



UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU" DE LAS VILLAS
VERITATE SOLA NOBIS IMPONETUR VIRILISTOGA. 1948

Facultad de Psicología

*Trabajo para optar por el Título de Máster en
Psicología Médica*

*Título: Caracterización del funcionamiento
emocional de niños que padecen de
Neoplasia Linfoma No Hodgking, en el
estadio II de evolución de la enfermedad.*

Autora: Karín Yovana Quijada Lovatón

Tutor: Dr.C Leonardo Rodríguez

"Año 50 Aniversario de la Revolución"

2009

DEDICATORIA

A los niños que sufren la agonía de una enfermedad mortal como es la neoplasia. Dedico este trabajo a ellos, sembrando en cada niño una semilla de esperanza que se vaya alimentando y regando a diario, creando en ellos fe y fortaleza de espíritu para seguir adelante, ofreciéndoles las armas adecuadas que lo ayuden a desenvolverse en la vida con un poco de inocencia y felicidad, para que sonrían y cambien su rostro, dejando los pesares detrás, que a veces no resulta ser tan fácil para todos.

Con amor para todos estos niños que merecen mucho más.

AGRADECIMIENTOS

A toda mi familia que con el deseo que yo sea una buena profesional y de nivel superior se han esmerado en ayudarme para salir adelante y sacrificarse en vivir con mi ausencia por muchos años; papá Javier, mamá Dora, Tudy y Yanet, a todos doy gracias.

A mi familia cubana que me han demostrado cariño, amor y solidaridad en toda mi estancia en este país; Yayo, Mapeco y Diosmary, a todos ellos gracias.

A mis compañeros más allegados que han compartido todos los momentos gratos y difíciles en Cuba también doy gracias.

ÍNDICE

Introducción.	1-5
Capítulo I: Fundamentos Teóricos.	6-46
1.1-Premisas en la comprensión del desarrollo emocional del niño.	6-21
1.2-Las características psicológicas del niño en la etapa Escolar.	21-31
1.3-Particularidades psicológicas del niño portador de Neoplasia.	32-43
1.4-Reacciones emocionales de los padres de niños portadores de Neoplasia.	43-46
Capítulo II: Diseño Metodológico.	47-66
2.1-Selección de la Muestra.	47
2.2-El Método de Estudio de Caso.	48-51
2.3-Presentación de los Instrumentos.	51-65
2.4- Procedimiento General.	65-66
Capítulo III: Análisis de los Resultados.	67-87
Análisis Integral.	88-95
Conclusiones.	96
Recomendaciones.	97
Bibliografía.	98-105
Anexos	

RESUMEN

La siguiente investigación se realizó con el objetivo de: Caracterizar el funcionamiento emocional de niños que padecen de Neoplasia Linfoma No Hodking, en el estadio I y II de evolución de la enfermedad.

El grupo de estudio quedó conformado por 7 niños, diagnosticados con Neoplasia Linfoma No Hodking, que se encuentran en el estadio I y II de la enfermedad; atendidos en el servicio de hematología del Hospital Infantil “Jose Luis Miranda”, de la ciudad de Santa Clara.

Se utilizó para la recogida de la información diferentes pruebas psicológicas; las cuales fueron aplicadas, tanto a los niños como a sus familiares, las mismas se recogieron de forma individual, en dependencia del estado físico y psíquico del menor.

El desarrollo de la presente investigación se conducirá bajo el enfoque del principio de la Patopsicología, de la unidad de lo cualitativo y cuantitativo. Procederemos inicialmente a un estudio de caso, para posteriormente observar las regularidades que se expresan comunes en el grupo de niños estudiados.

Para el análisis de los resultados, triangularemos las fuentes para ganar confirmación en la interpretación de la regularidad psicológica, que se viene trabajando.

Las conclusiones obtenidas demuestran que el funcionamiento emocional de los niños objetos de estudio, se caracteriza por marcadas expresiones de ansiedad, que se revelan en vivencias de miedo, intranquilidad y tristeza, acompañada de incertidumbre.

INTRODUCCIÓN

Con el avance de las Ciencias Médicas, y en especial, con las nuevas tecnologías que en el diagnóstico y la terapéutica han ido emergiendo, la esperanza de vida del niño portador de Neoplasia se ha incrementado notablemente. Según las estadísticas más recientes, cada año en el mundo más de 160.000 niños son diagnosticados con cáncer, aunque se ignora el número exacto de casos nuevos al año, ya que en muchos países no existe un registro de pacientes con cáncer.

Las estadísticas epidemiológicas revelan que el cáncer más común en los niños, es la leucemia (1 de cada 3 cánceres infantiles), sobre todo la leucemia linfoblástica aguda, más frecuente en niños de 2 a 8 años. A continuación, con menor incidencia, vienen los tumores cerebrales, más frecuentes entre los 5 y 10 años edad, neuroblastomas, tumor de Wilms (afecta a las células del riñón), los linfomas o tumores óseos.

La diferencia del cáncer infantil con respecto al adulto, es que aparece en la época de crecimiento y normalmente se relaciona con la formación de tejidos, pudiendo alterar la evolución normal del desarrollo del niño, tanto por la enfermedad, como por la terapia agresiva a la que será sometido.

El cáncer, gracias a los avances de la medicina, ha pasado de ser de una enfermedad terminal (años 70), a una enfermedad crónica potencialmente tratable.

En el caso de los cánceres pediátricos, la supervivencia a los cinco años del diagnóstico, se sitúa cerca del 70 por ciento. En la década de los 50, el promedio de vida de los niños que poseían esta patología, estaba en diecinueve semanas, después del diagnóstico, y sólo existía un 2 por ciento de supervivientes, después del año. Sin embargo estos datos han cambiado, considerándose que uno de cada 900 jóvenes que cumplen actualmente los 20 años de edad, es un superviviente del cáncer infantil.

El incremento en las últimas décadas de la longitud de vida de los niños con neoplasia, ha ocasionado el interés en disminuir los efectos secundarios que el tratamiento del cáncer infantil puede originar.

Con los impresionantes avances en el campo de la terapéutica oncológica en general y oncopediátrica en particular, la atención integral al niño con neoplasia, lejos de simplificarse, se ha complicado enormemente en las últimas décadas. Ya no se trata sólo de la disyuntiva acerca de si el niño sobrevivirá o no, sino de la calidad con que lo hará; pues no basta con curar o detener la progresión de la patología.

