien fuertes vivencias vinculadas a la enfermedad y a sentimientos de fragilidad,

relacionados con una importante tendencia a retrotraerse, buscando refugio en los padres, lo que obstaculizan el ejercicio de mayor autonomía”.

En términos de diferencias por sexo, se apreció una tendencia más alta en los varones a la resolución de conflictos de manera negativa y una mayor frecuencia de presencia de ansiedad de muerte. Según los autores, “habría una mayor vulnerabilidad en los varones respecto a las mujeres”.

Concluyen los investigadores enfatizando la necesidad de apoyo psicológico en los distintos períodos de la evolución de las enfermedades oncológicas, principalmente en la adolescencia, donde las exigencias de adaptación propias de este período evolutivo pueden acentuarse por la reactivación de conflictos infantiles no resueltos.

Las investigaciones anteriores arrojan la existencia de efectos psicosociales tardíos, de allí que resulta importante lograr identificarlos, para la orientación de intervenciones psicosociales oportunas, para la elaboración e implementación de políticas a nivel nacional en el área de Oncología Infantil y la conformación de equipos interdisciplinarios integrados por profesionales de las ciencias médicas y humanas, que puedan abordar esta problemática en toda su complejidad.

VI. DEFINICION DE HIPOTESIS

1. Los niños/as de 6 a 11 años, tratados por cáncer, que se encuentran hace 6 meses como mínimo fuera de tratamiento activo, muestran diferencias significativas o estadísticas de acuerdo al sexo, en relación a la presencia de trastornos conductuales, emocionales, desarrollo de habilidades y destrezas sociales y en su situación escolar.
2. Los niños de 6 a 11 años, tratados por cáncer, que se encuentran hace 6 meses como mínimo fuera de tratamiento activo, muestran diferencias significativas o estadísticas de acuerdo al nivel de severidad del tratamiento, en relación a la presencia de trastornos conductuales, al desarrollo de habilidades y destrezas sociales y en su situación escolar.
3. Los niños de 6 a 11 años, tratados por cáncer, que se encuentran hace 6 meses como mínimo fuera de tratamiento activo, muestran diferencias significativas o estadísticas de acuerdo a la edad al momento de enfermarse, en relación a la presencia de trastornos conductuales, al desarrollo de habilidades y destrezas sociales y en su situación escolar.
4. Los niños de 6 a 11 años, tratados por cáncer, que se encuentran hace 6 meses como mínimo fuera de tratamiento activo, muestran diferencias significativas o estadísticas de acuerdo al mayor o menor tiempo que llevan fuera de tratamiento activo, en relación a la presencia de trastornos

conductuales, al desarrollo de habilidades y destrezas sociales y en su situación escolar.

6.1 Definición de variables del estudio

Para la realización de esta descripción, se han definido las siguientes variables :

* **Variable independiente** : Cáncer en la niñez:

* **Variables Dependientes** :

Trastornos emocionales:

Trastornos conductuales:

Destrezas y habilidades sociales:

Problemas en situación escolar:

Sexo:

Severidad del tratamiento :

Edad al momento de enfermar:

Tiempo fuera de tratamiento activo:

6.2 Definición conceptual de las variables:

Para los efectos de esta investigación, se accedió a distintas fuentes bibliográficas. Las definiciones conceptuales que se utilizarán corresponden a una síntesis efectuada por la alumna tesista, de acuerdo a los requerimientos de este estudio.

* Variable independiente:

Cáncer en la niñez : Haber padecido, entre los 0-11 años, un crecimiento anormal e inusual incremento del número de células de un tejido o parte del tejido, resultando en el incremento de la masa del tejido.

• Variables dependientes:

Trastornos emocionales: Alteración afectiva interna que ocurre en relación con las experiencias vividas por los individuos y que produce perturbaciones fisiológicas, conductuales, psicológicas y/o vivenciales.

Trastornos conductuales: Comportamientos y vulnerabilidades biopsicosociales subyacentes a esos comportamientos, que señalan la no adquisición de las reglas o normas que regulan los intercambios sociales, correspondientes a la edad del sujeto.

Destrezas y habilidades sociales: Son aquellas capacidades positivas que debe ser adquiridas por los niños para realizar determinadas tareas o resolver determinados problemas necesarios para la adaptación social.

Problemas en la situación escolar : Conjunto de problemas que impiden, retrasan o interfieren en la situación del niño en relación a los requerimientos del sistema escolar.

Sexo : condición orgánica que distingue dos categorías, sexo femenino y sexo masculino.

Severidad del tratamiento : Nivel de agresividad del tratamiento (irradiación, amputaciones, etc.) en relación al riesgo diagnosticado. Se cataloga de manera diversa, según los distintos tipos de cáncer.

Edad al momento de enfermar: Cantidad de tiempo que lleva en vida una persona al ser diagnosticada con una enfermedad.

Tiempo fuera de tratamiento activo: Lapso de tiempo que ha pasado una vez que el niño ha terminado el protocolo de tratamiento adecuado al tipo de cáncer padecido y se encuentra ya sea en fase de mantenimiento, seguimiento o curado de la enfermedad.

6.3 Definición operacional de las variables:

* **Variable independiente :**

Cáncer en la niñez : Diagnóstico médico de cáncer infantil.

* **Variabes dependientes :**

Trastornos emocionales: Reporte de trastornos emocionales del Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años. Adaptación Dr. Hernán Montenegro.

Trastornos conductuales : Reporte de trastornos conductuales del Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años. Adaptación Dr. Hernán Montenegro.

Destrezas y habilidades sociales: Reporte de destrezas y habilidades sociales del Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años. Adaptación Dr. Hernán Montenegro.

Problemas en la situación escolar: Reporte de destrezas y habilidades sociales del Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años. Adaptación Dr. Hernán Montenegro. Reporte de Ficha de Datos

Generales, Reporte de Escala de Evaluación de Areas del Desarrollo y Promedio de Notas.

Sexo: Revisión visual.

Severidad del tratamiento : Reporte a partir de Protocolo de Tratamiento.

Edad al momento de enfermar : Reporte de fichas clínicas.

Tiempo fuera de tratamiento activo: Reporte de fichas clínicas.

VII. UNIVERSO Y MUESTRA

7.1 Características del universo de estudio

El universo de estudio de la presente investigación está constituido por niños/as que han padecido cáncer, que han sido atendidos en la Unidad de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Sótero del Río y que se encontraban, entre junio y agosto de 1998, con un mínimo de 6 meses fuera de tratamiento activo.

El rango de edad definido es de 6 a 11 años, es decir los niños, se encuentran en la etapa de desarrollo de la niñez intermedia, que oscila entre los seis y once años. Esta etapa se caracteriza por la adquisición de destrezas motrices, desarrollo de capacidades cognitivas y habilidades sociales, como el desarrollo moral.

La población se determinó revisando las fichas médicas de la Unidad de Hemato-Oncología Pediátrica, arrojando un número de 52 niños y niñas que cumplían con las condiciones anteriormente citadas.

Los niños pertenecen en su mayoría a un estrato socioeconómico medio bajo a bajo y residen en comunas ubicadas en la zona sur de la Región Metropolitana, aunque algunos provienen de otras regiones del país.

El grueso de las familias, están conformadas por padre, madre e hijos viviendo en forma conjunta.

Los niños acuden al hospital en forma periódica (mensual, trimestral, semestral o anual), dependiendo si están en fase de mantenimiento o seguimiento.

7.2 Definición y características de la muestra

De acuerdo al diseño de la investigación, se ha definido que el tipo de muestra corresponde a una muestra intencionada , no probabilística.

Lo anterior, se sustenta en el conocimiento del universo de estudio : niños insertos en familias de bajos recursos económicos, sin vivienda propia, muchos de allegados y rotando por distintas casas, sin teléfono, otros que, una vez tratados, regresan a sus regiones de origen, etc. Esto llevó a la autora de la presente investigación a priorizar en relación a “lo posible” en esta población, más que sobre criterios metodológicos estadísticos.

*** Criterios de selección muestral :**

1. Se abarcó a los niños de entre 6 y 11 años, que llevaban entre junio y agosto de 1998, un mínimo de seis meses fuera de tratamiento activo, puesto que después de ese período se espera que se hayan integrado a sus actividades normales (colegio, relaciones con padres, hermanos y pares, etc.).

2. Se incluyó en la muestra a todos los niños que cumplían las características anteriores y que asistieron al hospital, ya sea a controles o porque fueron citados especialmente para la realización de esta investigación, entre junio y agosto de 1998.

La muestra definitiva quedó constituida por 37 niños, de los cuales 20 son hombres y 17, mujeres.

7.3 Fuentes de información

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron respondidos por adultos, de allí que las fuentes de información fueron :

- madre o padre del o la menor
- profesora o profesor del o la menor
- Médica/o tratante

VIII. ESTRATEGIA METODOLOGICA

8.1 Enfoque metodológico del estudio

Se realizó un diseño de investigación no experimental, ex-post-facto, es decir no se manipularon deliberadamente variables sino que se analizó el estado que éstas presentaban en un momento dado (junio-agosto 1998).

Este estudio se efectuó a nivel descriptivo transversal. Se midieron las distintas variables del estudio en una única oportunidad.

8.2 Instrumentos de recolección de datos utilizados

Se aplicaron los siguientes instrumentos de recolección de datos, los cuales fueron pasados en una única oportunidad:

*** A la madre, padre del niño/a o adulto responsable:**

1. Ficha de Datos Generales
2. Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales de T. Achenbach. (6-11 años). Estandarización Dr. Hernán Montenegro. 1983.

*** A la profesora del niño/a:**

1. Escala de Evaluación de las Areas de Desarrollo. Ministerio de Educación de Chile.
2. Promedio de notas.

8.3 Descripción de los instrumentos utilizados

8.3.1 Test de Achenbach ⁽³⁴⁾ (Anexo N° 1)

La presente investigación utilizó como instrumento de recolección de datos, el Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años. Se trata de un instrumento de diagnóstico para detectar problemas emocionales y conductuales en la población escolar.

Este inventario, configura categorías diagnósticas en base a la forma como se agrupan los síntomas psicopatológicos de los niños que presentan trastornos emocionales y conductuales. Propone una sistematización en psicopatología infantil, buscando categorías diagnósticas basadas en estudios empíricos.

Plantea sin embargo, que en toda investigación en psicopatología infantil debería considerarse a los niños como continuamente cambiantes en relación a su desarrollo. La significación de cualquier conducta depende más de las implicancias para la adaptación a largo plazo que de sus consecuencias inmediatas, las cuales pueden ser transitorias. Muchas conductas problemáticas temporales reflejan procesos del desarrollo que culminan en niveles superiores de adaptación. De esta manera, toda psicopatología infantil debe evaluar la conducta actual con una perspectiva longitudinal.

³⁴ Montenegro, Hernán "Salud Mental del escolar : Estandarización del Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años", Ediciones CIDE, Santiago, 1983.

La estandarización del instrumento se realizó en Chile en 1983, en base a una muestra de 1.342 niños de la Región Metropolitana. 409 correspondieron a una muestra normal y 933 a una muestra clínica, es decir, a niños que habían recibido atención psicológica en el último año.

*** Confiabilidad del instrumento**

- Test-retest

En 233 casos sometidos a retest, se contrastó la información del test versus la del retest, en términos de la presencia o ausencia de cada conducta. En todos los ítems hubo un acuerdo casi total, superior al 97%.

- Acuerdo entre padres

En los 191 casos en que se administró el inventario a ambos padres, se obtuvo en todos los ítems un acuerdo superior al 98%.

- Consistencia interna

La consistencia interna, analizada a través del índice Kuder-Richardson 20 mostró ser altamente significativa: 0,81 para Destrezas Sociales y 0.97 para Problemas Conductuales.

* Validez de constructo

- Discriminación

Se confirmó el alto poder discriminativo del instrumento a través de un análisis de regresión múltiple.

Los autores que estandarizaron este instrumento en nuestro país, concluyen que “el Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales de Achenbach posee méritos clínicos como instrumento de diagnóstico grueso o screening; desde una perspectiva estadística aporta un medio para recolectar y clasificar objetivamente información relativa a trastornos psiquiátricos infantiles; y desde el punto de vista nosológico proporciona una clasificación descriptiva, de base empírica...”⁽³⁵⁾.

* Descripción del Test de Achenbach

El Inventario contiene 113 ítems de problemas conductuales y 7 ítems de destrezas sociales.

En la Sección de Destrezas Sociales se recoge información sobre el desempeño escolar del niño y la cantidad y calidad de su participación en deportes, juegos, hobbies, quehaceres, organizaciones y relaciones sociales. El inventario permite obtener un perfil de cada niño, en términos de los sub-índices que integran las Destrezas Sociales (categoría actividades, categoría social y categoría escolar). Para

³⁵ Montenegro, Hernán “Salud Mental del escolar : Estandarización del Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años”, Ediciones CIDE, Santiago, 1983.

esta Sección no se obtuvieron normas, "puesto que los datos recogidos en esta sección no justifican una mayor elaboración de los mismos", sin embargo el puntaje bruto puede ser convertido a puntaje estándar.

La sección Problemas Conductuales, informa la presencia o ausencia de cada conducta. Cada uno de los 113 ítems se puntúa en base a una escala que fluctúa entre 0 puntos, cuando no existe la conducta ; 1 punto, cuando ésta se manifiesta a veces ; y 2 puntos, cuando se manifiesta muy frecuentemente.

Igualmente, a partir de 100 ítems de problemas conductuales, se incluye un análisis de componentes principales, utilizando una matriz de 9 factores (Anexo N° 2). De esta forma, se obtiene una puntuación general para toda la sección de Problemas Conductuales, así como una específica para cada uno de los 9 factores, los que además están diferenciados entre hombres y mujeres.

Los factores obtenidos para los hombres son los siguientes :

- Conducta Antisocial ; Agresividad-Hiperactividad ; Ansiedad-Depresión ; Quejas Somáticas ; Crueldad-Agresividad ; Depresión ; Ansiedad ; Inseguridad-pasividad ; Trastornos del Desarrollo.

Los factores obtenidos para las mujeres son :

- Agresividad-hiperactividad ; Ansiedad-Depresión ; Conducta Antisocial ; Inmadurez Social ; Confusión-Retramiento ; Conducta Rebelde ; Quejas Somáticas ; Inseguridad-Pasividad ; Retramiento.

Al comparar los factores de los hombres y mujeres, se observa una coincidencia apreciable en 5 de éstos, que tienen entre un 55% y un 80% de los ítemes en común. Ellos son : Agresividad-Hiperactividad ; Conducta Antisocial ; Ansiedad-Depresión ; Quejas Somáticas ; e Inseguridad-Pasividad. Un sexto factor, relativo a trastornos del desarrollo ; en el caso de los hombres más bien relacionados con inmadurez neurológica y que denomina Trastorno del Desarrollo y, en las mujeres, incluyendo además componentes de inmadurez socioemocional, llamándolo Inmadurez Social.

Los tres factores restantes son diferentes para ambos sexos, correspondiendo cada uno de ellos a una forma distinta de agrupar síntomas relativos a conducta antisocial (Crueldad-Agresividad en hombres, y Conducta Rebelde en mujeres), y los otros dos, a extensiones de lo que se podría llamar "Introversión" (Ansiedad y Depresión en hombres, Confusión-Retraimiento y Retraimiento en mujeres).

El puntaje bruto obtenido en la sección conductual y en cada uno de los factores es convertido a puntaje estándar. Las normas establecidas señalan que quienes obtienen un puntaje T inferior a 70, se sitúan dentro del rango de normalidad. Sobre los 70 y hasta 99 puntos se considera medianamente alto y sobre 100, muy alto ; en ambos casos estaría señalando la presencia de trastornos.

En nuestro país el inventario es administrado por un entrevistador, ya que así se puede incluir a padres analfabetos o de baja escolaridad. Para los efectos de esta investigación, éste fue administrado por la alumna tesista. Su administración demora, aproximadamente 45 minutos.