Esto establece un nuevo reto para la Psicología, debido a que la atención a los niños con neoplasia y sus familiares, debe prepararlos desde una perspectiva bio-psico-social, centrándose en la incorporación del análisis de factores relacionados con el desarrollo de la personalidad de estos niños y el medio sociocultural donde se desarrollan.

Lo antes descrito nos permite comprender que es imprescindible una intervención multidisciplinaria en el ámbito hospitalario, familiar y escolar del niño con neoplasia. Estos equipos multidisciplinarios abordarán el problema de una manera global, incluyendo los aspectos médicos, psicológicos, sociales y educativos; cuya actuación conjunta, desde el comienzo del tratamiento, favorecerá la prevención de posibles desajustes posteriores.

De esta forma, estos niños llegarán a la edad adulta en mejores condiciones para desarrollar sus actividades, y el número de adultos supervivientes de un cáncer infantil, con secuelas físicas y mentales será en menor deferencia, que los casos que no recibieron programas psicológicos y rehabilitadores; de esta forma la acción preventiva permitirá la reducción de los costos derivados de la enfermedad y potenciará la integración escolar y social del niño.

Esto debido a que el niño con neoplasia tiene que afrontar los siguientes problemas: la hospitalización, que produce un cambio brusco de su

entorno y de las actividades normales. Las secuelas de la enfermedad, de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos que tienen numerosos efectos secundarios: náuseas, vómitos, cefaleas, diarreas, llagas en las mucosas bucales, fatiga, irritabilidad, etc.; trastornos psicológicos, como ansiedad, culpabilidad, ira, agresividad, cambios en la imagen corporal, y aceptar la pérdida del control sobre su vida y su intimidad; y trastornos sociales: aislamiento social, entorno más pobre en estímulos, sobreprotección, fobias o fracasos escolares.

En el caso particular de la neoplasia tipo Linfoma No Hodking, las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas, como cansancio, fiebre intermitente, pérdida de peso y en muchos casos se relaciona con procesos infecciosos propios de la infancia. Un factor de pronóstico importante, dado que la terapia sea óptima, es el grado de la enfermedad presente en el momento del diagnóstico, determinado mediante la clasificación previa al tratamiento.

Aunque se observan resultados de supervivencia de niños con Linfoma No Hodking, libre de eventos de entre el 65% y el 70%, usando enfoques diferentes en el tratamiento. Sin embargo la supervivencia general es superior al 80%, con terapia agresiva, parecida a la que se utiliza contra la leucemia.

Por lo tanto la atención de los niños con Linfoma No Hodking, supone un reto, por el riesgo vital de la enfermedad en sí, el largo proceso evolutivo de la misma, la terapia intensiva y específica que requiere, sus efectos secundarios y la repercusión psico-emocional y social que supone para el niño y su familia.

Resultando evidente la susceptibilidad del niño con Linfoma No Hodking, para mantener su integridad física y psicológica. Como ya hemos visto, la enfermedad y su tratamiento lo exponen a situaciones de riesgo potencial que necesitarán ser controladas y abordadas adecuadamente. A nivel físico se deberá prestar especial atención al dolor y al riesgo de infección, mientras que a nivel psicológico, su tratamiento se centrará hacia un

grupo especial de alteraciones, de considerable frecuencia en la población infantil, al abordar una serie de desviaciones psicológicas.

Es importante mencionar que en los trabajos sobre las secuelas psicológicas del cáncer en infantil, algunos investigadores sugieren que los futuros estudios deberían centrarse, no tanto en las secuelas psicológicas, sino en estrategias que permitan a estos niños y a sus familiares hacerles frente a la enfermedad, ayudándolos de esta forma a manejar el malestar emocional.

Por tanto las repercusiones del Linfoma No Hodking, las necesidades de los niños que la padecen y de sus familias; justifican la conveniencia de llevar a cabo un minucioso estudio para alcanzar una adecuada intervención psicológica. Permitiendo de esta forma dotar a los niños y a las familias de información y estrategias de afrontamiento, adecuadas para hacer frente a la nueva situación.

En correspondencia con lo antes expuesto nos planteamos como:

Problema Científico: ¿Qué caracteriza el funcionamiento emocional de niños que padecen de Neoplasia Linfoma No Hodking, en el estadio II de evolución de la enfermedad. ?

Inspirado en este problema de investigación, nos hemos trazado como objetivo general del presente trabajo, lo siguiente:

Objetivo General: Caracterizar el funcionamiento emocional de niños que padecen de Neoplasia Linfoma No Hodking en el estadio II de evolución de la enfermedad.

En la búsqueda por cumplimentar tal objetivo, hemos organizado todo el diseño y el proceso de investigación, sobre la base de las siguientes

Tareas investigativas:

- 1- Elaborar y sistematizar todo el cuerpo teórico que sirve de fundamento a la investigación.

- 2- Seleccionar y adecuar los instrumentos al objetivo general de la investigación.
- 3- Reconocer los aspectos fundamentales en el funcionamiento emocional de los niños con Linfoma No Hodking, de manera que se puedan destacar las direcciones de ayuda psicológica, que los mismos brindan.

En sentido general, el trabajo ofrece como novedad un estudio realizado en este tipo patológica en especial, por lo cual se deriva como valor práctico y social del mismo; la posibilidad que brinda sus resultados, de lograr una mejor atención integral a los niños y su familiares tan necesitados de ayuda, inmersos en una situación vital tan extrema.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS.

1.1- Premisas en la comprensión del desarrollo emocional del niño.

El incremento impetuoso del conocimiento en los últimos decenios se debe al estímulo de la revolución científico-técnica. Es el hecho de que la tecnología como fuerza transformadora impacte en el desarrollo del hombre.

Por supuesto, el hombre no es un receptor pasivo de las múltiples, complejas y contradictorias informaciones que recibe de su medio ambiente. Su carácter activo se expresa en su capacidad para organizar y sistematizar este rico caos de estímulos en un sistema de información personalizada relevante; para lograr individualizar esta proyección en su comportamiento, dependerá mucho del nivel de desarrollo alcanzado por su personalidad.

En esta complejísima tarea, la atención a la formación y educación de la personalidad cobra un extraordinario valor, como es conocido, los primeros años de vida constituyen un importante factor en el desarrollo ulterior, para lograr la consolidación de la personalidad, la cual sustentará la conducta futura.

La personalidad constituye el nivel más complejo de regulación psicológica, en ella se encuentran los elementos explicativos de las conductas más complejas del futuro adulto, y es expresión en sí misma, de la unidad de lo cognitivo y lo afectivo.