8.3.2 Ficha de datos generales (Anexo N° 3)

Consiste en una encuesta de datos básicos socio-familiares y sobre la enfermedad del niño. Fue elaborada por la alumna tesista en base a las necesidades emanadas de los objetivos de la investigación.

8.3.3 Escala de evaluación áreas de desarrollo y promedio notas (Anexo N° 4)

Se utilizó esta escala elaborada por el Ministerio de Educación, puesto que los profesores están familiarizados con la misma, ya que debe incluirse en todas las ocasiones en que emiten informes escolares. Incluye una evaluación del desarrollo en el área psicobiológica, social y afectiva. Se solicitó igualmente incluir el promedio de notas del niño hasta la fecha en que se realizó la presente investigación.

IX. ANALISIS DE RESULTADOS (Anexo N° 5)

Una vez aplicados los instrumentos de recolección de datos, se obtuvo lo siguiente :

Cuadro N° 1
DIAGNOSTICO, SEVERIDAD E IRRADIACION CRANEAL
(en n°, % y grado severidad)

Diagnóstico	N° niños	%	Severidad	N° niños	Irradiación
Leucemia Linfoblástica Aguda	16	43.24	Alta	3	3
			Media	4	4
			Baja	9	
Linfoma T	1	2.70	Media	1	1
Total cánceres linfoblásticos	17	45.95			8
Retinoblastoma	2	5.41	Alta	1	1
			Baja	1	
Neuroblastoma	2	5.41	Alta	1	
			Baja	1	
Meduloblastoma	1	2.70	Alta		1
Linfoma Hodgkin	5	13.51	E-2B	2	
			E-3B	3	
Linfoma de Bukkit	3	8.11	E-2	1	
			E-3	2	
Rabdomiosarcoma	1	2.70	n/c		1
Epindinoma	1	2.70	Alta		1
Tumor de Wilms	1	2.70	Desfav.		
Taratoma Ovárico	3	8.11	n/c		
Disgerminoma Ovárico	1	2.70	n/c		
Total Tumores	20	54.05			4
TOTAL GENERAL	37	100.00			12

Nota : n/c : no corresponde

Cuadro N° 2
EDAD ACTUAL
(en años)

Edad	N° niños
6	4
7	8
8	6
9	4
10	8
11	7
TOTAL	37

*** EDAD**

Rango : 6 - 11 años

Varianza : 2.95

Promedio : 8,67

Desviación Estándar : 1.72

Cuadro N° 3
EDAD Y ETAPA DE DESARROLLO AL MOMENTO DE ENFERMAR
(en meses y %)

Meses	N° niños	%	Etapa Desarrollo	%
0 - 11	3	8.11	Lactante	
12 - 23	3	8.11	Lactante	16.22
24 - 35	4	10.81	Pre-escolar	
36 - 47	7	18.92	Pre-escolar	
48 - 59	9	24.32	Pre-escolar	
60 - 71	5	13.51	Pre-escolar	67.56
72 - 83	1	2.70	Escolar	
84 - 95	1	2.70	Escolar	
96 - 108	4	10.81	Escolar	16.22
TOTAL	37	100.00		100.00

Cuadro N° 4
DURACION TRATAMIENTO
(en meses y %)

Meses	N° niños	%
0 -11	13	35.14
12 -23	4	10.81
24 - 26	20	54.05
TOTAL	37	100.00

*** DURACION TRATAMIENTO**

Rango : 2 - 36 meses

Promedio : 17.81 meses

Cuadro N° 5
TIEMPO FUERA TRATAMIENTO ACTIVO
(en n°, meses y %)

Meses fuera tratamiento	N° niños	%
6 – 11	5	13.51
12 – 23	5	13.51
24 – 35	8	21.62
36 – 47	4	10.81
48 – 59	6	16.22
60 – 71	3	8.11
72 – 83	5	13.51
84 – 95	1	2.70
TOTAL	37	100.00

*** TIEMPO FUERA TRATAMIENTO ACTIVO**

Rango : 6 - 91 meses

Promedio : 41 meses

Cuadro N° 6
IRRADIACION CRANEAL
(en n° y %)

Irradiación Craneal	N° Niños	%
No	25	67.57
Sí	12	32.43
TOTAL	37	100.00

Cuadro N° 7
RECAIDA
(en n° y %)

Recaída	N° niños	%
No	35	94.59
Sí	2	5.41
TOTAL	37	100.00

Cuadro N° 8
DAÑOS FISICOS O FUNCIONALES VISIBLES
(en n° y %)

Daños visibles	N° niños	%
No	32	86.49
Sí	5	13.51
TOTAL	37	100.00

Cuadro N° 9
NUCLEO FAMILIAR
(en n°)

N° miembros	Hogares
3	1
4	8
5	11
6	10
7	4
8	1
9	2
TOTAL	37

*** NUCLEO FAMILIAR**
Promedio : 5,47

Cuadro N° 10
POSICION ENTRE LOS HERMANOS/AS
(en n° y %)

Posición entre hermanos	N° niños	%
Unico	2	5.41
Mayor	8	21.62
Intermedio	5	13.51
Menor	22	59.46
TOTAL	37	100.00

Cuadro N° 11
SEPARACIONES CONYUGALES
(en n° y %)

Separación	N° Parejas	%
Total No	28	75.68
Sí antes Enfermedad	1	2.70
Sí durante Enfermedad	2	5.41
Sí después Enfermedad	5	13.51
Sí y abandono parental	1	2.70
Total Sí	9	24.32
TOTAL	37	100.00

Cuadro N° 12
CUIDADOR/A DURANTE ENFERMEDAD
(en n° y %)

Cuidadora	N° casos	%
Madre	33	89.19
Madre-Padre	2	5.41
Abuela	1	2.70
Abuelo	1	2.70
TOTAL	37	100.00

Cuadro N° 13
ESCOLARIDAD
(en n°)

Curso	N° niños
Kinder	2
1° Básico	3
2° Básico	7
3° Básico	10
4° Básico	5
5° Básico	4
6° Básico	2
Esc. Especial	4
TOTAL	37

Cuadro N° 14
REPITENCIA Y RETRASO ESCOLAR
(En n° y %)

Repitencia	N° niños	%	Retraso escolar	N° niños	%
x Asociación Enfermedad	5	13.51	De 1 año	10	27.03
x Retraso Intelectual	3	8.11	De 2 años	4	10.81
			De más 3 años	3	8.11
Total repitencia	8	21.62	Total retraso	17	45.95
Total sin repitencia	29	78.38	Total sin retraso	20	54.05
TOTAL	37	100.00	TOTAL	37	100.00

Cuadro N° 15
NOTAS Y PROMEDIO NOTAS
(En n°)

Intervalo Promedio Notas	N° niños
5.3 - 5.9	9
6.0 - 6.8	13
Total niños c/promedio notas	22
Kinder	2
Sin informe escolar.	9
Escuela Especial	4
Total niños sin promedio notas	15
TOTAL	37

*** PROMEDIO GENERAL DE NOTAS**

De los 22 niños con informe escolar: **6.04**

Cuadro N° 16
SITUACION ESCOLAR DE NIÑOS CON IRRADIACION CRANEAL
(en n° y %)

Situación Escolar	N° niños	%
Total sin problemas escolares	4	33.33
Reforzamiento	1	8.33
Retraso 1 año y reforzamiento	1	8.33
Retraso 2 años	1	8.33
Repitencia, retraso 2 años y reforzamiento	1	8.33
Repitencia 1 año y Escuela Especial	1	8.33
Repitencia más 3 años y Escuela Especial	3	25.00
Total con problemas escolares	8	66.66
TOTAL	12	100.00

Cuadro N° 17
ATENCION PSICOLOGICA EN ULTIMO AÑO
(en n° y %)

Tipo Atención	N° niños	%
Consulta	9	24.32
Seguimiento	4	10.81
Total con atención	13	35.14
Total sin atención	24	64.86
TOTAL	37	100.00

A continuación se entregan los datos arrojados por la Sección Destrezas Sociales del Test de Achenbach

Cuadro N° 18
DEPORTES Y CALIDAD EJECUCION
(en n° y %)

N° Deportes	N° niños	%	Calidad Ejecución	N° niños
3	14	37.84	Menos Promedio	15
2	11	29.73	Promedio	17
1	9	24.32	Más Promedio	2
Total practica deporte/s	34	91.89	Total	34
Total no practica deporte	3	8.11		
TOTAL	37	100.00		

Cuadro N° 19
JUEGOS Y CALIDAD EJECUCION
(en n° y %)

N° Juegos	N° niños	%	Calidad Ejecución	N° niños
3	20	54.05	Menos Promedio	9
2	13	35.14	Promedio	24
1	4	10.81	Más Promedio	4
TOTAL	37	100.00	TOTAL	37

Cuadro N° 20
DEBERES DOMESTICOS Y CALIDAD EJECUCION
(en n° y %)

N° Deberes	N° niños	%	Calidad Ejecución	N° niños
3	8	21.62	Menos Promedio	3
2	4	10.81	Promedio	10
1	8	21.62	Más Promedio	7
Total realizan deberes	20	54.05	Total	20
Total no realizan deberes	17	45.95		
TOTAL	37	100.00		

Cuadro N° 21
**PARTICIPACION ORGANIZACIONES y/o CLUBES
 Y CALIDAD EJECUCION**
 (en n° y %)

N° Organizaciones	N° niños	%	Calidad Ejecución	N° niños
1	11	29.73	Menos Promedio	2
0	26	70.27	Promedio	2
			Más Promedio	7
TOTAL	37	100.00	Total	11

Cuadro N° 22
AMIGOS/AS Y CONTACTOS SEMANALES
 (en n° y %)

N° Amigos/as	N° niños	%	N° contactos semanales	N° niños	%
0 - 1	8	21.62	Menos de 1	4	10.81
2 - 3	7	18.92	1 ó 2	15	40.54
4 - +	22	59.46	Más de 3	18	48.65
TOTAL	37	100.00	TOTAL	37	100.00

Cuadro N° 23
COMPORTAMIENTO CON PADRES, AMIGOS Y HERMANOS
 (comparativamente otros niños/as)

Comportamiento	c/padres	c/hermanos/as	c/amigos/as
Peor	5	8	1
Parecido	20	18	24
Mejor	12	9	12
TOTAL	37	35	37

Nota : 2 niños son hijos únicos

Cuadro N° 24
JUEGO Y TRABAJO SOLA/O
 (Comparativamente otras niñas/os)
 (en n°)

Comportamiento	N° niños
Peor	3
Parecido	21
Mejor	13
TOTAL	37

Cuadro N° 25
PUNTAJES PROMEDIO SECCION DESTREZAS SOCIALES Y CATEGORIAS
 (en n°)

Item	Ptje. Promedio	Ptje. Máximo
Categ. Actividades	7.43	15
Categ. Social	5.93	13
Categ. Escolar	4.27	6
T Destrezas Soc	51.38	91

Cuadro N° 26
PUNTAJES PROMEDIO SECCION DESTREZAS SOCIALES Y CATEGORIAS
EN PACIENTES CON LLA* Y LINFOMA T, SEGÚN GRADO SEVERIDAD
 (en n° y %)

Item	Ptje. Promedio según grado severidad			Ptje. Promedio Total LLA y Linfoma T
	Bajo	Medio	Alto	
Cat. Actividades	8.79	8.98	4.08	8.02
Cat. Social	6.52	6.73	3.66	6.07
Cat. Escolar	4.51	3.73	2.92	4.02
T Destrezas Sociales	54.44	53.6	31.33	50.11
Total Niños	9	5	3	17
% niños	52.94	29.41	17.65	45.95

Nota : LLA : Leucemia Linfobástica Aguda

Cuadro N° 27
PUNTAJES PROMEDIO SECCION DESTREZAS SOCIALES Y CATEGORIAS
EN PACIENTES CON IRRADIACION CRANEAL
 (en n° y %)

Item	Ptje. Promedio niños con irradiación craneal	Ptje. Promedio niños sin irradiación craneal
Cat. Actividades	7.89	8.59
Cat. Social	5.89	6.00
Cat. Escolar	2.8	4.72
T Destrezas Sociales	48.67	52.68
Total Niños	12	25
% niños	32.43	67.57

Cuadro N° 28
**PUNTAJES PROMEDIO SECCION DESTREZAS SOCIALES Y CATEGORIAS
 EN PACIENTES CON DAÑOS FISICOS O FUNCIONALES VISIBLES**
 (en n° y %)

Item	Ptje. Promedio niños con daños visibles	Ptje. Promedio niños sin daños visibles
Cat. Actividades	9.74	7.26
Cat. Social	5.99	5.96
Cat. Escolar	4.2	4.21
T Destrezas Sociales	55	50.81
Total Niños	5	32
% niños	13.51	86.49

A continuación se presentan los datos arrojados por la Sección de Problemas Conductuales del Test de Achenbach :

Cuadro N° 29
ITEMES CONDUCTUALES DE MAYOR PRESENCIA
COMPARTIDOS POR AMBOS SEXOS
(en n° y %)

Item Conductual	Presencia								Promedio
	Sí	%	A/V	%	Tot	%	No	%	
Discute mucho	23	62.16	9	24.32	32	86.49	5	13.51	1.49
Habla demasiado	21	56.76	9	24.32	30	81.08	7	18.92	1.38
Se pone celoso fácilmente	21	56.76	7	18.92	28	75.68	9	24.32	1.32
Se preocupa mucho	18	48.65	7	18.92	25	67.57	12	32.43	1.16
Excesivamente ruidoso	18	48.65	6	16.22	24	64.86	13	35.14	1.11
Se taima, se amurra con frecuencia	12	32.43	17	45.95	29	78.38	8	21.62	1.11
No se puede concentrar, se distrae fácilmente	16	43.24	9	24.32	25	67.57	12	32.43	1.11
Nervioso, impresionable o tenso	14	37.84	13	35.14	27	72.97	10	27.03	1.11
Actúa en forma inmadura, es aguaguado para su edad	15	40.54	10	27.03	25	67.57	12	32.43	1.08
Demasiado dependiente	18	48.65	3	8.11	21	56.76	16	43.24	1.05
Excesivamente preocupado por la pulcritud y la limpieza	16	43.24	7	18.92	23	62.16	14	37.84	1.05
Intranquilo o Hiperactivo	15	40.54	8	21.62	23	62.16	14	37.84	1.03

Nota : Promedio Máximo = 2 puntos

Cuadro N° 30
ITEMES CONDUCTUALES DE MAYOR PRESENCIA
EXCLUSIVOS DE MUJERES
(en n° y %)

Itemes Conductuales	Presencia								Promedio
	Sí	%	A/V	%	Tot	%	No	%	
Grita mucho	7	41.18	5	29.41	12	70.59	5	29.41	1.12
Miedo a animales, situaciones o lugares	7	41.18	3	17.65	10	58.82	7	41.18	1.00

Nota : Promedio Máximo = 2 puntos

Cuadro N° 31
**ITEMES CONDUCTUALES DE MAYOR PRESENCIA
 EXCLUSIVOS DE HOMBRES**
 (en n° y %)

Item Conductual	Presencia								Promedio
	Sí	%	A/V	%	Tot	%	No	%	
Testarudo e irritable	10	50.00	5	25.00	15	75.00	5	25.00	1.25
Exige mucha atención	10	50.00	5	25.00	15	75.00	5	25.00	1.25
Le gusta llamar la atención	8	40.00	8	40.00	16	80.00	4	20.00	1.20
Burlón, sacador de pica	9	45.00	6	30.00	15	75.00	5	25.00	1.20
Reservado, se guarda todo para sí mismo	10	50.00	3	15.00	13	65.00	7	35.00	1.15
Le gusta estar solo	9	45.00	4	20.00	13	65.00	7	35.00	1.10
Desobediente en la casa	6	30.00	9	45.00	15	75.00	5	25.00	1.05
Siempre está cansado	6	30.00	9	45.00	15	75.00	5	25.00	1.05
Siente o se queja de que nadie lo quiere	5	25.00	10	50.00	15	75.00	5	25.00	1.00

Nota : Promedio Máximo = 2 puntos

Cuadro N° 32
**AUSENCIA DE CONDUCTA O TRASTORNO
 EN LOS NIÑOS Y NIÑAS**

Asma
Come o bebe cosas que no son comestibles
Oye cosas que no existen
Manipula sus órganos sexuales en público
Ve cosas que no existen
Problemas sexuales
Se embetuna o juega con sus deposiciones
Piensa demasiado en el sexo
Se droga o toma bebidas alcohólicas
Le gustaría pertenecer al sexo opuesto

Cuadro N° 33
PENSAMIENTOS RECURRENTES
 (en n° y %)

Pensamiento	N° niños	%
Muerte	5	13.51
Operación	1	2.70
Hospitalización	1	2.70
Sufrimiento	1	2.70
Total presencia pensamiento rec.	8	21.62
Total ausencia pensamiento rec.	29	78.38
TOTAL	37	100.00

Cuadro N° 34
MIEDO A ANIMALES, SITUACIONES O LUGARES
 (en n° y %)

Miedo	N° niños	%
Oscuridad	4	10.81
Animales	5	13.51
Animales y oscuridad	5	13.51
Animales, oscuridad y extraños	1	2.70
Quedarse solo	1	2.70
Quedarse solo y oscuridad	2	5.41
Escalas sin baranda	1	2.70
Alturas y muerte	1	2.70
Total presentan miedos	20	54.05
Total no presentan miedos	17	45.95
TOTAL	37	100.00

Cuadro N° 35
PUNTAJE T DE PROBLEMAS CONDUCTUALES Y FACTORES EN MUJERES
(en n° y %)

Items	Ptje T Prom.	Rango						
		Bajo-Prom	%	Medio Alto	%	Muy Alto	%	%Total Alto
Sección								
Probl. Conductuales	63.00	13	76.47	3	17.65	1	5.88	23.53
Factores								
Agresividad-Hipercatividad	61.41	13	76.47	3	17.65	1	5.88	23.53
Ansiedad-Depresión	59.59	14	82.36	1	5.88	2	11.76	17.65
Conducta Antisocial	61.00	13	76.47	3	17.65	1	5.88	23.53
Inmadurez Social	58.59	15	88.24	2	11.76	0	0.00	11.76
Confusión-Retramiento	61.53	13	76.47	4	23.53	0	0.00	23.53
Conducta Rebelde	41.35	14	82.36	2	11.76	1	5.88	17.65
Quejas Somáticas	43.59	14	82.35	3	17.65	0	0.00	17.65
Inseguridad-Pasividad	56.76	13	76.47	4	23.53	0	0.00	23.53
Retramiento	56.94	11	64.71	6	35.29	0	0.00	35.29

Rango	Bajo-Promedio	Medianamente Alto	Muy Alto
Puntaje T	0 - 69	70 - 99	100 -

Según los criterios establecidos para nuestro país, si el niño o la niña obtiene un Puntaje T igual o superior a 70 puntos, se considera que presenta problemas conductuales.

Cuadro N° 36
PUNTAJE T DE PROBLEMAS CONDUCTUALES Y FACTORES EN HOMBRES
 (en n° y %)

Ítemes	Ptje T Prom.	Rango						
		Bajo-Prom	%	Medio Alto	%	Muy Alto	%	% Total Alto
Sección								
Probl. Conductuales	67.35	13	65.00	6	30.00	1	5.00	35.00
Factores								
Conducta Antisocial	58.30	15	75.00	3	15.00	2	10.00	25.00
Agresividad-Hiperactividad	61.90	14	70.00	6	30.00	0	0.00	30.00
Ansiedad-Depresión	61.40	14	70.00	6	30.00	0	0.00	30.00
Quejas Somáticas	54.45	17	85.00	2	10.00	1	5.00	15.00
Crueldad-Agresividad	41.90	16	80.00	3	15.00	1	5.00	20.00
Depresión	53.05	17	85.00	3	15.00	0	0.00	15.00
Ansiedad	60.35	15	75.00	5	25.00	0	0.00	25.00
Inseguridad-Pasividad	57.70	18	90.00	2	10.00	0	0.00	10.00
Trast. del Desarrollo	51.40	14	70.00	6	30.00	0	0.00	30.00

Rango	Bajo-Promedio	Medianamente Alto	Muy Alto
Puntaje T	0 - 69	70 - 99	100 -

Cuadro N° 37
PUNTAJE T PROMEDIO DE SECCION PROBLEMAS CONDUCTUALES
 (en n° y %)

Categoría	Ptje T Prom	Rango Puntaje T						
		Bajo-Prom	%	Medio Alto	%	Muy Alto	%	% Total Alto
Probl. Conduct.	65.35	26	70.27	9	24.32	2	5.41	29.73

Rango	Bajo-Promedio	Medianamente Alto	Muy Alto
Puntaje T	0 - 69	70 - 99	100 -

***PUNTAJE T PROBLEMAS CONDUCTUALES**

Promedio : 63.35

Desviación Estándar : 16.11

Varianza : 259.62

Rango : 40 - 100

Moda : 52

Cuadro N° 38
**PUNTAJE T PROMEDIO SECCION PROBLEMAS CONDUCTUALES EN
 PACIENTES CON LLA Y LINFOMA T, SEGÚN GRADO SEVERIDAD**
 (en n°)

Grado Severidad	N° niños	Ptje. T Promedio
Bajo	9	66.56
Medio	5	64.6
Alto	3	74.3
Total	17	67.35

Cuadro N° 39
**RANGO PUNTAJE T SECCION PROBLEMAS CONDUCTUALES EN PACIENTES
 CON LLA Y LINFOMA T, SEGÚN GRADO SEVERIDAD**
 (en n° y %)

Rango Ptje T Problemas Conductuales	Grado Severidad Bajo		Grado Severidad Medio		Grado Severidad Alto		Total	
	Niños	%	Niños	%	Niños	%	Niños	%
Bajo-Promedio	7	41.18	4	23.53	1	5.88	12	70.59
Medio Alto	2	11.76	0	0.00	2	11.76	4	23.53
Muy Alto	0	0.00	1	5.88	0	0.00	1	5.88
Total	9	52.94	5	29.41	3	17.64	17	100.00

Cuadro N° 40
**RANGO PUNTAJE T SECCION PROBLEMAS CONDUCTUALES EN PACIENTES
 CON IRRADIACION CRANEAL**
 (en n° y %)

Rango Ptje T Problemas Conductuales	N° niños	%
Bajo-Promedio	7	58.33
Medio Alto	4	33.33
Muy Alto	1	8.33
TOTAL	12	100.00

Cuadro N° 41
**RANGO PUNTAJE T SECCION PROBLEMAS CONDUCTUALES EN PACIENTES
 CON DAÑOS FISICOS O FUNCIONALES VISIBLES**
 (en n° y %)

Rango Ptje T Problemas Conductuales	N° niños	%
Bajo-Promedio	3	60.00
Medio Alto	2	40.00
Muy Alto	0	0.00
TOTAL	5	100.00

Cuadro N° 42
**PUNTAJE T PROMEDIO SECCION PROBLEMAS CONDUCTUALES EN
 DIFERENTES SUB-GRUPOS DE PACIENTES**
 (en n°)

Pacientes	Ptje. T Promedio
Muestra Total	65.35
Con LLA y LT	67.35
Con irradiación craneal	67.5
Sin irradiación craneal	64.32
Con daños visibles	63.40
Sin daños visibles	65.66

* **CORRELACIONES DE PEARSON**

De acuerdo a criterios pre-establecidos, se interpreta el coeficiente de correlación de Pearson (R), como sigue :

R = 0.0 a (+-)0.19 : denota relación indiferente y despreciable.

R = (+-)0.2 a (+-)0.39 : denota relación baja, existente, pero leve.

R = (+-)0.4 a (+-)0.69 : denota relación sustancial o marcada.

R = (+-)0.7 a (+-)1.0 : denota relación alta a muy alta.

Cuadro N° 43
**CORRELACION ENTRE PUNTAJE CATEGORIA ESCOLAR Y
PTJE. T PROBLEMAS CONDUCTUALES**
(En n°)

	En Niños	En Niñas	En Muestra
CORRELACION	- 0.47	- 0.68	- 0.53

Cuadro N° 44
**CORRELACIÓN ENTRE PUNTAJE T DESTREZAS SOCIALES Y
PTJE. T PROBLEMAS CONDUCTUALES**
(En n°)

	En Niños	En Niñas	En Muestra
CORRELACION	- 0.45	- 0.44	- 0.41

Cuadro N° 45
CORRELACIONES SUSTANCIALES Y ALTA EN MUJERES
(En n°)

Puntaje	Ptje. T Factor	Correlación
Cat. Escolar	Agresividad-Hiperactividad	- 0.69
Cat. Escolar	Confusión-Retramiento	- 0.73
Cat. Social	Confusión-Retramiento	- 0.46
Cat. Actividades	Confusión-Retramiento	- 0.46
T Destrezas Sociales	Confusión-Retramiento	- 0.65

Cuadro N° 46
**CORRELACIÓN ENTRE DURACION TRATAMIENTO Y
PTJE. T PROBLEMAS CONDUCTUALES EN MUJERES**
(En n°)

CORRELACION	Ptje. T Prob. Conductuales
Duración Tratamiento	0.42

Cuadro N° 47
CORRELACIONES SUSTANCIALES EN HOMBRES
(En n°)

Puntaje	Ptje. T Factor	Correlación
Cat. Escolar	Ansiedad-Depresión	- 0.46
Cat. Escolar	Trast. Del Desarrollo	- 0.42
Cat. Actividades	Ansiedad	- 0.43
T Destrezas Sociales	Ansiedad-Depresión	- 0.50
T Destrezas Sociales	Ansiedad	- 0.54

Cuadro N° 48
CORRELACIONES ENTRE NIÑOS CON IRRADIACION CRANEAL VERSUS
NIÑOS SIN IRRADIACIÓN CRANEAL
(En n°)

CORRELACION	Niños con Irradiación craneal		Niños sin irradiación craneal	
	Ptje. T Prob. Conduct.	Ptje. T Destrezas Sociales	Ptje. T Prob. Conduct.	Ptje. T Destrezas Sociales
Meses fuera de Tratamiento	0.14	-0.21	-0.13	0.46
Edad de enfermedad	-0.11	0.44	0.06	-0.13

Cuadro N° 49
OTRAS CORRELACIONES ENTRE NIÑOS CON IRRADIACION CRANEAL
VERSUS NIÑOS SIN IRRADIACIÓN CRANEAL
(En n°)

CORRELACION	Niños con Irradiación craneal	Niños sin irradiación craneal
	Ptje. Categoría Escolar	Ptje. Categoría Escolar
Meses fuera de Tratamiento	-0.89	0.35
Edad de enfermedad	0.34	-0.14

Cuadro N° 50
CORRELACIONES EN NIÑOS CON
DAÑOS FÍSICOS O FUNCIONALES VISIBLES
(En n°)

CORRELACION	Niños con daños físicos visibles		Niños sin daños físicos visibles	
	Ptje. T Prob. Conduct.	Ptje. T Destrezas Sociales	Ptje. T Prob. Conduct.	Ptje. T Destrezas Sociales
Meses fuera de Tratamiento	-0.59	0.78	0.04	0.13
Edad de enfermedad	0.14	-0.42	0.02	0.10

Cuadro N° 51
OTRAS CORRELACIONES EN NIÑOS CON
DAÑOS FÍSICOS O FUNCIONALES VISIBLES
(En n°)

CORRELACION	Niños con daños físicos visibles	Niños sin daños físicos visibles
	Ptje. Categoría Escolar	Ptje. Categoría Escolar
Meses fuera de Tratamiento	0.77	-0.08
Edad de enfermedad	-0.60	-0.03

Cuadro N° 52
CORRELACIONES EN NIÑOS CON CÁNCERES LINFOBLÁSTICOS
(En n°)

CORRELACION	Ptje T Prob. Conductuales			Ptje T Destrezas Sociales			Ptje Categoría Escolar		
	s/b	s/m	s/a	s/b	s/m	s/a	s/b	s/m	s/a
Meses fuera tratamiento	-0.06	0.63	0.04	0.44	-0.36	-0.93	0.04	-0.92	-0.95
Edad enfermedad	0.46	-0.11	0.56	-0.15	0.87	0.62	-0.31	0.37	0.66

Nota : s/b : severidad baja
s/m : severidad media
s/a : severidad alta

X. INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

La interpretación de los resultados se realizará buscando dar respuesta a los objetivos que guiaron esta investigación y en el marco de las posibilidades que brindan los instrumentos de recolección de datos utilizados.

10.1 Presencia de trastornos conductuales

El Inventario de Achenbach arroja presencia de problemas conductuales en 11 de los 37 niños, es decir en un 29.73% de la muestra (ver Cuadro N° 37). De este total, 9 niños se sitúan en el rango medianamente alto (Puntaje T : 70 - 99) y 2, en el de muy alto (Puntaje T : igual o superior a 100).

Asimismo, el Inventario arroja el Factor Conducta Antisocial en un 23.53% de las mujeres y en un 25% de los varones ; y la presencia del Factor Crueldad - Agresividad en un 20% de los varones y del Factor Conducta Rebelde en un 17.65% de las niñas, siendo éstos dos últimos factores comparables entre sí (ver Cuadros N° 35 y N° 36, respectivamente).

Los ítemes conductuales de mayor presencia han sido descritos en el Cuadro N° 29 y se pueden agrupar en conductas de : dependencia ; intranquilidad e hiperactividad ; oposicionismo ; y poca tolerancia a la frustración.

El instrumento también reporta la ausencia de conductas o trastornos en varios planos, entre ellos : problemas relacionados con la sexualidad ; de alcoholismo y drogas ; alucinaciones auditivas y visuales, etc. (ver Cuadro N° 32)

En lo que respecta, a la relación entre distintas variables, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson (R), se obtuvo lo siguiente :

- La correlación del puntaje obtenido en la Categoría Escolar con el Puntaje T de Problemas Conductuales fue de $R = -0.53$ y la del Puntaje T de Destrezas Sociales con el Puntaje T de Problemas Conductuales fue de $R = -0.41$. Existe una relación sustancial entre ambas variables, es decir mientras mayor puntaje obtuvieron las/os niñas/os en la Categoría Escolar y en Destrezas Sociales, menor fue el puntaje alcanzado en la Sección Problemas Conductuales.

10.2 Presencia de trastornos emocionales

El Inventario de Achenbach no entrega un reporte de trastornos emocionales propiamente tales, sin embargo, al reagrupar los ítems conductuales en factores, integra en éstos, los elementos y cualidades del vivenciar, desde una perspectiva descriptiva.

Desde ese punto de vista, en los factores que pueden ser comparados entre hombres y mujeres (ver descripción Test de Achenbach, pag. 41), el Factor Ansiedad-Depresión

tiene una presencia medianamente alta o muy alta en 9 niños, es decir en un 24.32% de la muestra. Asimismo, el Factor Agresividad-Hiperactividad, tiene una presencia medianamente alta o muy alta en 10 niños, es decir en un 27.02% de la muestra.

Por otro lado, el 21,62% de los niños “no puede apartar de su mente ciertos pensamientos, obsesiones” relacionados con : la muerte (13.51%) ; operación (2.7%) ; hospitalización (2.7%) ; y sufrimiento (2.7%). (ver Cuadro N° 33).

Igualmente, tal como se señala en el Cuadro N° 34, un 54.05% de los niños manifiesta miedo a animales, situaciones (oscuridad, quedarse solo, muerte) y/o lugares (alturas, escaleras sin baranda).

10.3 Destrezas y habilidades sociales

El desarrollo de habilidades y destrezas sociales, alcanza un Puntaje T promedio de 51.38 puntos, siendo el máximo para esta categoría de 91 puntos. No existen normas específicas para esta sección, por lo que se analizarán los ítemes de cada Categoría (ver Cuadro N° 25).