En esta discusión teórica está siempre presente, implícita o explícitamente, el papel que se asigna a las relaciones que establece el niño con los demás; aunque se acepta ampliamente la importancia de la interacción social en el desarrollo, hay grandes diferencias en la función que se le otorga en el mismo; en algunos planteamientos se le considera

como una determinación lineal del desarrollo, quedando anulado ahí el papel que el propio niño tiene en su desarrollo, y éste es asumido como resultado de esas condiciones sociales, o bien se le concibe solamente como un dispositivo contextual o facilitador del desarrollo.

Para la perspectiva histórico-cultural el desarrollo psicológico está necesariamente mediado por las relaciones sociales e impregnadas por las coordenadas históricas, geográficas, culturales y personales que hacen a cada individuo una persona diferente, única e irrepetible en el mundo.

Para Vigotsky (1991-1995), el desarrollo psicológico tiene su génesis en la vida social. Es decir, el desarrollo infantil está íntimamente relacionado con el medio ambiente cultural; este contexto está organizado por miembros activos de la cultura, que forman parte de una generación mayor y diferente a la del niño. Los miembros adultos guían al niño en su proceso de crecimiento y se involucran en él.

Para este autor, el desarrollo no se produce espontáneamente, sino que se vincula con las instrucciones que aportan las personas con significación afectiva, que comparten el contexto cultural del niño, de la misma manera que una sombra está íntimamente relacionada con el objeto al cual reproduce.

Un concepto clave de su teoría va a ser el de internalización. Las observaciones empíricas brindan elementos suficientes que muestran cómo los fenómenos psicológicos aparecen en las interacciones adulto-niño y, subsecuentemente, se incorporan a la esfera de lo intraindividual. Esas relaciones vinculantes internalizadas se convierten en funciones de la personalidad y en las formas de su estructura.

En contraposición a lo planteado por Piaget, Vigotsky se opone a que el pensamiento infantil es primero egocéntrico y luego se socializa. Plantea como ley general del desarrollo infantil, el hecho de que el mismo se

produce desde lo socio-cultural hacia lo intrapsíquico. En este sentido, sus conceptualizaciones se asemejan a lo postulado por Baldwin sobre la orthogénesis.

En el proceso de crecimiento, los niños van aprendiendo los significados a partir de su presencia en toda comunicación de la que forman parte. Vygotsky establece una diferencia entre sentido, que alude a una valoración personal de un hecho, y significado, que siempre remite al contexto cultural.

En la medida en que, en un marco sociocultural, converjan sentidos personales diferentes, pueden generarse nuevos significados; el significado no es una entidad ideal inmutable, sino un producto de la transacción social que regula las relaciones sujeto –medio. (Casullo; 1991)

La participación del niño se lleva a cabo en un proceso de interrelación social (ínter-psicológico), en donde participa de manera activa interconstruyéndose, y tiene su culminación en el ámbito interno (intra-psicológico), como apropiación de las herramientas e instrumentos empleados en las diversas actividades prácticas, cognoscitivas y relaciones afectivas que, en palabras de Vigotsky, constituyen el arraigo cultural.

En este proceso de arraigo cultural el niño se va constituyendo socio-psicológicamente. En lo social, como un sujeto habilidoso en el manejo de las herramientas que le presenta su medio; en lo psicológico y a través de ese manejo va conformado en él una serie de funciones superiores particulares con una relación exclusiva en el momento en que vive.

En la construcción de la identidad psicológica de cada individuo, la participación e influencia del *otro* ocupa un lugar insoslayable e imprescindible en el origen, establecimiento y desarrollo de los procesos cognitivo-afectivos como unidad indisoluble.

Asimismo, en ese proceso el *otro* es corporalmente extenso y se encuentra necesariamente indisociable y presente en el momento interpsicológico; posteriormente ese *otro* tiene una influencia histórica perenne en los procesos intra psicológicos. Pero claro, a todo lo largo de la construcción de la identidad, la influencia del *otro* está permanentemente matizada y tamizada por su participación activa, y en está medida por las formaciones psicológicas que ya ha logrado desarrollar.

El salto cualitativo del nivel interpsicológico al intrapsicológico se da gracias a que el niño se apropia activamente de la experiencia histórico-social, a través de las interacciones sociales, proceso que algunos autores denominan “internalización”, concepto que frecuentemente induce a un falso dilema interno vs. externo, razón por la cual en este trabajo se prefiere utilizar el concepto de “apropiación”, que significa hacer suyo, construir para sí. Esto no significa que el resultado de la apropiación de la experiencia sea una copia fiel de lo que originalmente ocurrió en la interacción social, sino que hay todo un proceso de transformación creadora que da su carácter personal y único, en razón de que a través de su participación activa tamiza y matiza dichas interacciones.

Esta apropiación genera una doble evolución vital; por un lado, transforma radicalmente en una dimensión cualitativa su relación con el medio y, por el otro lado, gesta nuevas funciones psicológicas. Ambas transformaciones son logradas debido a que con la utilización del signo, y con él la capacidad de representar lo ausente, de idear lo no existente, de planear hacia futuro, emergen los procesos sociales mediatizados semióticamente. Con ello, las reacciones inmediatas que caracterizaban el primer tipo de relación del organismo con el medio dan paso a relaciones mediatas y, sobre todo, controladas por parte de la persona. Es decir, en los términos de Vigotsky, las funciones elementales son superadas cualitativamente y transformadas en funciones superiores.

Es en este proceso de socialización que se desarrolla la atención voluntaria, la memoria, la formación de conceptos, la volición, y junto a ellas, las formas específicas y sociales de sentir acontecimientos, objetos y personas, es decir, también se construye la afectividad.

El niño manifiesta su individualidad a partir de tomar conciencia de su capacidad o potencialidad para iniciar acciones, conocimientos y sentimientos que contrasten con los del *otro* respecto de sí mismo.

La formación de la identidad individual del yo está enmarcada en la relación recíproca que guarda el niño con los *otros*, quienes le promueven sus ideas, conocimientos y *afectos*, lo cual significa un desarrollo dinámico e interactivo con los objetos, las personas y los signos de su cultura. De esta manera, la toma de conciencia le permite al niño relacionarse de manera diferencial con el medio y verse como semejante y simultáneamente diferente en el proceso de desarrollo.

Es gracias a la relación con los *otros* que el sujeto siente, actúa, co-construye afectos, integrándose de esta manera a través de extender sus habilidades bajo la supervisión o guía del *otro*, como un compañero con habilidades y arraigo específicos.

Los *otros* que colaboran con el, juegan un papel muy importante en el desarrollo psicológico del niño, ya que se convierten en agentes de su desarrollo, al compartirle una cultura donde se socializa y desarrolla una conciencia propia, gracias a la cual también piensa y autorregula sus afectos.

Esta influencia y efecto se da al interior de un espacio socio psíquico en las relaciones inter psicológicas, que Vigotsky denominó Zona de Desarrollo Próximo (ZDP), categoría teórica que el autor creo para analizar las interrelaciones sociales, donde se establece una relación particular entre un sujeto más capaz y otro aprendiz.

La *ZDP* está delimitada, en su extremo “inferior”, por aquello que la persona (niño o adulto) puede hacer de manera independiente, mientras

que su extremo “superior” estaría indicado por todo cuanto la persona es incapaz de hacer por sí misma, pero sí con la colaboración de otro más capaz. La noción de ayuda se entiende en este contexto como la interacción entre dos personas, donde el más hábil (*el experto o guía*) proporciona asistencia, apoyo, auxilio y o supervisión al sujeto menos capaz o aprendiz.

En otras palabras, la *ZDP* está conformada por todo cuanto la persona puede hacer exclusivamente con la “ayuda” de los demás.

La Zona de Desarrollo Próximo es el planteamiento central de la perspectiva Vigotskiana, que sintetiza el papel del otro y el carácter del desarrollo como proceso social, único e irrepetible, a partir de una visión psicogenética del ser humano; este concepto engloba la comprensión de la génesis humana y representa un planteamiento general y de gran potencialidad, aún no explotado en toda su extensión, que resulta bastante promisorio al conocimiento y a la práctica, no sólo de las ciencias psicológicas, sino de otros ámbitos del conocimiento y desempeño humanos que a Vigotsky mismo, no le dio tiempo de considerar. (Labarrere, 1998; Morenza, 1998; Corral, 1999, 2001)

El planteamiento de Vigotsky, acerca de la función psicológica humana, la utilización de instrumentos semánticos compartidos interpersonalmente precede genéticamente a su dominio intrapersonal, define también una distancia en cada momento del desarrollo entre el dominio personal (actual) y el dominio compartido (realización futura), como potencialidad que se genera en dicha relación.

Los elementos implicados en el concepto de Zona de Desarrollo Próximo son: el sujeto aprendiz, el instrumento semántico a ser aprendido y el sujeto más experimentado o capaz. La potencialidad no está determinada por alguno de esos elementos ni éstos fungen como simples facilitadores o actualizantes de algo que preexiste, sino que ella emerge de la relación en una acción compartida que supone la interdependencia de ambos sujetos. Lo que se comparte, son sistemas de signos semánticos

elaborados, a través de la historia social y fijados en la cultura, y la potencialidad se plantea no sólo en tanto ejecución posible sobre la realidad, sino también sobre el propio sujeto que la realiza como una función reguladora y transformadora de sí mismo. (Corral, 2001)

Con respecto al sujeto aprendiz, éste se ubica en un dominio parcial del sistema a incorporar, como potencialidad ya existente en el dominio del sujeto, pero que sólo desde su relación con el otro, le posibilita múltiples direcciones, abriendo nuevos espacios para el cambio y la transformación.

En cuanto al otro más capaz, desde una visión genética, siempre existe el “otro”. El otro es la primera condición de la emergencia del sujeto que se dice “yo” (Bajtín, 2000, p.17). En la relación compartida con el otro se incorpora el sistema simbólico que se forma, pero una vez alcanzado el dominio personal del mismo, la huella del otro no desaparece, sino que permanece en los sistemas de signos que contribuye a formar los sistemas simbólicos, que nunca son neutrales, ya que no están separados de criterios, necesidades, valoraciones, propósitos e ideales, acordes a la cultura respectiva; de ahí que la relación con el otro, que el conocimiento se conciba como un solo proceso afectivo-cognitivo indisoluble, y de aquí también la expresión: “El hombre, a solas consigo mismo, sigue funcionando en comunión”. (Vigotsky, 1987, p 162)

Según Cole (1985), la ZDP del aprendiz es sensible, en lo cognoscitivo a los conocimientos; en lo social a los estilos interactivos y a la organización del grupo social, gracias al vínculo afectivo establecido entre los participantes, lo que posibilita que la ayuda sea recibida, aceptada y valorada.

Por otra parte, la relación particular entre el más capaz y el aprendiz contempla una relación dinámica, interactiva y bidireccional entre los participantes, donde los roles de cada uno no son fijos ni preestablecidos. Esto es, en cada momento de la interacción y considerando el arraigo cultural se define quién enseña y quién aprende.

Proceso dinámico en el que las personas en interacción se socializan y enseñan mutuamente.

De esta forma, para que una interacción social incida en el desarrollo de al menos uno de los participantes debe construirse abierta a las posibilidades de cada uno (la *ZDP*) y en donde el efecto sea mutuo.

Pero, como ya se ha mencionado, en este proceso no sólo influye el contacto de conocimientos y habilidades, sino también formas de actuar y sentir. De esta manera, en la interacción con el *otro* se presentan, imponen, modelan y proponen estrategias y comportamientos afectivos. Cronológicamente en el proceso histórico de la formación de los afectos, en el rol de guía experto en un primer momento es predominantemente asumido por los adultos, quienes inician al *aprendiz (el niño)* en la manera de realizar y pensar la actividad, así como a asociar y manifestar un sentimiento o una emoción. Esto no significa que el niño “repita” lo que el *otro* le enseñó, aunque en apariencia la conducta o los afectos sean iguales, el significado es diferente gracias a la “apropiación dinámica y activa del aprendiz”, proceso que conduce a que cada aprendizaje y afecto personal se vuelva semejante y diferente a la vez.

Con anterioridad se indicó que con la apropiación del signo se establece una relación cualitativamente distinta con el medio, ya que con su utilización el individuo es capaz de distanciarse del medio circundante, de diferir temporalmente sus reacciones, pasando de interacciones inmediatas con personas y situaciones a interacciones mediatas, donde la anticipación y la planeación son predominantes; así mismo, el individuo al usar signos puede influir en el comportamiento ajeno y, sobre todo, lograr el control sobre sí mismo, lo cual da paso a la autorregulación cognitivo-afectiva, como un proceso que se ubica en un nivel superior del desarrollo psicológico. (González y Mitjáns, 1989, p. 33)

En el desarrollo psicológico se pueden identificar dos niveles cualitativos, evidenciados por las formas y contenidos de las actividades del niño. En

el primer nivel se habla de las funciones psicológicas elementales, en el segundo nivel de las funciones psicológicas superiores.