La Categoría Actividades reporta que el 91.89% de los/as niños/as realiza entre 1 ó 3 actividades deportivas y el 100% desarrolla entre 1 ó 3 juegos, hobbies y/o entretenimientos (no se incluye televisión). En relación, a los deberes domésticos y obligaciones, un 45.95% no realiza ninguno (ver Cuadros N° 18, N° 19 y N° 20). El

puntaje promedio alcanzado en esta categoría fue de 7.43 sobre un máximo posible de 15 puntos.

La Categoría Social reporta que un 70.27% de los niños no participa en ninguna organización o club. El 78.38%, tiene entre 2 o más amigos. El 86.5% se comporta igual o mejor que otros niños con sus padres ; el 73% se comporta igual o mejor con sus hermanos/as ; y el 97.3% se comporta igual o mejor con sus amigos/as. El 92% de los niños juega o trabaja solo, igual o mejor que otros niños. El puntaje promedio para esta Categoría fue de 5.93 sobre un máximo posible de 13 puntos.

La Categoría Escolar alcanzó un puntaje promedio de 4.27 sobre un máximo posible de 6 puntos y se analizará en el próximo punto más detalladamente.

10.4 Situación escolar

El 100% de los niños está inserto en el sistema escolar, incluyendo a 4 (3 niñas y 1 niño) que están en escuelas especiales.

El promedio general de notas obtenido por los 22 niños que presentaron su informe escolar es de 6.04.

En relación a la repitencia, se constató que 8 niños (21.62%) han repetido, ya sea por problemas asociados a la enfermedad (largos períodos de hospitalización) o por retraso Intelectual (ver Cuadro N° 14). Un 78.38% no presenta problemas de repitencia.

En relación al retraso escolar, se constató que 17 niños (45.95%) posee retraso escolar de entre 1 y más de 3 años. El 54.05% no presenta retraso.

Se solicitó a los profesores/as de los niños que llenaran una Escala de Evaluación del Desarrollo en las Areas Psicológica, Social y Afectiva elaborada por el Ministerio de Educación. Se descartó la validez de la misma, ya que en las 22 evaluaciones recibidas, los niños siempre o generalmente manifestaban el rasgo que se evaluaba y en ninguna oportunidad, lo hacían de manera ocasional o definitivamente no lo manifestaban, lo que se contradecía visiblemente con los datos arrojados por el Inventario de Achenbach y la encuesta realizada al adulto responsable del niño o niña.

10.5 Diferencias por sexo

El 23.53% de las niñas y el 35% de los varones arrojan presencia de problemas conductuales, es decir obtuvieron un puntaje T igual o superior a 70 puntos.

El puntaje T promedio de Destrezas Sociales fue de 52.65 puntos para los varones y levemente más bajo en mujeres : 49.88 puntos.

La Categoría Actividades arroja 8.76 puntos en mujeres y 8.2 en hombres. La Categoría Social, 5.35 en mujeres y 6.5 en hombres. La Categoría Escolar, 4.0 en mujeres y 4.5 en hombres.

Tomando a las niñas y los niños, como dos muestras independientes, se buscaron los ítemes en los que existía una probabilidad de diferencia significativa. Estos fueron :

*** Repitencia :**

De los 20 niños, repitieron 2, lo que equivale a un 10%

De las 17 niñas, repitieron 6, lo que equivale a un 35.29%

La probabilidad de diferencia significativa es de : 61%

*** Deberes domésticos u obligaciones**

De los 20 niños, 8 realizan deberes domésticos, lo que equivale a un 40%

De las 17 niñas, 12 realizan deberes domésticos, lo que equivale a un 70.58%

La probabilidad de diferencia significativa es de : 84.03%

*** No participación en organizaciones o clubes**

De los 20 niños, 11 no participan, lo que equivale a un 55.00%

De las 17 niñas, 15 no participan, lo que equivale a un 88.24%

La probabilidad de diferencia significativa es de 94.74%

En lo que respecta, a la relación entre distintas variables, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson (R), también se obtuvieron aspectos diferenciados por sexo.

Estos fueron :

*** en las mujeres** (ver Cuadros N° 45 y N° 46)

- La correlación entre la duración del tratamiento y el puntaje T de Problemas Conductuales fue de $R = 0.42$. Existe una relación sustancial entre ambas variables, es decir mientras más tiempo permanecieron las niñas en tratamiento, presentan un mayor puntaje T en Problemas Conductuales.

- La correlación entre el puntaje de la Categoría Escolar y los puntajes T de los Factores Agresividad-Hiperactividad y Confusión-Retraimiento fue de $R = -0.69$ y $R = -0.73$, respectivamente. Existe una relación alta entre ambas variables, es decir mientras mayor puntaje obtuvieron las niñas en la Categoría Escolar, menor fue el puntaje alcanzado en los 2 factores antes citados.

En términos generales, los mayores puntajes obtenidos por las niñas en la Sección de Destrezas Sociales y sus Categorías Actividades, Social y Escolar, aparecen contrarrestando conductas de agresividad e hiperactividad, así como conductas de introversión (Confusión-Retraimiento).

*** en los hombres** (ver cuadros N° 47)

- La correlación entre el puntaje obtenido en la Categoría Escolar y los puntajes T de los Factores Ansiedad-Depresión y Trastornos del Desarrollo fue de $R = -0.46$ y $R = -0.42$, respectivamente. Existe una relación sustancial entre ambas variables, es decir mientras mayor puntaje obtuvieron los niños en la Categoría Escolar, menor fue el puntaje alcanzado en los 2 factores antes citados.

En términos generales, los mayores puntajes obtenidos por los niños en la Sección de Destrezas Sociales y sus Categorías Escolar y Actividades, aparecen contrarrestando conductas de Ansiedad y Depresión, así como Trastornos del Desarrollo.

10.6 Edad al momento de enfermarse

La edad de los niños al momento de enfermarse se distribuye según lo señala el Cuadro N° 3; un 16.22% era menor de 2 años (lactante) ; un 67.56% tenía entre 2 y 5 años 11 meses (pre-escolar) ; y un 16.22% tenía entre 6 y 9 años (escolar).

No se encontró, para la muestra total, ni desagregando hombres y mujeres, correlaciones significativas entre la edad de la enfermedad y otras variables en estudio. Esta variable sí tiene un peso en los niños irradiados, en los que presentan daños físicos o visibles y dentro de los cánceres linfoblásticos, en los de nivel de severidad medio y alto.

10.7 Severidad del tratamiento

La severidad del tratamiento está relacionada con los aspectos agresivos de éste. Entre ellos, se pueden señalar la irradiación craneal y los daños físicos y/o funcionales derivados del tratamiento, tales como mutilaciones, amputaciones, prótesis, etc...

Por otro lado, si bien es cierto que a la mayoría de los cánceres se les asigna un grado de severidad (bajo, medio y alto) al momento del diagnóstico, entre ellos no siempre

son comparables porque los protocolos de tratamiento difieren sustancialmente entre sí.

Para efectos de esta investigación, hemos agrupado los cánceres linfoblásticos, que incluyen la leucemia linfoblástica aguda y el linfoma T, en una sola categoría, ya que ellos sí pueden ser comparados entre sí. Los niños que presentaron esta patología con severidad media y alta recibieron irradiación craneal. Los con severidad baja, no fueron irradiados

A continuación se analizará a cada uno de estos sub-grupos por separado :

* **Irradiación craneal**

El 32.43% de los niños, es decir 12 niños fueron sometidos a irradiación craneal (ver Cuadro N° 1).

En la Sección Problemas Conductuales, un 41,66% de estos 12 niños presenta problemas conductuales. Obtuvieron un puntaje T promedio para la Sección de 67.5 puntos, levemente superior al de los niños no irradiados.

En la Sección Destrezas Sociales, presentan un puntaje T promedio levemente más bajo que los niños no irradiados. Sin embargo, el puntaje alcanzado en la Categoría Escolar es sustancialmente más bajo, lo que se evidencia en lo señalado en el párrafo anterior (ver Cuadro N° 27)

En términos de la situación escolar, un 66,66% de estos niños, es decir 8, presentan problemas en este ámbito, ya sea de retraso, repitencia o asistencia a escuela especial (ver Cuadro N° 16). Los 4 niños de la muestra total que asisten a escuela especial, recibieron irradiación craneal.

La correlación de Pearson entre la edad de enfermedad y el puntaje T de Destrezas Sociales fue de $R = 0.44$. Existe una relación sustancial entre ambas variables, es decir mientras más edad tenía el niño al momento de enfermarse, muestra un mayor desarrollo de destrezas sociales, lo que difiere sustancialmente en los niños que no han recibido irradiación craneal (ver Cuadro N° 48).

En los niños que han recibido irradiación craneal, también se aprecia una correlación leve entre la edad de enfermedad y el puntaje de la Categoría Escolar ($R = 0.34$), es decir mientras más edad tenía el niño al momento de enfermar, mayor puntaje obtuvo la Categoría Escolar (ver Cuadro N° 49)

La correlación entre los meses fuera de tratamiento y el puntaje en la Categoría Escolar fue de $R = -0.89$. Existe una relación muy alta entre ambas variables, es decir mientras más tiempo lleva el niño fuera de tratamiento, presenta un menor puntaje en la Categoría Escolar, lo que manifiesta una tendencia inversa en los niños que no han sido irradiados.

* Daños físicos o funcionales visibles

De los 37 niños de la muestra, 5 presentan daños físicos o funcionales visibles.

En la Sección Problemas Conductuales, presentan un puntaje T promedio de 63.4 puntos, levemente superior a los niños que no presentan daños visibles. De los 5 niños con daños visibles, 2 presentan problemas conductuales. (ver Cuadros N° 41 y N° 42).

En la Sección Destrezas Sociales, obtuvieron un puntaje T promedio de 55 puntos, levemente superior a los niños que no presentan daños visibles. En lo que se refiere a la Categoría Escolar, presentan igual puntaje que éstos últimos y en la Categoría Actividades es bastante más alto (ver Cuadro N° 28).

La correlación de Pearson entre los meses fuera de tratamiento y el puntaje T de Problemas Conductuales fue de $R = -0.59$. Existe una relación sustancial entre ambas variables, es decir mientras más meses lleva el niño fuera de tratamiento, menor puntaje obtiene en la Sección Problemas Conductuales.

La correlación entre los meses fuera de tratamiento con el puntaje T de Destrezas Sociales y con el puntaje de la Categoría Escolar fue de $R = 0.78$ y $R = 0.77$, respectivamente. Existe una relación alta entre estas variables, es decir mientras más meses lleva el niño fuera de tratamiento, presenta un mayor puntaje T de Destrezas

Sociales y un mayor puntaje en la Categoría Escolar, lo que no se manifiesta de igual manera en niños que no presentan daños visibles.

La correlación entre la edad de la enfermedad con los puntajes T de Destrezas Sociales y con el puntaje de la Categoría Escolar fue de $R = -0.42$ y $R = -0.60$, respectivamente. Existe una relación sustancial entre estas variables, es decir mientras más edad tenía el niño al momento de enfermarse, menor puntaje obtuvo en la Sección Destrezas Sociales y Categoría Escolar.

*** Cánceres linfoblásticos**

De los 17 niños que padecieron cánceres linfoblásticos, 5 (29.41%) presentan problemas conductuales. El puntaje T promedio para los niños de severidad alta fue de 74.3 puntos

Entre los que tenían un grado de severidad baja, 2 de los 9 niños presentan problemas conductuales, lo que equivale al 22%.

Entre los que tenían un grado de severidad media, 1 de los 5 niños presentan problemas conductuales, lo que equivale al 20%.

Entre los que tenían un grado de severidad alta, 2 de los 3 niños presentan problemas conductuales, lo que equivale al 66.66%.

Tomando el porcentaje de niños de severidad baja (22%) y el porcentaje de niños de severidad alta (66.66%) que presentan problemas conductuales, como muestras independientes, encontramos una probabilidad de diferencia significativa de un 68.58%.

Tomando el porcentaje de niños de severidad media (20%) y el porcentaje de niños de severidad alta (66.66%) que presentan problemas conductuales, como muestras independientes, encontramos una probabilidad de diferencia significativa de un 63%.

En la Sección Destrezas Sociales, todas las Categorías son significativamente más bajas en los pacientes con grado de severidad alta, particularmente la escolar. El puntaje T promedio para esta Sección fue de 31.33 puntos para los de severidad alta, presentando prácticamente un 40% menos de desarrollo de habilidades sociales que los niños con diagnóstico de severidad baja (ver Cuadro N° 26).

Correlacionando los meses fuera de tratamiento con el puntaje T de Problemas Conductuales, se obtuvo para los niños con grado de severidad media un $R = 0.63$. Existe una relación sustancial entre ambas variables, es decir a mayor tiempo fuera de tratamiento, mayor puntaje obtienen en la Sección Problemas Conductuales (ver Cuadro N° 52).

Correlacionando los meses fuera de tratamiento con el puntaje T de Destrezas Sociales, se obtuvo para los niños con severidad baja un $R = 0.44$. Para los de severidad media y alta, se obtuvo $R = -0.36$ y $R = -0.93$, respectivamente. Es decir, en

los niños de severidad baja, mientras más tiempo llevan fuera de tratamiento, más desarrollo de destrezas sociales. Para los de severidad media y alta, la tendencia es a un menor desarrollo de destrezas sociales, particularmente en los últimos (severidad alta), donde la correlación es muy alta.

Correlacionando los meses fuera de tratamiento con el puntaje de la Categoría Escolar, se obtuvo en los niños con severidad media un $R = -0.92$ y en los de severidad alta, un $R = -0.95$. Para los niños de severidad media y alta, se constata que mientras más tiempo llevan fuera de tratamiento, más bajo es el puntaje que obtienen en la Categoría Escolar.

Correlacionando la edad de la enfermedad con el puntaje T de Problemas Conductuales, se obtuvo para los niños con grado de severidad baja un $R = 0.46$ y para los de severidad alta un $R = 0.56$. Existe una relación sustancial entre ambas variables, es decir a mayor edad al momento de enfermarse, mayor puntaje obtienen en la Sección Problemas Conductuales.

Correlacionando la edad de la enfermedad con el puntaje T de Destrezas Sociales, se obtuvo para los niños con grado de severidad media un $R = 0.87$ y para los de severidad alta un $R = 0.62$. Existe, respectivamente, una relación muy alta y sustancial entre ambas variables, es decir a mayor edad al momento de enfermarse, mayor puntaje obtienen en la Sección Destrezas Sociales.

Correlacionando la edad de la enfermedad con el puntaje de la Categoría Escolar, se obtuvo para los niños de severidad alta un $R = 0.66$. Existe una correlación sustancial entre ambas variables, es decir mientras más grande se enferma el niño, mayor puntaje obtiene en la Categoría Escolar. En los niños de severidad media se da la misma tendencia, aunque de manera leve ($R = 0.37$)

XI. CONCLUSIONES

El diagnóstico de cáncer genera cambios significativos en la vida del niño y su familia. Desde lo simbólico, se connota esta enfermedad relacionándola con el dolor, el sufrimiento y la muerte.

La familia debe generar nuevas formas de organización para poder enfrentar esta situación. Estas formas estarán determinadas por las pautas de interrelación pre-existentes en el núcleo familiar, por su historia de pérdidas previas, por el lugar que ocupa la persona enferma, etc... En términos generales, se produce un estilo de organización centripeto, es decir todo gira en torno al niño enfermo y las necesidades del resto de la familia pasan a un segundo plano.

A su vez, el niño debe alejarse de sus actividades cotidianas, colegio, amigos, participación social, juegos, no pudiendo desarrollar a cabalidad las tareas adecuadas a su etapa de desarrollo.

Los tratamientos son prolongados y en muchas oportunidades dolorosos, generando un alto nivel de estrés en el niño y su familia.

Todos los elementos anteriormente mencionados tienen incidencia y van marcando, en cada niño en particular, la calidad de vida que tendrá al reinsertarse a sus espacios micro (familia) y macro (colegio, clubes), una vez que se haya sanado de la enfermedad.

Considerando el sustancial incremento que ha existido en las dos últimas décadas en las perspectivas de vida de los niños que han padecido cáncer, en esta investigación se buscó realizar una descripción de los trastornos emocionales, conductuales, las destrezas sociales y la situación escolar de estos niños que, al momento de la entrevista, se encontraban fuera de tratamiento activo desde hace por lo menos 6 meses.

11.1 Conclusiones descriptivas

Desde lo descriptivo, se puede concluir lo siguiente :

*** Problemas conductuales**

De acuerdo a lo que arroja el Inventario de Achenbach, un 29.73% de los niños presenta problemas conductuales. Los ítemes de mayor presencia e incidencia se refieren a conductas de dependencia, intranquilidad e hiperactividad, oposicionismo y poca tolerancia a la frustración.

El mayor desarrollo de habilidades sociales y un buen desempeño escolar actúan como factores protectores de surgimiento de problemas conductuales.

No se encontraron manifestaciones de patologías psiquiátricas graves tales como alucinaciones, delirios, etc., ni problemas relacionados con el alcohol, abuso de drogas, etc.

* **Problemas emocionales**

Desde el punto de vista emocional, los Factores Ansiedad-Depresión y Agresividad-Hiperactividad se presentan, respectivamente, en un 24.32% y un 27.02% de los niños tratados por cáncer.

Los resultados en este ámbito, también arrojan ciertos pensamientos recurrentes como muerte, sufrimiento y/o hospitalización en un 21.6% de los niños y miedos diversos en un 54.05% de ellos.

Para la muestra total, mientras más logros obtuvieron los/as niños/as en el ámbito escolar y mayor desarrollo de las destrezas sociales, se evidenciaron menos problemas de agresividad e hiperactividad. Igualmente, estos mayores logros aparecen contrarrestando conductas de introversión, ansiosas o depresivas. El desarrollo de destrezas sociales y centralmente del aspecto escolar, se evidencian como factores protectores a la manifestación de problemas emocionales.

* **Destrezas y habilidades sociales**

En relación a las destrezas sociales que han desarrollado los niños, los puntajes alcanzados en las Categorías Actividades y Social, no logran llegar al 50% del puntaje máximo descrito para cada Categoría. En la Categoría Escolar presentan mejor desarrollo. En términos general, los datos arrojan un pobre nivel de desarrollo de habilidades sociales.

En puntos posteriores se analizará en que difiere este desarrollo entre niños y niñas.

Dentro de los sub-grupos estudiados, los que presentan menor desarrollo de Destrezas Sociales son los que recibieron irradiación craneal y los que manifiestan mayor desarrollo en este ámbito son los niños con daños físicos visibles.

* **Situación escolar**

En lo que se refiere a la situación escolar de los niños, se constató que en la actualidad todos asisten a la escuela y tienen un buen rendimiento escolar. Un total de cuatro niños asisten a escuelas especiales.

La repitencia alcanza al 21.62% de la muestra y el retraso escolar se presenta en 17 (45.95%) de los 37 niños. Los factores que han incidido en esto se relacionan, por un lado, con la duración del tratamiento y por otro, con el hecho de que en sus fases iniciales los niños deben permanecer hospitalizados por largos períodos.

* **Diferencias por sexo**

El inventario arroja diferencias de acuerdo al sexo de los pacientes, en varios aspectos.

En el ámbito conductual, los varones manifiestan una mayor presencia de problemas conductuales que las mujeres. De acuerdo a los criterios establecidos por el Inventario de Achenbach, en los varones alcanza a un 35% y en las niñas a sólo un 23.53%.

En el caso de las niñas, existe una mayor presencia de problemas conductuales en las que permanecieron más tiempo en tratamiento. En los niños, esta relación es prácticamente inexistente

En lo que se refiere a las destrezas y habilidades sociales, los varones manifiestan un desarrollo levemente más alto que las niñas. Lo anterior, se debe fundamentalmente al hecho de que las mujeres obtienen puntajes más bajos en las Categorías Social y Escolar.

En términos generales, podríamos decir que los resultados señalan que se reproducen en la socialización de estos niños y niñas, los roles asignados culturalmente a cada sexo. Se puede constatar que existe una diferencia significativa entre ellos, en lo que se refiere a obligaciones domésticas donde las niñas realizan marcadamente más actividades que los niños y, por otro lado, en el ámbito de la participación en organizaciones o clubes, donde las niñas tienen una participación insignificante.

Por otro lado, en las niñas el mayor desarrollo de las destrezas sociales actúa como un factor protector, contrarrestando conductas de agresividad e hiperactividad, así como conductas de introversión (confusión-retraimiento). En el caso de los varones esto es diferente, ya que aparece como contrarrestando manifestaciones ansiosas o depresivas.

En el ámbito escolar también la situación es distinta. En lo que se refiere a la repitencia, se encontró que 6 (35.29%) de las 17 niñas han repetido curso, en relación a sólo 2 (10.00%) de los 20 varones de la muestra. La probabilidad de que exista una diferencia significativa es de un 61%. En términos del rendimiento escolar, no existen diferencias importantes entre niños y niñas.

De acuerdo a lo señalado anteriormente, se puede concluir que existen diferencias significativas o estadísticas entre niños y niñas, tanto en los ámbitos conductuales y emocionales, así como en el nivel de desarrollo de las habilidades sociales y en la situación escolar.

- **Nivel de severidad del tratamiento**

- **Niños irradiados**

En términos de problemas conductuales, un 41,66% de los 12 niños irradiados los presentan. Obtuvieron un puntaje T promedio de 67.5 puntos, levemente superior a los niños no irradiados y muy cercano al punto de corte que es de 70 puntos.

En término del desarrollo de habilidades sociales, presentan un desempeño global levemente más bajo que los niños no irradiados. Sin embargo el puntaje logrado en la categoría escolar es sustancialmente más bajo.

En términos de la situación escolar, se encontró que 8 de estos niños, es decir un 66.6% de los casos presenta problemas de repitencia o retraso escolar. Los 4 niños de la muestra total que asisten a escuelas especiales, han sido irradiados.

Concluyendo, se puede apreciar que los niños irradiados presentan más problemas conductuales y menor desarrollo en habilidades sociales, particularmente en la escolar, que los niños que no lo han sido.

- **Niños con daños físicos o funcionales visibles**

De los 5 niños de la muestra que presentan daños físicos o funcionales visibles, 4 fueron irradiados y dentro de éstos últimos, 1 asiste a escuela especial.

En la Sección Problemas Conductuales, presentan un puntaje T promedio de 63.4 levemente superior a los niños que no presentan daños visibles.

En términos del desarrollo de destrezas sociales, manifestaron un nivel de logro levemente superior a los niños que no presentan este tipo de daño, destacándose en esta Sección un desarrollo bastante más alto en la Categoría Actividades.

En relación a su situación escolar, presentan igual desarrollo que los niños que no tienen estos daños.

Concluyendo, se puede apreciar que los niños con daños físicos o funcionales visibles presentan un poco más de problemas conductuales que los no irradiados y también un nivel de desarrollo de sus destrezas sociales levemente superior a éstos últimos. En el ámbito escolar no se manifiestan diferencias.

- **Cánceres linfoblásticos**

De los 17 niños que padecieron este tipo de cáncer, 5 presentan problemas conductuales. El puntaje T promedio de los niños diagnosticados de severidad alta fue de 74.3 puntos, superior al punto de corte que es 70.

Los niños ubicados en el rango de alta severidad, presentan un marcado menor desarrollo en todas las categorías de Destrezas Sociales, particularmente en la escolar. No así los niños con diagnóstico de severidad media y alta.

En términos de la situación escolar, 4 de estos niños han repetido de curso y dos de éstos, con diagnóstico de severidad alta, asisten a escuela especial.

Concluyendo, podemos decir que en términos de problemas conductuales, desarrollo de destrezas sociales y situación escolar, los niños con diagnóstico de cáncer linfoblástico bajo se diferencian sustancialmente de quienes tienen un diagnóstico de alta severidad. En el ámbito escolar específicamente, esta diferencia se extiende a los de severidad media.

Los elementos anteriormente citados nos permiten concluir que los niños de cada uno de estos sub-grupos, donde se expresa la variable severidad del tratamiento, muestran diferencias significativas o estadísticas, en relación a la presencia de trastornos conductuales, al desarrollo de habilidades y destrezas sociales y en su situación escolar, con respecto a quienes no están incluidos en ellos (no irradiados o sin daños visibles) o en referencia a un mayor o menor grado de severidad (cánceres linfoblásticos).

* **Edad al momento de enfermar**

En la muestra total, no se encontraron correlaciones significativas entre la edad al momento de la enfermedad y otras variables del estudio.

Sin embargo, esta variable sí tiene un peso significativo, aunque de manera diferente, en los niños irradiados, en los que presentan daños físicos o visibles derivados del tratamiento de la enfermedad y entre los niños con cánceres linfoblásticos.

En el caso de los niños que recibieron irradiación craneal, se pudo constatar que la mayor edad al momento de la irradiación se relaciona con un marcado mayor desarrollo de destrezas sociales y un mejor rendimiento escolar. Esto difiere en el caso de los niños no irradiados, donde las relaciones anteriormente señaladas son despreciables.

En el caso de los niños con daño físico o funcional visible, se pudo constatar que la mayor edad al momento de enfermar se relaciona con un marcado menor desarrollo de las habilidades sociales y un más bajo rendimiento escolar. Esto difiere de los niños que no presentan daños físicos o funcionales visibles, donde las relaciones anteriormente señaladas son despreciables.

En el caso de los niños con cánceres linfoblásticos, se pudo constatar que la mayor edad al momento de la enfermedad se relaciona con un marcado mayor nivel de problemas conductuales entre los que tienen un diagnóstico de severidad baja y alta.

En los niños que presentan severidad media, esta relación es despreciable.

En lo que se refiere a las destrezas sociales, en los niños con cánceres linfoblásticos de severidad media y alta, se pudo constatar que la mayor edad al momento de la enfermedad se relaciona de manera muy alta y marcada, respectivamente, con un mayor nivel de desarrollo de habilidades sociales. En los niños que presentan severidad baja, esta relación es despreciable.

En relación a la categoría escolar, en los niños con cánceres linfoblásticos de severidad media y alta, se pudo constatar que la mayor edad al momento de la enfermedad se relaciona de manera leve y marcada, respectivamente, con un mejor rendimiento escolar. En los niños que presentan severidad baja, existe una relación baja entre las dos variables citadas precedentemente, pero inversa, es decir, a mayor edad al momento de enfermar más bajo rendimiento académico.

Los elementos anteriormente citados, nos permiten concluir la existencia de diferencias significativas o estadísticas de acuerdo a la edad al momento de enfermar, en relación a la presencia de trastornos conductuales, al desarrollo de habilidades sociales y en la situación escolar de niños de sub-grupos específicos de la muestra.

*** Tiempo fuera de tratamiento activo**

En la muestra total, no se encontraron correlaciones significativas entre el tiempo fuera de tratamiento activo y otras variables del estudio.

Sin embargo, esta variable sí tiene un peso significativo, aunque de manera diferente, en los niños irradiados, en los que presentan daños físicos o visibles derivados del tratamiento de la enfermedad y entre los niños con cánceres linfoblásticos.

En el caso de los niños que recibieron irradiación craneal, se pudo constatar que el mayor tiempo fuera de tratamiento no tiene relación con la mayor o menor manifestación de problemas conductuales. Situación que es igual en los niños que no han recibido irradiación craneal.

Asimismo, se pudo constatar que el mayor tiempo fuera de tratamiento se relaciona con un marcado mayor desarrollo de destrezas sociales, a diferencia de los niños no irradiados, en los que esta relación señala una leve baja en el nivel de habilidades logradas.

En términos de la situación escolar, el mayor tiempo fuera de tratamiento se relaciona de manera muy alta con una baja en el rendimiento escolar, a diferencia de los niños no irradiados en los que a medida que pasa el tiempo manifiestan una leve mejora en este ámbito.

En el caso de los niños con daño físico o funcional visible, se pudo constatar que el mayor tiempo fuera de tratamiento presenta una relación muy alta con la baja de problemas conductuales, a diferencia de los niños que no presentan daños visibles donde esta relación es despreciable.

En términos de las destrezas sociales y la situación escolar, mientras más tiempo han permanecido los niños fuera de tratamiento, manifiestan un aumento muy alto en el desarrollo de estas habilidades y en su rendimiento escolar. Esto difiere de los niños que no presentan daños físicos o funcionales visibles, donde las relaciones anteriormente señaladas son despreciables.

En el caso de los niños con cánceres linfoblásticos, se pudo constatar que el mayor tiempo fuera de tratamiento se relaciona, en los niños de severidad media, con un marcado mayor nivel de problemas conductuales. En los niños que tienen un diagnóstico de severidad baja y alta, esta relación es despreciable

En lo que se refiere a las destrezas sociales, en los niños con cánceres linfoblásticos de severidad media y alta, se pudo constatar que el mayor tiempo fuera de tratamiento se relaciona de manera leve y extremadamente marcada, respectivamente, con un descenso en nivel de desarrollo de habilidades sociales. En los niños que presentan severidad baja, esta relación es marcadamente distinta y se manifiesta en un mayor desarrollo en este ámbito.

En relación a la categoría escolar, en los niños con cánceres linfoblásticos de severidad media y alta, se pudo constatar que el mayor edad tiempo fuera de tratamiento se relaciona de manera extremadamente alta con un peor rendimiento escolar. En los niños que presentan severidad baja, esta relación despreciable.

Los elementos anteriormente citados, nos permiten concluir la existencia de diferencias significativas o estadísticas de acuerdo al mayor tiempo fuera de tratamiento, en relación a la presencia de trastornos conductuales, al desarrollo de habilidades sociales y en la situación escolar de niños de sub-grupos específicos de la muestra.

11.2 Consideraciones cualitativas

1. Un 30% de los niños manifiesta problemas conductuales, lo que no difiere sustancialmente de los hallazgos de estudios realizados en el extranjero (ver marco teórico). Es probable que esto esté relacionado con las dificultades, que expresaron durante la entrevista los adultos responsables de los niños, para poner límites e imponer disciplina. Sienten que si lo hacen, de alguna manera podría incidir en su salud física, es decir si llora mucho le podría afectar en tal cosa. En general existe una tendencia a la sobreprotección y a una cierta discriminación en relación a los hermanos que no han padecido la enfermedad.
2. Desde el punto de vista emocional, este estudio arroja presencia de conductas de tipo ansiosas y depresivas, así como agresivas. Seguramente esto está muy matizado por el hecho de que en un número importante de niños persisten pensamientos recurrentes y miedos en relación a posibles nuevas hospitalizaciones o muerte. Estos pensamientos conviven con el niño y su familia desde el inicio de la enfermedad y, generalmente, son temas que no se conversan. Por otro lado, las condiciones institucionales hospitalarias no facilitan una atención psicológica oportuna de estas situaciones, salvo en los

casos más evidentes y que inciden directamente en la posibilidad de completar el tratamiento médico.

3. Los adultos responsables manifestaron muchas aprehensiones en términos de permitir a sus niños el desarrollo de actividades deportivas o la integración a organizaciones o clubes, sobre los cuáles no pudieran tener supervisión y control directo. Lo que podría estar señalando que las pautas de interrelación con el niño no se han adecuado totalmente al hecho de que el niño ya no presenta la enfermedad. El bajo nivel de desarrollo de destrezas sociales en estos niños pareciera tener más relación con las actitudes sobreprotectoras de los adultos que con la enfermedad propiamente tal.