Los procesos psicológicos elementales están asociados a una línea de desarrollo natural –biológica–, y son la memoria, atención, percepción, las emociones “naturales”, reacciones automáticas, originadas por el proceso mismo de maduración del organismo y que aseguran su supervivencia. Podría decirse que son propias de la especie humana. (Páez y Adrián, 1993)

Sobre ellas, sin eliminarlas, pero modificándolas cualitativamente se construyen los procesos psicológicos superiores. Estos procesos sólo pueden emerger en la medida en que la persona se apropia de los signos. Habilidades simbólicas que permiten la construcción de una memoria, atención, percepción, pensamiento y emociones voluntarios; todos, propios de un grupo social particular. De esta manera se pasa a una nueva forma de comportamiento, que ahora es mediada en la medida en que emplea medios auxiliares –los signos–. Esta situación se traduce en la conquista máxima del ser humano: la libertad de elegir ante qué, cuándo y cómo reaccionar. (Páez y Adrián, op. cit)

Lo dicho previamente permite afirmar que la persona empieza a controlar sus propios procesos y acciones y, asimismo, que se vuelva capaz de inhibir actos automáticos e inconscientes; es decir, se autorregula.

Los postulados teóricos de Vygotski permiten explicar el desarrollo afectivo como un proceso interrelacionado a otros procesos. El tema fue poco abordado en los trabajos de Vygotski, la mayor parte de las veces lo planteó implícitamente. Es sólo hasta el capítulo final de “Pensamiento y lenguaje” que lo hace de forma explícita, explicando que en todo proceso psicológico están presentes tanto elementos cognoscitivos como afectivos y sociales; y es la afectividad el motor que mueve al pensamiento y los signos. (Vigotski L. S., 1981)

A partir de esta afirmación se puede concluir que toda actividad intelectual va siempre acompañada de sentimientos y viceversa, “por su propia naturaleza, todos los elementos que se integran en las funciones de la personalidad tienen una naturaleza cognitivo-afectiva. El hombre se apoya en esta naturaleza para regular todas las esferas de su comportamiento. Es prácticamente imposible representarnos un proceso o hecho psicológico puramente afectivo o puramente cognitivo”. (González y Mitjáns, 1989, p. 33)

Desde el punto de vista de este trabajo la afectividad se encuentra sujeta, además de a su propia lógica, a las leyes generales del desarrollo psicológico, luego su desarrollo sigue la misma transformación de lo social a lo individual; es decir, sigue el mismo proceso de las relaciones inter-psicológicas, a las relaciones intra-psicológicas.

Vigotsky (1993) sostiene que en la ontogénesis de las emociones también confluyen y se fusionan una línea natural-biológica y una línea sociocultural, las cuales convergen y se mezclan desde las primeras fases de la ontogénesis. A partir de los sistemas innatos, de la interacción social y de la adaptación de la capacidad simbólica, se irán desarrollando sistemas más complejos marcados por la historia social (Páez y Adrián, 1993), de manera tal que, “las relaciones sociales con los demás, a través de un instrumento como el lenguaje, contribuirán igualmente a la socialización emocional”. (Paez y Adrián, op.cit. p. 31)

Aunque Vigotsky no disertó ampliamente sobre las emociones elementales y superiores como tales, se pueden recuperar sus principios teóricos y se podría indicar que como especie y por el proceso mismo de maduración, se gesta la aparición de formas sensibles que pueden guiar el comportamiento, y que pueden ser consideradas como emociones elementales, las cuales constituyen la expresión de los estados fisiológicos rudimentarios como el terror, la ira, la desesperación o la furia; emociones propias de edades tempranas. Mientras que las emociones superiores comprenden afectos co-construidos en la relación social con los *otros*, entre los que encontramos los sentimientos

religiosos, de amor erótico, de amor filial, de sensaciones estéticas, etc. Afectos originados y co-construidos a partir de la relación de la persona con la cultura, afectos propios de edades tardías. (Labarrere, 1998; Morenza, 1998; Corral, 1999, 2001)

Partiendo del supuesto de que los afectos son construidos socioculturalmente, se puede señalar que existen “cortes, niveles o estadios” que un grupo social particular hace de la afectividad, otorgándoles un nombre, un sentido y una manera de expresión socialmente aceptables, y que por ende, pueden ser caracterizados (al igual que las otras funciones superiores) por ser: a) controlados por el sujeto en su entorno, b) llegar a tener un carácter consciente, c) tener una función comunicativa, y d) emplear signos.

Asimismo, los afectos presentan rasgos específicos como: 1) Es difícil de hacerlos conscientes, 2) facilitan la asociación entre acontecimientos y personas, 3) descansan más en el sentido del signo que en su significado.

De esta manera, los afectos oscilan entre ser inconscientes y estar controlados por signos. En esta última condición es donde se puede llegar a gestar lo que se denomina la autorregulación afectiva. En otras palabras, a través de la utilización de signos es posible conocer, racionalizar y dominar nuestros propios afectos; el individuo es potencialmente capaz de manejar sus sentimientos en la relación con los otros. (Labarrere, 1998; Morenza, 1998; Corral, 1999, 2001)

La autorregulación afectiva al igual que otras funciones psicológicas superiores comparte el uso de los signos y el papel que a éstos se atribuye, pero la relación que se construye entre la afectividad y los signos es particular y cualitativamente diferente.

Consideramos que la afectividad, al igual que los procesos cognoscitivos, es una construcción de génesis social y de apropiación y ejecución individual; así mismo, que es un proceso interrelacionado con

otros aspectos del desarrollo psicológico, que se construye en la interacción constante con los otros, en un contexto social histórico donde el individuo participa activamente de sus propias estrategias afectivas, a partir del aprendizaje en solución de problemas cotidianos de la interacción en general con el medio.

En correspondencia con la escuela Histórico -Cultural, C. Rogers concede gran importancia al papel de la autoconciencia y a los factores sociales involucrados en la génesis y desarrollo de la misma. En otro sentido es de destacar la concomitancia de los conceptos "valoración organísmica de la experiencia" asociada a la percepción subjetiva de la realidad y el nominado por Vigotsky "vivencia" que destaca la selectividad del sujeto sobre el medio social circundante. Rogers realizó importantes trabajos en torno a la redirección de la enseñanza en pos de las cualidades y potencialidades individuales de los educandos. En el contenido de este programa se vuelcan las miras fundamentales de los Humanistas en el aspecto social, Vigotsky denomina la categoría Zona de Desarrollo Próximo en que operativiza el desarrollo actual del sujeto y el potencial al que puede arribar a través de los niveles de ayuda que un otro más capaz (educador, investigador), implemente, siempre atendiendo a las posibilidades reales del "alumno".

William Gordon Allport conocido y productivo psicólogo norteamericano considera el desarrollo como: "...la progresiva diferenciación e integración de las estructuras y de la conducta". Donde diferenciación es la capacidad que adquiere el niño de diferenciarse del medio que lo rodea a partir del surgimiento de diversos movimientos, emociones, etc. A partir de la maduración del sistema nervioso y del aprendizaje; la integración es la organización jerárquica de la personalidad, donde se incluyen en diferentes niveles, desde los reflejos condicionados iniciales, hasta los rasgos y sistemas de rasgos. (Allport G, 1982)

Para Allport el desarrollo es consecuencia de un intrincado proceso de aprendizaje, lo que concuerda con lo planteado al respecto por la escuela Histórico - Cultural. El aprendizaje es "la modificación de las

características psicológicas resultante de la experiencia", donde plantea que dicho proceso responde a "principios generales y casi mecánicos" que se refieren en las edades tempranas a la maduración del sistema nervioso, y sólo en edades posteriores, dichos principios se refieren a la acción pura de lo social (la educación, el nivel de identificación del niño con los padres y viceversa, etc.).

Allport plantea que es sólo más tarde cuando el aprendizaje comienza a deberse a factores sociales, lo que constituye un punto de ruptura con la concepción vigotskiana, partidario de la acción de lo biológico y lo social -desde los albores de la vida humana. El autor en cuestión no especifica el momento en que este cambio se produce ni cómo la influencia social influye en el aprendizaje, atribuyendo una mayor importancia a los factores biológicos. Define Allport categorías a través de las cuales se reconoce la influencia del medio social, estas son: (Allport G, 1982)

- Papel: modo estructurado de participación del individuo en la vida social, es lo que la sociedad espera de él. Dicha categoría puede considerarse como una evidencia de la acción del factor social del desarrollo psíquico.

- Aculturación: se refiere a la apropiación de la cultura por parte del individuo, en la que la cultura moldea la personalidad del niño, pues proporciona respuestas, ya creadas y ensayadas, a la mayoría de los problemas de la vida humana.

En la aculturación, Allport acepta las tres etapas de esta propuesta por Revers que son:

- Primera etapa: el llamado "realismo moral" del niño que se caracteriza por la adopción pasiva del modelo social por el niño, va de los cinco a diez años.

- Segunda etapa: se caracteriza por la rebelión del sujeto contra el modelo social aceptado, este es el caso de los años pertenecientes a la adolescencia.

- Tercera etapa: se sitúa en la edad adulta, cuando el sujeto construye su propio modelo aceptando parte de lo tradicional e incluyendo su valoración personal.

Identifica a lo tradicional con lo social y a lo personal con lo propio del sujeto que ha sido intocado por la sociedad (otro punto de ruptura). (González; Valdés, 1984).

Es indudable que Allport le confiere más que otros humanistas un mayor peso al determinante social y cultural en el desarrollo psíquico, pero lo hace como algo externo, una masa que ejerce una influencia atomística al "moldear" la personalidad del niño. Teoréticamente no se precisan cuales son los canales por los que se "acultura" el niño.

En los postulados de Vigotsky apreciamos una justa consideración de estos determinantes del desarrollo. En primer lugar materializa la interrelación humana como heredera y transmisora de las adquisiciones fundamentales de su evolución; así como de las herramientas y signos que se convertirán en las armas de la propiedad fundamental del ser humano: la psique.

Las funciones psíquicas superiores no son únicamente producto de la actividad de un psiquismo autónomo, sino como antes expresamos, de un proceso dialéctico de interrelación entre la base biológica (el cerebro) y lo construido histórica y socialmente, que deviene en el sujeto activo que individualiza la acción externa y se realiza, autodetermina, y crece.

El entorno social en que se inscribe el sujeto para tener un influjo desarrollador ha de ser capaz de insertarse en el nivel de desarrollo biológico y las posibilidades a él dadas para elevar al sujeto en su desempeño cognitivo. Ni lo biológico ni lo social por separado determinan la evolución del hombre.

Por otra parte, L. I. Bozchovich (1968), trató de esclarecer la naturaleza psicológica de la vivencia, ofreciendo una reformulación conceptual de la

misma. Según su parecer el problema del contenido de la vida afectiva del niño, la influencia de las impresiones afectivas en el desarrollo del menor, el surgimiento y formación de los propios afectos, así como los métodos necesarios para estudiar y revelar los mismos, han sido hasta el presente pocos estudiados. Sin embargo, esto no significa que los reconozcamos como secundarios.

Como parte de esta problemática hasta ahora abordada, se hace necesario reconocer que las manifestaciones cualitativas que se producen en el niño marcan inevitablemente la existencia de etapas evolutivas, constituyendo su delimitación uno de los problemas centrales y de gran actualidad en la ciencia psicológica.

Al respecto nos identificamos con L. S. Vigotsky cuando al referirse a la periodización de las edades, la concebía como formaciones globales y dinámicas. Para él, la edad es una estructura que determina el papel y el peso específico de cada línea de desarrollo. Esto lo concibió inmerso en dos líneas, una central relacionada con los procesos de las nuevas formaciones principales y otra accesoria vinculada a los demás procesos parciales. La línea central de desarrollo constituye condición esencial para la dinámica de la edad, a diferencia de la accesoria.” En el permanente pasaje de un eslabón evolutivo a otro, solo las crisis y los virajes en su curso pueden darnos la clave para caracterizar las edades. (Guerra M. V.; 2000)

Existe, objetivamente una dependencia del desarrollo psíquico del niño, del adolescente y del adulto en relación con la actividad, aunque no a la actividad vista como proceso general, sino por el contrario, esta dependencia se hace específica con respecto a un tipo determinado. Este tipo de actividad en la etapa del desarrollo la caracteriza, ya que es la expresión de una determinada y particular relación del sujeto con su realidad social.

Es precisamente el cambio del tipo de actividad rectora, el cambio en la relación esencial del niño con la realidad, el indicador objetivo e

irrefutable de que este pasa de un estadio a otro superior en su desarrollo psíquico. Las relaciones que el hombre, en general, y el niño, en particular, mantienen con su realidad circundante, son las que en última instancia determinan las cualidades y rasgos de la personalidad que se formarán y consolidarán. (Butkin, 1977)

Ha sido demostrado que las condiciones de vida por sí misma, no son capaces de forma directa, de determinar la formación de la personalidad. En esta dirección L.S. Vigotski, al analizar la historia de las funciones psíquicas superiores, introdujo el concepto de situación social del desarrollo, y con el que brinda una interpretación dialéctica desde la perspectiva materialista, del papel del medio en el desarrollo psíquico del niño.