4. La cifra de retraso escolar alcanza prácticamente al 50% de los niños, es decir la mitad de ellos ha perdido al menos un año de escolaridad. Es posible que esta cifra en el futuro baje, con la implementación de escuelas oncológicas en cada centro hospitalario. En el Hospital Dr. Sótero del Río, la escuela funciona hace dos años, con muy buenos resultados, desarrollando un fuerte trabajo de persuasión hacia los padres para que permitan y apoyen esta iniciativa. Esto se torna más relevante aún, considerando que el desarrollo de la habilidad escolar (es decir, aprender, compartir con sus pares, acatar disciplina, asumir un cierto nivel de exigencias, etc.), se evidenció como un factor protector que contrarresta trastornos conductuales y emocionales.

5. Los niños con daños físicos o funcionales visibles presentan, a medida que pasa el tiempo fuera de tratamiento, un mayor desarrollo en la Sección Destrezas Sociales. Esto se puede explicar por el hecho de que para ellos resulta fundamental contrarrestar los efectos de éstos, a través de un mayor desarrollo de sus habilidades sociales, como una forma de mejorar su autopercepción y autovaloración. Asimismo, pareciera que por ser estos daños más evidentes, se ha solicitado más atención psicológica para ellos (4 de los 5 niños en esta situación, han recibido atención psicológica en el último año).

6. Resultan altamente preocupantes las secuelas producidas por la irradiación craneal. La variable edad al momento de recibir la irradiación es muy relevante, ya que mientras más pequeño es el niño al momento de la irradiación, más posibilidades “de una lesión de una zona cortical responsable de una forma relativamente elemental de actividad mental, lo que invariablemente da lugar, como efecto secundario o sistémico, al desarrollo imperfecto de las estructuras superiores superpuestas a dicha zona”³⁶), redundando significativamente en los procesos de atención y memoria y, consecuentemente, en el rendimiento escolar. Por otro lado, estos efectos no se detienen y a medida que pasa el tiempo tienden a acentuarse, pudiendo seguir esta declinación, según señalan estudios extranjeros, incluso durante 10 años. Esta situación requiere de un abordaje particular por parte del equipo oncológico, tanto desde la información médica que debe darse a los padres sobre la posibilidad de ocurrencia de esta declinación intelectual; desde lo psicológico, para apoyar el proceso de

³⁶ Luria, A. “El cerebro en acción”, Ed. Fontanella. España, 2da. Edición en castellano, 1979.

aceptación y generar expectativas adecuadas a esta nueva realidad; y desde lo educacional, con profesionales especializados en educación diferencial.

7. Los niveles de estrés y síntomas depresivos presentados por algunas madres de los niños que asistieron a la entrevista son altos. Cinco de ellas solicitaron atención psicológica. Esto se puede relacionar con el hecho de que las madres aparecen como cuidadoras principales en el transcurso del tratamiento, acumulando niveles de estrés importantes, tanto por el hecho de haber tenido que dejar de lado todos sus intereses y actividades personales, incluso el trabajo; cumplir doble jornada, una en el hospital y otra al llegar a la casa en la noche y tener que atender labores domésticas y el cuidado hacia los otros hijos; como por sentir mucha soledad afectiva en el sentido de no haber recibido o recibir un apoyo mínimo por parte de sus parejas. Con un abordaje integral desde el inicio del tratamiento, esta situación se podría minimizar en parte, ya que los roles establecidos socialmente sitúan a las mujeres en el ámbito de proveedoras de afectos y cuidadoras de otros/as y revertir esto requeriría un cambio socio-cultural de mayor envergadura.

8. Llama la atención el hecho de que los/as profesores/as hayan evaluado a todos los niños como óptimos o cercanos al óptimo en todos los ítems de la Escala de Desarrollo elaborada por el Ministerio de Educación. Esto podría deberse a que los docentes siguen considerando a los niños y niñas como enfermos o por lo menos merecedores de consideraciones especiales.

9. La Unidad de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Dr. Sótero del Río no cuenta con recursos propios en el área de salud mental, los mismos son facilitados externamente por la Unidad de Salud Mental, pero con cargas horarias muy por debajo de las necesidades. Lo anterior dificulta una atención adecuada en este ámbito, al niño y su familia desde el momento del diagnóstico y durante el tratamiento, así como una intervención oportuna en caso de secuelas psicológicas posteriores. El Protocolo de Seguimiento impulsado por el PINDA (Programa Infantil Nacional de Drogas Antineoplásicas) es una buena iniciativa al respecto.

XII. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

1. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, es decir los resultados obtenidos dan cuenta de la existencia de determinados problemas, pero no dan luces en relación a los procesos de los individuos, ni sobre la calidad de vida que tienen los niños una vez que han terminado su tratamiento.
2. Las características de este estudio, hacen también riesgoso formular algún nivel de hipótesis explicativas sobre las conclusiones obtenidas.
3. Los estudios más recientes realizados en otros países dan cuenta de la estrecha relación que existe entre la salud mental evidenciada por los pacientes que han tenido enfermedades crónicas o traumáticas y las dificultades que se manifiestan en el ámbito de la organización familiar para encontrar formas nuevas de organización una vez que el niño deja de estar enfermo. En esta investigación no se abordó este aspecto.
4. En la muestra, se tomaron a niños con un número de meses fuera de tratamiento en un rango de entre 6 y 91 meses y con distintos tipos de cánceres, lo que no permitió una discriminación muy fina de las distintas variables en estudio.

XIII. SUGERENCIAS

13.1 Sugerencias generales

La presencia de efectos sicosocioeducacionales posteriores a la enfermedad en los niños que han padecido cáncer, están muy relacionadas con la forma o la integralidad de la atención psicológica que el niño y su familia ha recibido desde el momento en que se diagnostica la enfermedad. De allí que en términos generales se sugiere lo siguiente :

1. Que las instituciones que atienden a niños con cáncer, adopten un enfoque integrador para el tratamiento de esta enfermedad en todas sus etapas y manifestaciones, es decir consideren que no sólo es importante la remisión completa de la enfermedad física, sino también la calidad de vida del paciente, tanto durante el tratamiento como después de éste, interviniendo en los aspectos psicológicos, educacionales y sociales que interfieren en este proceso.
2. Conformar equipos interdisciplinarios estables que integren, además de profesionales del área médica, a otros tales como psicólogos, terapeutas ocupacionales, profesoras, psicopedagogas, en cada centro oncológico infantil.
3. Trabajar con toda la familia : paciente, padres y hermanos/as, desde el momento del diagnóstico y en la etapa de reinserción, una vez que la enfermedad ha sido tratada.

4. Generar condiciones institucionales para que el niño durante el tratamiento continúe desarrollando al máximo sus habilidades cotidianas. Es decir, crear en cada centro oncológico escuelas, salas de juego y espacios en que los niños puedan compartir con sus hermanos y desarrollar de manera oportuna las destrezas sociales adecuadas a su edad y protectoras de futuros problemas psicológicos.

5. Concretizar y asignar recursos profesionales para que se pueda realizar un seguimiento psico-social sistemático de estos niños hasta la etapa de adulto joven.

6. Asignar recursos profesionales para que se pueda investigar y sistematizar la información que emanará del protocolo de seguimiento, en la perspectiva de elaborar programas de intervención y definir áreas de prevención.

7. Elaborar una política de salud integral en el área de Oncología Infantil.

8. Diseñar e implementar estrategias para el cuidado y autocuidado de los profesionales que trabajan en centros oncológicos infantiles.

13.2 Sugerencias de nuevas investigaciones

1. Estudio cualitativo sobre la calidad de vida de niños sobrevivientes de cáncer.

2. Investigación sobre los factores de riesgo y protectores en niños que han padecido esta enfermedad, de acuerdo a las implicancias (efectos) de los diferentes tipos de tratamiento

3. Investigación desde la perspectiva de género de lo siguiente :

* problemas en la relación de pareja en padres de niños y niñas con cáncer o que lo hayan padecido ;

* salud mental de la cuidadora de niños y niñas que han padecido cáncer ;

* diferencias en autoconcepto y autovaloración entre niños y niñas que han padecido cáncer, de acuerdo a los distintos tipos de cánceres;

* diferencias de autoconcepto y autovaloración entre niñas y niños que presentan daños físicos y funcionales producto de la enfermedad.

4. Investigación sobre los requerimientos de las madres y padres de los niños que han padecido cáncer, en términos del apoyo psicosocial que consideran necesario para poder enfrentar, desde lo personal y lo familiar, en mejor forma la enfermedad y las etapas de vuelta de la normalidad.

5. Estudio cualitativo sobre los hermanos y hermanas de niños que han padecido cáncer.

XIV. BIBLIOGRAFIA

Almonte, Carlos y otros "Aspectos vivenciales en niños sobrevivientes de cáncer infantil" en Revista Chilena de Pediatría, N° 66, año 1995, pp. 145-149.

Barreto, M., Martínez-Besteiro, E. y Mira, J. "Cáncer", Ediciones Promolibro, Valencia, 1990.

Bejerano, Pedro y otros en "Morir con Dignidad", Ediciones Fundación Omega, Bogotá, 1992, pp. 321-330.

Beneit, Pedro: Aspectos psicológicos del cáncer. En: *Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud*. Ed. Lumen, Buenos Aires. 1ed. 1981.

Carpentieri, S. "Behavioral resiliency among children surviving brain tumors : a longitudinal study" en Journal of clinical child psychology, vol. 2, 1993, pp. 236-246.

Cubillos, Pilar y otros "Aspectos vivenciales en adolescentes que sobrevivieron a un cáncer de la infancia" en Revista Chilena de Pediatría, N°67, año 1996, pp. 262-266.

Chesler, Mark "How am I different ? Perspectives of childhood cancer survivors on change and growth" en Late effects of treatment for childhood cancer, Green, D'Angio (edit), Ediciones Wiley-Liss, New York, 1993, pp.151-158.

Dennis, Maureen y otros "Memory and Attention after childhood brain tumors" en Medical and Pediatric Oncology, John Wiley and sons, inc., Publication, N° 1, 1998, pp. 25-33.

Donoso, José "Manual para padres de niño con cáncer", mimeo, Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, 1993.

Green, Daniel y D'Angio, Giulio (edit) "Late effects of treatment for childhood cancer", Ediciones Wiley-Liss, New York, 1993.

Kazac, A. "Implications of survival pediatric oncology patients and their families" en Pediatric Psychooncology, Oxford University Press, New York, 1st. de 1994, pp. 171-192.

Kupst, M.J., "Long-term family coping with acute lymphoblastic leukemia in childhood", Ediciones Lagrecia, Siegel and Walker, New York, 1992, pp. 242-261.

Latorre, José y Beneit, Pedro "Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud", Editorial Lumen, Buenos Aires, 1994.

List, M. "Enhancing the adjustment of long-term survivors : early finding of a school intervention study" en Late effects of treatment for childhood cancer, Green, D'Angio (edit), Ediciones Wiley-Liss, New York, 1993, pp.160-163.

Luria, A. "El cerebro en acción", Ed. Fontanella, España, 2da. Edición revisada en castellano, 1979.

Minuchin, Salvador y Fischmann, H. "Técnicas de terapia familiar". Ed. Paidós. España, 2ed. reimp. en castellano, 1988.

Montenegro, Hernán "Salud Mental del escolar : Estandarización del Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años", Ediciones CIDE, Santiago, 1983.

Mulhern, Raymond y otros "Function-specific neuropsychological assessment" en Medical and Pediatric Oncology, John Wiley and sons, inc., Publication, N° 1, 1998, pp. 35-40.

Pizzo, Philip "Principles and practice of pediatric oncology", Ediciones Lippincott Company, Philadelphia, 1993, pp. 1141-1154.

Rausch, Cacile "La enfermedad crónica y la familia" en Revista de familias y terapias, Instituto Chileno de Terapia Familiar, año III, N° 5, 1995, pp.11-15.

Repetto, Paula "Resiliencia y cáncer : estudio en adolescentes que tuvieron cáncer", Tesis para optar al grado académico de Magister en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, 1997.

Rona, Eva y Vargas, Lautaro "El impacto psicológico del cáncer en el niño y adolescente" en Revista Chilena de Pediatría, N° 64, 1994, pp. 48-55.

Rona, Eva y Vargas, Lautaro "Problemas psicológicos en la familia del niño con cáncer" en Revista Chilena de Pediatría, Santiago, 1992, pp. 222-229

Simoton, D. y Mathews- Simoton, S. "Cancer and Stress : counseling the cancer patient" en The Medical Journal of Australia, Sidney, 1981, N°1, pp. 679-683.

Sontag, Susan: La enfermedad y sus metáforas. En: La enfermedad y sus metáforas y El Sida y sus metáforas. Ed. Taurus, Buenos Aires. 1ed. 1996.

Taylor, S. "Health Psychology", Ediciones Random House, New York, 1986.

Ulloa, Fresia "Aspectos psicosociales del cáncer en niños" en Revista Chilena de Pediatría, Santiago, 1993, pp. 55-62.

ANEXO N° 1

INVENTARIO DE PROBLEMAS CONDUCTUALES Y DETREZAS SOCIALES

DE T. ACHENBACH (6 -11 AÑOS)

EL IPCDS: VERSION CORREGIDA

INVENTARIO DE PROBLEMAS CONDUCTUALES Y DESTREZAS SOCIALES
DE T. ACHENBACH (6-11 AÑOS)*

Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	¿Ha asistido a consulta de salud mental en los últimos 12 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Formulario llenado por: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> (especifique) _____		Motivo de consulta:	Fecha:
		Entrevistador:	Niño No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

1. Por favor enumere los deportes preferidos por su hijo. Por ej. natación, fútbol, patina-je, ciclismo, etc.

Ninguno

	No sé	-que prom.	+ que prom.	+ que prom.
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Versión estandarizada en Chile por Montenegro y otros, 1982.

II. Por favor enumere las actividades, hobbies, juegos, deportes, etc. que le gustan más a su hijo. Compare con otros niños de su edad, ¿cuánto tiempo dedica a ellos aproximadamente?

V. 1. ¿Alrededor de cuántos amigos tiene su hijo?

Ninguno 1
 2 ó 3 4 o más

2. ¿Cuántas veces por semana se junta al niño con ellos?

Menos de 1 1 ó 2
 3 ó más

Ninguno

No sé	-que prom.	+ que prom.	- que prom.	+ que prom.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a. _____
b. _____
c. _____

III. Por favor, enumere las organizaciones, clubes, equipos o grupos a los que su hijo pertenece

VI. Comparado con otros niños de su edad, su hijo

Peor	Parecido	Mejor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- a. ¿Cómo se aviene con sus hermanos?
b. ¿Cómo se aviene con otros niños?
c. ¿Cómo se comporta con sus padres?
d. ¿Cómo juega o trabaja solo?

Ninguno

No sé	- que prom.	+ que prom.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a. _____
b. _____
c. _____

IV. Por favor enumere los trabajos o quehaceres que tiene su hijo. Ej. reparto de diarios, cuidado de niños, hacer su cama, etc.

VII.1. Rendimiento escolar actual (para niños de primer año básico o superior):

No va al colegio <input type="checkbox"/>	Mal	-que prom.	+ que prom.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- a. Lectura o Castellano
b. Escritura
c. Aritmética o Matemáticas
d. Ortografía

Otros ramos, ej. historia, ciencias naturales o sociales, idioma, geografía, etc. (No incluya ramos técnico-manuales o artísticos).

e. _____
f. _____
g. _____

No sé	- que prom.	+ que prom.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a. _____
b. _____
c. _____

2. ¿Está su hijo en una clase especial?

No Sí ¿de qué tipo? _____

3. ¿Ha repetido su hijo algún curso?

No Sí ¿qué curso y cuál fue la razón? _____

4. Por favor describa cualquier problema académico o de otro tipo que su hijo haya tenido en el colegio.

Ninguno

VIII. A continuación aparece un listado de conductas que describen a los niños. Frente a cada ítem, piense si describe a su niño actualmente o dentro de los últimos 12 meses; dígame si la conducta es muy cierta, o en parte cierta, o no es cierta en el caso de su niño.

	NO	A/V	SI	
	0	1	2	1. Actúa en forma inmadura, es aguaguado para su edad.
	0	1	2	2. Alergias (describa) _____
	0	1	2	3. Discute mucho.
	0	1	2	4. Asma.
	0	1	2	5. Se comporta como el sexo opuesto.
	0	1	2	6. Se deíeca.
	0	1	2	7. Cachetón, fanfarrón.
	0	1	2	8. No se puede concentrar, no puede poner atención por mucho rato, se distrae fácilmente.
	0	1	2	9. No puede apartar su mente de ciertos pensamientos; obsesiones (describa) _____
	0	1	2	10. No puede sentarse quieto; intranquilo o hiperactivo.
	0	1	2	11. Apegado a los adultos, demasiado dependiente.
	0	1	2	12. Se queja de sentirse solo.
	0	1	2	13. Confundido, parece estar en una nebulosa.
	0	1	2	14. Llora mucho.
	0	1	2	15. Cruel con los animales.
	0	1	2	16. Cruel, matón, malo con otros.
	0	1	2	17. Sueña despierto o se queda absorto en sus pensamientos.
	0	1	2	18. Se daña a propósito, ha intentado suicidarse.
	0	1	2	19. Exige mucha atención.
	0	1	2	20. Destruye sus propias cosas.
	0	1	2	21. Destruye cosas que pertenecen a su familia o a otros niños.
	0	1	2	22. Desobediente en la casa.
	0	1	2	23. Desobediente en la escuela.
	0	1	2	24. Es malo para comer.
	0	1	2	25. Se lleva mal con otros niños.
	0	1	2	26. Falta de arrepentimiento, no parece sentirse culpable después de portarse mal.
	0	1	2	27. Se pone celoso fácilmente.
	0	1	2	28. Come o bebe cosas que no son comestibles (describa) _____
	0	1	2	29. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares, distritos de la escuela (describa) _____
	0	1	2	30. Tiene miedo de ir a la escuela.

0	1	2	31. Tiene miedo de llegar a pensar o hacer algo malo.	0	1	2	63. Prefiere jugar con niños mayores.
0	1	2	32. Siente que tiene que ser perfecto.	0	1	2	64. Prefiere jugar con niños menores.
0	1	2	33. Siente o se queja de que nadie lo quiere.	0	1	2	65. Se niega a hablar.
0	1	2	34. Se siente perseguido.	0	1	2	66. Repite ciertos actos una y otra vez; compulsiones (describa)
0	1	2	35. Se siente poca cosa, o inferior.	0	1	2	67. Se arranca de la casa.
0	1	2	36. Se hace muchas heridas, es propenso a sufrir accidentes.	0	1	2	68. Grita mucho.
0	1	2	37. Se mete en muchas peleas.	0	1	2	69. Reservado, se guarda todo para sí misma.
0	1	2	38. Se burlan mucho de él.	0	1	2	70. Ve cosas que no existen (alucinaciones visuales); (describa)
0	1	2	39. Se junta con niños que se meten en líos.	0	1	2	71. Tiene mucho sentido del ridículo o se avergüenza fácilmente.
0	1	2	40. Oye cosas que no existen (alucinaciones auditivas) (describa)	0	1	2	72. Prande fuegos.
0	1	2	41. Impulsivo, o actúa sin pensar.	0	1	2	73. Problemas sexuales (describa)
0	1	2	42. Le gusta estar solo.	0	1	2	74. Le gusta llamar la atención, se hace el payaso.
0	1	2	43. Miente o engaña, es tramposo.	0	1	2	75. Timido, "corto de genio".
0	1	2	44. Se come las uñas.	0	1	2	76. Duermo menos que la mayoría de los niños.
0	1	2	45. Nervioso, impresionable o tenso.	0	1	2	77. Duermo más que la mayoría de los niños durante el día y/o noche (describa)
0	1	2	46. Movimientos nerviosos, o contracciones (describa)	0	1	2	78. Se embetuna o juega con sus deposiciones.
0	1	2	47. Pesadillas.	0	1	2	79. Problemas de lenguaje (describa)
0	1	2	48. No es apreciado por otros niños, cae mal.	0	1	2	80. Se queda con la mirada perdida.
0	1	2	49. Estricto, no evacúa sus intestinos.	0	1	2	81. Roba en su casa.
0	1	2	50. Demasiado temeroso o ansioso.	0	1	2	82. Roba fuera de su casa.
0	1	2	51. Se siente mareado.	0	1	2	83. Acumula cosas que no necesita ni usa (describa)
0	1	2	52. Se siente demasiado culpable.	0	1	2	84. Conducta extraña, rara (describa)
0	1	2	53. Come demasiado.	0	1	2	85. Ideas extrañas, raras (describa)
0	1	2	54. Siempre está cansado.	0	1	2	86. Testarudo, malhumorado o irritable.
0	1	2	55. Tiene sobrepeso.	0	1	2	87. Cambios bruscos de humor o de sentimientos.
0	1	2	56. Problemas físicos sin causa orgánica:	0	1	2	88. Se taima, se amurra con frecuencia.
0	1	2	a. Dolores o molestias.	0	1	2	89. Suspicaz, desconfiado.
0	1	2	b. Dolores de cabeza.	0	1	2	90. Lenguaje grosero u obsceno.
0	1	2	c. Náuseas, mareos, arcadas.	0	1	2	91. Habla de matarse.
0	1	2	d. Problemas con los ojos (describa)	0	1	2	92. Habla o camina dormido (describa)
0	1	2	e. Ronchas u otros problemas de la piel.	0	1	2	93. Habla demasiado.
0	1	2	f. Dolores de estómago, retorciones.	0	1	2	94. Burlón, "sacador de pica".
0	1	2	g. Vómitos.	0	1	2	95. Pataletas o mal genio.
0	1	2	h. Otros (describa)	0	1	2	96. Piensa demasiado en el sexo.
0	1	2	57. Ataca físicamente a otra gente.	0	1	2	
0	1	2	58. Se pellizca la nariz, la piel, u otras partes del cuerpo (describa)	0	1	2	
0	1	2	59. Manipula sus órganos sexuales en público.	0	1	2	
0	1	2	60. Manipula demasiado sus órganos sexuales.	0	1	2	
0	1	2	61. Mal rendimiento escolar.	0	1	2	
0	1	2	62. Mala coordinación o torpeza.	0	1	2	

- 1 2 97. Amenaza a la gente.
 - 1 2 98. Se chupa el dedo.
 - 1 2 99. Excesivamente preocupado por la pulcritud o a la limpieza.
 - 1 2 100. Problemas en el dormir (describa) _____
 - 1 2 101. Hace la cimarra, falta a la escuela.
 - 1 2 102. Hipoactivo, de movimientos lentos, o le falta energía.
 - 1 2 103. Infeliz, triste o deprimido.
 - 1 2 104. Excesivamente ruidoso.
 - 1 2 105. Se droga o toma bebidas alcohólicas (describa) _____
 - 1 2 106. Vandalismo, destructividad.
 - 1 2 107. Se orina en el día.
 - 1 2 108. Se orina en la cama.
 - 1 2 109. Quejumbroso.
 - 1 2 110. Le gustaría pertenecer al sexo opuesto.
 - 1 2 111. Retraído, no se relaciona con otros.
 - 1 2 112. Se preocupa mucho.
 - 1 2 113. Por favor, anote cualquier otro problema que tenga su niño que no se haya incluido en la lista anterior.
-
-
-
-

ANEXO Nº 2

PERFIL FACTORIAL INVENTARIO DE T. ACHENBACH (6-11 AÑOS)

PERFIL FACTORIAL HOMBRES

<p>Factor 1 : Conducta Antisocial</p> <p>15. Cruel animales 16. Cruel con otros 18. Se daña 20. Destruye sus cosas 21. Destruye cosas otros 22. Desobediente casa 26. No se siente culpable 36. Se hace heridas 37. Se mete en peleas 39. Se junta niños líos 43. Miente 57. Ataca 58. Se pellizca 59. Manipula genitales en público 60. Manipula genitales demasiado 67. Se arranca 72. Prende fuego 81. Roba en casa 82. Roba fuera 90. Lenguaje grosero 91. Habla de matarse 96. Piensa en sexo 97. Amenaza 106. Vandalismo</p>	<p>Factor 2 : Agresividad - Hiperactividad</p> <p>3. Discute 7. Cachetón 8. No se concentra 10. Hiperactivo 14. Lloro 16. Cruel con otros 20. Destruye sus cosas 21. Destruye cosas otros 22. Desobediente casa 23. Desobediente escuela 25. No se lleva bien 27. Celoso 37. Se mete en peleas 41. Impulsivo 43. Miente 48. No cae bien 68. Grita 74. Llama la atención 86. Testarudo 87. Cambios de humor 88. Se taima 90. Lenguaje grosero 93. Habla demasiado 94. Burlón 95. Pataletas 104. Ruidoso</p>	<p>Factor 3 : Ansiedad-Depresión</p> <p>13. Confundido 30. Miedo a escuela 42. Le gusta estar solo 44. Se come las uñas 45. Nervioso, impresionable 50. Temeroso, ansioso 54. Cansado 61. Mal rendimiento 65. Se niega a hablar 69. Reservado 71. Sentido del ridículo 75. Vergonzoso 80. Mirada perdida 98. Se chupa el dedo 102. Hipoactivo 103. Infeliz, triste 111. Retraído 112. Se preocupa</p>
<p>Factor 4 : Quejas Somáticas</p> <p>29. Miedo animales 46. Movimientos nerviosos 51. Se siente mareado 56a. Dolores, molestias 56b. Dolores de cabeza 56c. Náuseas y mareos 56f. Dolores de estómago 56g. Vómitos 100. Probl. Dormir</p>	<p>Factor 5 : Crueldad - Agresividad</p> <p>15. Cruel animales 16. Cruel con otros 25. No se lleva bien 37. Se mete en peleas 48. No cae bien 57. Ataca 111. Retraído</p>	<p>Factor 6 : Depresión</p> <p>12. Quejas de soledad 18. Se daña 33. No se siente querido 34. Se siente perseguido 35. Se siente inferior 67. Se arranca 91. Habla de matarse 103. Infeliz, triste 109. Quejumbroso</p>
<p>Factor 7 : Ansiedad</p> <p>45. Nerviosos, impresionable 47. Pesadillas 52. Demasiado culpable 93. Habla demasiado 112. Se preocupa</p>	<p>Factor 8 : Inseguridad - Pasividad</p> <p>2. Alergias 5. Compt., sexo opuesto 53. Come demasiado 64. Prefiere niños menores 77. Duerme más 93. Habla demasiado</p>	<p>Factor 9 : Trastornos del Desarrollo</p> <p>11. Dependiente 14. Lloro 62. Mala coordinación 79. Probl. Lenguaje 107. Se orina día 108. Se orina cama</p>

PERFIL FACTORIAL MUJERES

<p>Factor 1 : Agresividad - Hiperactividad</p> <p>3. Discute 7. Cachetona 8. No se concentra 10. Hiperactivo 16. Cruel con otros 20. Destruye sus cosas 21. Destruye cosas otros 22. Desobediente casa 26. No se siente culpable 27. Celosa 37. Se mete en peleas 41. Impulsiva 43. Miente 57. Ataca 68. Grita 74. Llama la atención 86. Testaruda 88. Se taima 89. Suspica 90. Lenguaje grosero 93. Habla demasiado 94. Burlona 95. Pataletas 97. Amenaza 104. Ruidosa</p>	<p>Factor 2 : Ansiedad - Depresión</p> <p>12. Quejas de soledad 13. Confundida 14. Llora mucho 31. Miedo pensar algo malo 33. Se siente no querida 34. Se siente perseguida 35. Se siente inferior 42. Le gusta estar sola 45. Nerviosa, impresionable 47. Pesadillas 50. Temerosa, ansiosa 52. Demasiado culpable 65. Se niega a hablar 69. Reservada 71. Sentido del ridículo 80. Mirada perdida 91. Habla de matarse 103. Infeliz, triste 109. Quejumbrosa 112. Se preocupa</p>	<p>Factor 3 : Conducta Antisocial</p> <p>8. No se concentra 10. Hiperactiva 15. Cruel animales 16. Cruel con otros 20. Destruye sus cosas 21. Destruye cosas otros 22. Desobediente casa 23. Desobediente escuela 25. No se lleva bien 26. No se siente culpable 37. Se mete en peleas 39. Se junta niños líos 48. No cae bien 57. Ataca 58. Se pellizca 59. Manipula genitales en público 72. Prende fuego 82. Roba fuera 90. Lenguaje grosero 97. Amenaza 104. Ruidosa 106. Vandalismo</p>
<p>Factor 4 : Inmadurez Social</p> <p>1. Inmadura 8. No se concentra 11. Dependiente 14. Llora 24. Mala para comer 27. Celosa 38. Se burlan 44. Se come las uñas 50. temerosa, ansiosa 62. Mala coordinación 71. Sentido del ridículo 75. Vergonzosa 79. Probl. Lenguaje 98. Se chupa dedo 111. Retraída</p>	<p>Factor 5 : Confusión - Retraimiento</p> <p>13. Confundida 17. Sueña despierta 19. Exige atención 29. Miedo animales 34. Se siente perseguida 56a. Dolores, molestias 61. Mal rendimiento 80. Mirada perdida 87. Cambios de humor 100. Probl. Dormir 111. Retraída</p>	<p>Factor 6 : Conducta Rebelde</p> <p>5. Compt. Sexo opuesto 18. Se daña 23. Desobediente escuela 26. No se siente culpable 39. Se junta niños líos 61. Mal rendimiento 63. Prefiere niños mayores 67. Se arranca 90. Lenguaje grosero 96. Piensa en sexo 101. Cimarra</p>
<p>Factor 7 : Quejas Somáticas</p> <p>2. Alergias 51. Se siente mareada 56b. Dolores de cabeza 56c. Náuseas, mareos 56f. Dolores estómago 56g. Vómitos</p>	<p>Factor 8 : Inseguridad - Pasividad</p> <p>2. Alergias 13. Confundida 31. Miedo a pensar algo malo 53. Come demasiado 54. Cansada 56e. Ronchas 64. Prefiere niños menores 77. Duerme más</p>	<p>Factor 9 : Retraimiento</p> <p>42. Le gusta estar sola 69. Reservada</p>

ANEXO N° 3

FICHA DE DATOS GENERALES

y

Carta de Consentimiento

FICHA DE DATOS GENERALES

Nombre:.....
 Fecha de Nacimiento:..... Edad:.....
 Escolaridad:.....
 Repetición de curso: Sí..... No..... Cuántos:.....
 Diagnóstico:.....
 Grado de Severidad :.....
 Inicio de Tratamiento:..... Término:.....
 Irradiación craneal: Sí:.....No:.....
 Recaídas: Sí:..... No:..... Cuántas:.....
 Daños o secuelas físicas: Sí:..... No:.....
 Cuáles:.....
 Nº de personas que viven en la casa:

Padre		Tío/s	
Madre		Tía/s	
Hermanos/as		Primo/s	
Abuela		Otros	
Abuelo			

Qué lugar ocupa entre los hermanos:.....

Padres Separados :

Antes enferm.		Lo visita	No	
Durante enferm.			AV	
Después Trat.			Sí	

Qué persona de la familia dedicó más tiempo al cuidado del niño o la niña cuando estuvo enfermo:.....

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Yo,..... madre (padre) de
..... autorizo a Beatriz Bataszew para que
nos entreviste a ambas/os en la perspectiva de recabar información para la
investigación: DIAGNOSTICO SICOSOCIAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 AÑOS
QUE HAN SIDO ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE HEMATO-ONCOLOGIA DEL
HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO, bajo el compromiso de que se resguardará nuestra
identidad y la confidencialidad de la información entregada.

En caso de rechazar mi participación en estas entrevistas ello no significará ningún
cambio en la atención hasta ahora recibida o que pudiera requerir en el futuro mi hijo/a
en este Servicio.