Vigotski, designó con estos términos la integración particular de los procesos internos del desarrollo y de las condiciones externas, que es típica de cada etapa y que condiciona también la dinámica del desarrollo psíquico, durante el correspondiente período evolutivo, así como las formaciones psicológicas cualitativamente superiores que aparecen hacia el final de cada período. (Fariñas G, 1995)

El cambio de la actividad rectora es un proceso de transformación revolucionaria, en la vida del sujeto, que se sucede en forma de crisis evolutiva. Ésta, muy lejos de significar una anomalía en el desarrollo; concebida tradicionalmente constituye una característica universal del viraje en dicho proceso. (Galperin, 1976)

Las crisis expresan la reestructuración esencial de la personalidad del individuo, así como el carácter en forma de saltos del proceso de autodesarrollo de la personalidad.

La no aparición de la crisis, en el momento correspondiente, indica, cuando menos una “lentificación” en el desarrollo del niño, la no asimilación de la forma de actividad rectora propia de la etapa; y el retardo en el surgimiento de las características y formaciones psíquicas.

Esto, sin duda tendrá una repercusión mas o menos a corto plazo y un costo en la formación de la personalidad.

Uno de los problemas que más ha ocupado a los estudiosos de la psicología evolutiva, es el de la periodización de la ontogénesis de la personalidad. Este esta directamente vinculado al establecimiento de las formaciones psíquicas inherentes a cada periodo, a los mecanismos de tránsito de uno a otro, y a la definición de cada etapa en cuestion (Suarez V, 2001).

1.2- Las características psicológicas del niño en la etapa Escolar.

El proceso del desarrollo psíquico en la infancia distingue a la etapa escolar primaria, como una época de trascendental valor para la formación de la personalidad del menor. En ella cambia la forma de vida del niño, planteándose por vez primera todo un conjunto de exigencias que incluyen la aparición de un nuevo sistema de relaciones sociales, así como una actividad de estudio de gran complejidad en relación con el desarrollo que se ha alcanzado hasta el momento. Dicho sistema presupone un nivel superior de la actividad cognoscitiva, afectiva y volitiva distinta de la de la infancia preescolar.

“Arriba a la etapa escolar con adquisiciones psicológicas que lo ubican en una posición social cualitativamente superior”. (Rodriguez M. O.; 2001)

Entre el 6to y el 7mo año y hasta aproximadamente los 11 años de edad, se extiende esta importante etapa de la vida, cuyo inicio señala un cambio radical en toda la vida del niño por las características que asume la situación social del desarrollo de la personalidad.

El escolar aprende a cumplir una actividad socialmente importante. Esta actividad le coloca objetivamente en una posición social nueva, que abarca tanto la relación con los adultos, como con sus cohetaneos y cambia su autovaloración, y reestructura la las interrelaciones en el seno de la familia. El estudio y la vida escolar, exige del niño el cumplimiento de una serie de normas. Las relaciones con el maestro estan subordinadas a la actividad conjunta, y organizada a partir de las

necesidades inherentes al aprendizaje y a la vida escolar. (Rodríguez M.; 2005)

El niño en la edad escolar temprana debe, en todo momento, regular su comportamiento y subordinar sus deseos al cumplimiento de la disciplina impuesta por la organización de la escuela.

El estudio, actividad fundamental en la edad escolar temprana, permite la formación en el niño de una relación teórica, hacia la realidad y capacidad, para operar con conceptos abstractos. Esto es consecuencia que el estudio introduce a los niños, en la esfera de los conocimientos teóricos, de modo que aseguran el desarrollo de formas del pensamiento cualitativamente superiores. (Suarez V. 2001)

Así mismo, surgen otras importantes formaciones psíquicas ligadas al estudio, como son la necesidad y los motivos escolares cognitivos. Las tareas de estudio con sus correspondientes acciones y operaciones posibilitan la formación de un procedimiento general de solución de las tareas particulares de un tipo dado, que es transferida posteriormente por el escolar a situaciones nuevas.

Bajo la influencia del estudio y de la organización escolar se desarrolla con gran intensidad la voluntariedad de la conducta. El escolar temprano no sólo, se guía por las orientaciones del adulto, sino que comienza a plantearse objetivos y en correspondencia con estos, a controlar su conducta. (Suarez V. 2001)

En la enseñanza primaria, tanto la percepción como la memorización, la atención, la solución de problemas, se transforman en actividades voluntarias durante la etapa escolar.

Respecto a sus relaciones mutuas del niño con sus coetáneos, cabe diferenciar varios momentos. En los grados iniciales no hay diferenciaciones en las relaciones, y están basadas únicamente en condiciones externas: proximidad en la ubicación de los niños en el aula y cercanía de la vivienda, entre otros.

Sin embargo, a finales de la edad se produce un cambio ostensible en las particulares de las relaciones: hay una actitud selectiva hacia los compañeros, así como determinadas exigencias hacia las cualidades personales de estos. En la medida que el niño se acerca a la edad escolar media y a la adolescencia, los compañeros y el grupo escolar devienen cada vez más un elemento significativo en la vida del escolar y especialmente en la regulación de su actividad y comportamiento. (Suarez V. 2001)

En resumen, en esta etapa aparecen importantes formaciones psíquicas para la personalidad, que son al mismo tiempo premisas indispensables para el salto hacia una nueva actitud cognoscitiva hacia la realidad, que permite el paso a formas más complejas del pensamiento y a la realización de operaciones con conceptos abstractos.

En la esfera afectiva y de las necesidades se alcanza un nuevo nivel que permite que el niño actúe a partir de objetivos conscientemente planteados, de sentimientos y de exigencias morales. Este hecho está en íntima relación, con la búsqueda de un lugar en el grupo escolar y en la asimilación de las exigencias morales que plantea.

La conducta y la actividad del niño muestran una creciente tendencia a la estabilidad, necesaria para la formación de cualidades volitivas y de la personalidad, así como para el desarrollo de formaciones y cualidades psíquicas características de la adolescencia. (Rodríguez, M. O. 2001)

El niño puede comenzar la escuela a los 5 o 6 años en dependencia del lugar donde curse el preescolar, puede ser en el Círculo Infantil o la escuela.

Cuando nos referimos al niño escolar o al niño que asiste a la escuela nos estaremos refiriendo al niño de 6 años en adelante.