Santiago, junio de 1998.

Rut:

ANEXO Nº 4

ESCALA DE EVALUACION DE AREAS DEL DESARROLLO Y

PROMEDIO DE NOTAS

CARTA A LA PROFESORA O PROFESOR

Santiago, junio 1998.

Estimada Sra. Profesora/or:

Por medio de la presente, quisiera solicitar a ud. tenga la amabilidad de apoyarnos en una investigación que se está haciendo en niños que han sobrevivido al cáncer y que busca identificar algunos efectos psicosociales tardíos de la enfermedad.

Para lo anterior, le queremos solicitar responda el documento que le estamos adjuntando.

Este corresponde a una Escala de Evaluación de las Areas de Desarrollo del niño, elaborada por el Ministerio de Educación, la cual seguramente ud. ya conoce. En este mismo documento le solicitamos nos indique también el promedio de notas que el niño lleva hasta la fecha.

Le agradeceríamos nos remitiera estos datos en sobre cerrado, en un plazo máximo de una semana de haber recibido nuestra solicitud y confirmara que el niño o niña así lo hizo, pidiéndole le devuelve la colilla que va al pie de esta carta.

Agradeciéndole de antemano su colaboración, se despide de ud.,

Atentamente,

Beatriz Bataszew
Psicóloga egresada UAHC.

Colilla de recepción

Por medio de la presente informo a ud. que.....
me entregó el documento respondido por ud.

Gracias,

Beatriz Bataszew
Psicóloga egresada UAHC

Nombre :

Curso :

Promedio de notas a la fecha :

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LAS AREAS DE DESARROLLO

	Concepto evolutivo
AREA DE DESARROLLO PSICOBIOLÓGICA	
- Cuida su higiene y presentación personal	
- Se recrea de acuerdo a su etapa de desarrollo	
- Desarrolla el trabajo escolar en forma sistemática y continua	
- Trata de resolver los problemas que se le presentan	
AREA DE DESARROLLO SOCIAL	
- Participa en actividades de grupo	
- Actúa con responsabilidad en actividades en que se compromete	
- Mantiene buenas relaciones con sus compañeros	
- Manifiesta una actitud deferente y respetuosa con los miembros de la comunidad	
AREA DE DESARROLLO AFECTIVO	
- Demuestra preocupación por los problemas de los demás	
- Manifiesta sentimientos de agrado frente a las diferentes actividades que ofrece la Unidad Educativa	
- Trata de superar sus limitaciones	
- Reconoce sus errores y trata de corregirlos	
- Reconoce los aspectos positivos de su personalidad	
- Manifiesta disposición para acatar normas establecidas en la Unidad Educativa	

SIEMPRE (S)

Permanencia y continuidad en la evidencia del rasgo se destaca

GENERALMENTE (G)

En forma frecuente manifiesta el rasgo

OCASIONALMENTE (O)

Sólo a veces manifiesta el rasgo

NUNCA (N)

No se manifiesta el rasgo

ANEXO Nº 5

CONSOLIDADO GENERAL DE DATOS

CODIFICACION DE LAS VARIABLES:

- * **sexo:**
M = masculino F = femenino
- * **usm : Unidad de Salud Mental**
S = consultó en el último año N = no consultó en el último año
- * **edad: Edad actual** (en años)
- * **curso:** curso actual
- * **retraso:** retraso escolar (en número de años)
- * **repitenc:** repitencia (en número de años)
- * **reforza:** reforzamiento escolar
Si = 1 No = 0
- * **esc.esp:** asistencia a escuela especial
S = Sí N = No
- * **diagnost:** diagnóstico
1 = cánceres linfoblásticos 2 = otros cánceres
- * **duratrat:** duración del tratamiento (en meses)
- * **irradiac:** irradiación craneal
S = Sí N = No
- * **danosfis:** daños físicos
S = Sí N = No
- * **fuerttrat:** meses fuera de tratamiento
- * **edadenf:** edad al momento de enfermarse (en meses)
- * **nucleo:** nucleo familiar (en número de integrantes)
- * **posichij:** posición del niño en relación a sus hermanos
0 = sin hermanos 1 = mayor 2 = intermedio 3 = menor
- * **separac:** separación de los padres del niño
N = No
S-A = Sí, antes de la enfermedad
S-DE = Sí, después de la enfermedad
S-DU = Sí, durante la enfermedad
AB-DU = Sí, separación y abandono durante la enfermedad, a cargo del abuelo
- * **cat.act:** Categoría Actividades (en puntos)

- * **cat.soc:** Categoría Social (en puntos)
- * **cat.esc:** Categoría Escolar (en puntos)
- * **tdestsoc:** Puntaje T sección Destrezas Sociales
- * **tprobcon:** Puntaje T sección Problemas Conductuales
- * **mtf1:** Puntaje T Factor 1 hombres: Conducta Antisocial
- * **mtf2:** Puntaje T Factor 2 hombres: Agresividad - Hiperactividad
- * **mtf3:** Puntaje T Factor 3 hombres: Ansiedad - Depresión
- * **mtf4:** Puntaje T Factor 4 hombres: Quejas Somáticas
- * **mtf5:** Puntaje T Factor 5 hombres: Crueldad - Agresividad
- * **mtf6:** Puntaje T Factor 6 hombres: Depresión
- * **mtf7:** Puntaje T Factor 7 hombres: Ansiedad
- * **mtf8:** Puntaje T Factor 8 hombres: Inseguridad - Pasividad
- * **mtf9:** Puntaje T Factor 9 hombres: Trastornos del Desarrollo
- * **ftf1:** Puntaje T Factor 1 mujeres: Agresividad - Hiperactividad
- * **ftf2:** Puntaje T Factor 2 mujeres: Ansiedad - Depresión
- * **ftf3:** Puntaje T Factor 3 mujeres: Conducta Antisocial
- * **ftf4:** Puntaje T Factor 4 mujeres: Inmadurez Social
- * **ftf5:** Puntaje T Factor 5 mujeres: Confusión - Retraimiento
- * **ftf6:** Puntaje T Factor 6 mujeres: Conducta Rebelde
- * **ftf7:** Puntaje T Factor 7 mujeres: Quejas Somáticas
- * **ftf8:** Puntaje T Factor 8 mujeres: Inseguridad - Pasividad
- * **ftf9:** Puntaje T Factor 9 mujeres: Retraimiento

sexo	usm	edad	curso	retraso	repitec	reforza	esc.esp	diagnost	severida	duratrat	irradiac
1	M	S	10	5	0	0	N	2	A	13	S
2	M	N	8	3	0	0	N	1	B	27	N
3	M	N	8	3	0	0	N	1	B	27	N
4	M	S	8	3	0	0	N	1	B	24	N
5	M	S	11	6	0	0	N	2	E-3	4	N
6	M	N	10	5	0	0	N	1	B	26	N
7	M	N	10	4	1	0	N	2	E-3B	12	N
8	M	S	11	6	0	0	N	1	B	24	N
9	M	N	11	4	2	1	N	1	M	25	S
10	M	N	8	3	0	0	N	1	M	25	S
11	M	S	7	2	0	0	N	1	M	26	S
12	M	N	9	2	2	0	N	1	M	26	S
13	M	S	11	5	1	1	N	2	E-2B	10	N
14	M	S	9	4	0	0	N	2	N/C	36	S
15	M	N	10	3	2	0	N	1	B	26	N
16	M	N	6	1	0	0	N	2	B	2	N
17	M	N	6	0	0	0	N	2	E-2	5	N
18	M	N	6	0	0	0	N	2	2-2	20	N
19	M	S	7	2	0	0	N	2	E-3B	10	N
20	M	S	7	1	1	0	S	2	A	26	S
21	F	N	8	3	0	0	N	2	B	7	N
22	F	N	7	2	0	0	N	1	B	24	N
23	F	N	7	2	0	0	N	1	A	26	S

	danosfis	fuertrat	edadenf	nucleo	posichij	separac	cat.act	cat.soc	cat.esc	tdestsoc	tprobcon	mtf1
1	S	8	107	4	3	N	7.66	5.00	3.85	47	73	50
2	N	27	38	9	3	N	7.16	5.00	3.00	42	69	53
3	N	7	68	5	3	N	10.83	5.33	4.40	58	61	47
4	N	41	33	5	1	N	7.83	6.00	5.66	53	52	50
5	N	74	45	6	1	N	10.82	4.33	5.33	55	68	63
6	N	77	18	6	1	N	10.49	9.00	5.00	65	57	53
7	N	59	50	4	3	N	11.33	8.00	6.00	68	40	43
8	N	67	43	6	1	N	7.75	8.66	3.66	55	82	80
9	N	10	98	9	1	AB-DU	11.50	6.66	3.20	58	55	43
10	N	43	31	5	3	N	4.50	8.33	4.25	47	45	0
11	N	18	48	4	0	N	6.91	6.00	5.00	50	62	53
12	N	7	76	4	3	N	8.66	7.00	5.66	58	61	53
13	N	59	68	4	1	N	7.66	7.00	4.00	53	67	53
14	S	68	29	6	1	N	10.41	7.33	5.80	65	64	60
15	N	24	58	3	3	N	6.25	6.33	5.20	50	92	103
16	N	76	4	7	0	S-DE	6.00	9.50	5.60	58	86	73
17	N	27	41	5	3	N	5.33	5.33	1.33	35	100	103
18	N	19	50	5	3	N	5.00	5.00	5.00	42	52	53
19	N	19	65	4	3	N	10.58	2.66	4.00	47	82	76
20	S	6	67	8	3	NS-A	6.33	7.66	3.50	47	79	57
21	S	52	44	5	2	S-DU	11.16	4.00	3.83	53	53	,
22	N	41	22	6	3	N	8.50	5.66	5.66	55	55	,
23	N	38	30	6	2	N	5.75	3.66	4.00	37	56	,

	mtf2	mtf3	mtf4	mtf5	mtf6	mtf7	mtf8	mtf9	ftf1	ftf2	ftf3	ftf4
1	58	64	59	0	67	64	52	85	,	,	,	,
2	60	69	0	55	52	64	52	62	,	,	,	,
3	53	67	70	0	47	53	52	55	,	,	,	,
4	57	46	53	55	47	64	52	55	,	,	,	,
5	67	67	59	66	57	64	52	55	,	,	,	,
6	51	55	59	0	47	59	77	0	,	,	,	,
7	42	0	0	0	0	0	46	0	,	,	,	,
8	83	80	64	66	82	59	52	62	,	,	,	,
9	55	50	53	0	52	53	65	62	,	,	,	,
10	42	43	53	0	0	59	46	0	,	,	,	,
11	57	55	59	55	52	48	52	62	,	,	,	,
12	51	64	59	86	62	69	58	62	,	,	,	,
13	71	48	53	55	52	48	58	70	,	,	,	,
14	62	64	64	0	62	59	58	47	,	,	,	,
15	84	85	0	107	87	75	65	55	,	,	,	,
16	79	73	99	66	52	75	65	70	,	,	,	,
17	84	92	104	86	82	80	58	78	,	,	,	,
18	47	57	53	0	57	59	52	0	,	,	,	,
19	71	71	64	86	47	75	65	78	,	,	,	,
20	64	78	64	55	57	80	77	70	,	,	,	,
21	,	,	,	,	,	,	,	,	47	54	48	67
22	,	,	,	,	,	,	,	,	57	60	48	51
23	,	,	,	,	,	,	,	,	54	45	54	46

	ftf5	ftf6	ftf7	ftf8	ftf9
1	,	,	,	,	,
2	,	,	,	,	,
3	,	,	,	,	,
4	,	,	,	,	,
5	,	,	,	,	,
6	,	,	,	,	,
7	,	,	,	,	,
8	,	,	,	,	,
9	,	,	,	,	,
10	,	,	,	,	,
11	,	,	,	,	,
12	,	,	,	,	,
13	,	,	,	,	,
14	,	,	,	,	,
15	,	,	,	,	,
16	,	,	,	,	,
17	,	,	,	,	,
18	,	,	,	,	,
19	,	,	,	,	,
20	,	,	,	,	,
21	48	0	0	46	85
22	56	49	0	52	56
23	65	49	63	63	0

	sexo	usm	edad	curso	retraso	repite	reforza	esc. esp	diagnost	severida	duratrat	irradiac
24	F	N	7	2	0	0	0	N	2	A	24	N
25	F	N	9	3	1	0	1	N	1	B	25	N
26	F	S	11	4	2	1	0	N	2	N/C	2	N
27	F	N	7	2	0	0	0	N	2	N/C	3	N
28	F	N	9	3	1	1	0	N	1	B	25	N
29	F	N	6	1	0	0	1	N	2	DEF	16	N
30	F	N	7	1	1	0	1	N	1	A	24	S
31	F	S	11	2	4	1	0	S	1	A	24	S
32	F	N	11	2	4	1	0	S	1	M	25	S
33	F	S	10	4	1	0	0	N	2	N/C	3	N
34	F	S	10	2	3	1	0	S	2	A	8	S
35	F	N	10	5	0	0	0	N	2	N/C	3	N
36	F	N	8	3	0	0	0	N	2	A	11	N
37	F	N	10	3	2	1	0	N	2	E-3B	15	N

	dianosfis	fuertrat	edadentf	nucleo	posichij	separac	cat.act	cat.soc	cat.esc	tdestsoc	tprobcon	mtf1
24	N	27	51	4	3	N	9.50	3.33	3.66	45	52	,
25	N	31	55	6	3	N	10.66	6.33	4.00	58	62	,
26	N	24	103	6	3	N	4.75	4.66	3.66	37	64	,
27	N	34	58	5	2	N	9.50	5.00	6.00	58	62	,
28	N	53	42	5	3	S-DE	9.66	6.33	4.00	55	68	,
29	N	54	9	5	3	N	6.33	5.66	3.40	42	53	,
30	N	21	54	5	3	S-DE	3.50	4.66	3.75	35	89	,
31	N	91	21	5	2	N	3.00	2.66	1.00	22	78	,
32	N	66	48	6	2	S-DU	13.33	5.66	.00	55	100	,
33	N	13	106	6	3	N	10.41	7.33	5.00	63	50	,
34	S	33	90	5	1	N	13.16	6.00	4.00	63	48	,
35	N	79	44	7	3	S-DE	11.24	9.33	4.75	68	52	,
36	N	80	10	4	3	N	8.83	7.00	6.00	60	40	,
37	N	51	61	7	3	S-DE	7.50	3.33	3.75	42	89	,

	mtf2	mtf3	mtf4	mtf5	mtf6	mtf7	mtf8	mtf9	fft1	fft2	fft3	fft4
24	,	,	,	,	,	,	,	,	53	41	59	51
25	,	,	,	,	,	,	,	,	68	49	75	51
26	,	,	,	,	,	,	,	,	61	54	62	62
27	,	,	,	,	,	,	,	,	54	60	46	53
28	,	,	,	,	,	,	,	,	66	64	56	60
29	,	,	,	,	,	,	,	,	50	49	46	55
30	,	,	,	,	,	,	,	,	82	79	88	69
31	,	,	,	,	,	,	,	,	71	68	62	65
32	,	,	,	,	,	,	,	,	100	100	101	86
33	,	,	,	,	,	,	,	,	52	54	51	51
34	,	,	,	,	,	,	,	,	50	56	64	53
35	,	,	,	,	,	,	,	,	57	43	54	51
36	,	,	,	,	,	,	,	,	43	39	43	44
37	,	,	,	,	,	,	,	,	79	98	80	81

	ftf5	ftf6	ftf7	ftf8	ftf9
24	48	62	56	52	48
25	48	75	56	63	48
26	69	62	56	74	65
27	52	0	96	68	48
28	65	0	76	85	48
29	61	0	50	0	48
30	77	69	56	85	73
31	86	62	56	63	56
32	90	102	56	85	73
33	55	49	0	57	56
34	48	0	0	46	73
35	48	49	50	63	48
36	48	0	0	0	70
37	82	75	70	63	73