El niño de la edad escolar tiene un amplio y articulado conocimiento del mundo, del que se ha apropiado gracias al contacto con las actividades cotidianas, la interacción permanente con los objetos y especialmente con las personas. El funcionamiento cognitivo influye muy positivamente en el aprendizaje. Es un activo elaborador de estrategias de aprendizaje que es capaz de aplicar sistemáticamente en la resolución de problemas, reglas y principios que conoce implícitamente.

A los 6 años el niño comienza una nueva etapa de vida. Está en condiciones para comenzar la escuela, lo cual influye notablemente en el desarrollo de su personalidad, tanto en la esfera cognitiva como en la afectiva-motivacional.

En la edad escolar se destacan nuevas adquisiciones que posibilitan el aprendizaje. Surge el pensamiento conceptual. Los procesos cognitivos adquieren carácter voluntario y consciente. Hay mayor control del comportamiento y más estabilidad de la esfera motivacional. Comienza a participar en diferentes actividades extradocentes en el colectivo estudiantil, lo que estimula la variedad de intereses. La actividad del juego se hace más variada y compleja. Se practica aun más el juego de roles y aparece el juego con reglas (bolas, parchís, damas, escondidos, etc.), que realiza con sistematicidad, esto influye en su desarrollo moral en la medida en que tiene que acatar determinadas normas; y cumplir con ellas, de este modo va regulando su comportamiento. (Rodríguez, M. O. 2001).

A esta edad el niño ocupa una nueva posición social, determinada, entre otros aspectos, por el sistema de comunicación con los que le rodean. La figura del maestro y el grupo escolar adquieren una importancia trascendental en la vida del niño; ambos influyen en el desarrollo de la autovaloración del niño y en su bienestar emocional. Los criterios del maestro los considerará “sagrados”, hasta aproximadamente el cuarto grado.

La familia debe exigir al escolar el cumplimiento de sus responsabilidades.

La actitud que esta adopte ante el nuevo rol del niño contribuye a reforzar o disminuir sus intereses por la actividad escolar, a través de la cual se expresa el desarrollo superior de los procesos cognitivos y emocionales.

El pensamiento del niño se caracteriza por la operación con los procesos de comparación, análisis, síntesis, abstracción y generalización; el pensamiento se vincula a la palabra y se desarrolla el lenguaje interno.

La observación se manifiesta como percepción voluntaria y consciente que posibilita el conocimiento más detallado del objeto y de las relaciones entre estos. En los primeros grados, el niño destaca muchos detalles sin separar lo esencial de lo secundario; a partir del cuarto grado, se establecen las relaciones y la interpretación de lo percibido, aumenta la rapidez de la memoria de fijación y el volumen de retención, utiliza medios auxiliares para recordar, lo que desarrolla una memorización cada vez más lógica, y, también, se incrementa el volumen y la capacidad de concentración de la atención. Estos procesos adquieren carácter voluntario.

El lenguaje tiene nuevas formas de expresión. Aparece el lenguaje escrito que contribuye al desarrollo del hablado, ya que el niño tiene que estructurar de forma gramatical y adecuada sus expresiones verbales.

El desarrollo afectivo-motivacional, se destaca por una mayor estabilidad, manifestada en la voluntariedad del comportamiento del escolar. La conducta del niño se orienta por objetivos planteados por los adultos, pero también por él concientemente, de modo que logra un control más activo de ésta.

Surgen los intereses cognoscitivos. En los primeros grados están muy relacionados con el maestro y orientados hacia el proceso de estudio y la utilidad de los conocimientos. A finales de esta etapa no sólo se interesan

por conocer sobre los hechos, sus causas y relaciones, sino también, por la solución de determinados problemas. Así mismo, disminuye la excitabilidad emocional, logra un control mayor de sus reacciones emocionales (por ejemplo, el llanto disminuye); y aumenta la variedad y riqueza de sus emociones, las cuales se hacen más objetivas (por ejemplo, controlan los miedos).

En el primer ciclo escolar las vivencias emocionales dependen por lo general, del éxito o fracaso escolar, de la posición social que el niño ocupa en el grupo y de las relaciones con sus amiguitos, lo cual influye en su estabilidad emocional. Se desarrollan nuevos sentimientos sociales y morales como el sentido del deber, la amistad y el amor a los símbolos patrios. (Rodríguez, M. O. 2001)

Diversos autores han buscado los indicadores del desarrollo psicológico del niño de 6 a 11 años según la edad; aún cuando no aceptamos desde la posición histórico cultural, concebir el desarrollo en términos cronológicos, si consideramos el valor descriptivo que tienen algunos de ellos para caracterizar al escolar mayor. Entre tales indicadores nos resulta de interés, los siguientes:

- Es capaz de hacer relaciones interclases.
- Debe mantener buen rendimiento académico.
- Mantiene una posición social positiva en el grupo escolar y aceptación.
- Trata de explicar su propia conducta.
- Le perturba verse acusado de algo que no ha hecho.
- Muestra inclinación a criticar a los demás.
- Puede interrumpir su propia actividad por exigencias de un adulto.
- Prefiere la valorización razonable de su trabajo al elogio.
- Puede sentirse avergonzado si hace cosas erróneas, las quiere hacer bien
- Acepta bromas personales.
- Enfrenta a la muerte como “falta de vida”, acepta el hecho de que morirá algún día.

Al final de este período el grupo de relación es fundamental en la vida. La esfera afectiva-motivacional adquiere un papel rector y se complementa con la cognoscitiva.

Empieza a surgir las contradicciones entre la necesidad de ser independientes y las limitaciones propias que imponen este periodo, la familia y la sociedad; lo cual provoca conflictos con familiares y adultos en general. Hay una búsqueda y lucha constante por su identidad e independencia personal.

El comienzo del desarrollo de determinadas formaciones psicológicas como la concepción del mundo y el pensamiento abstracto, aún con limitaciones, permite que en estas edades se tengan criterios propios, juicios y valoraciones sobre la realidad que los rodea y, a la vez, matizará todo vínculo relacional con el mundo de los adultos.

L. S. Vigostsky expone que las vivencias en el escolar primario, se diferencian por la pérdida de la espontaneidad infantil, significando esto, que se adhiere a nuestra conducta el factor intelectual, que se inserta entre la vivencia y el acto directo, o sea se genera el paso de la vivencia directa, a cierto momento intelectual en la manifestación de cada vivencia. A esta particularidad la reconoció como la vivencia atribuida de sentido o intelectualización de la vivencia.

En informes de investigaciones de sus seguidores a las vivencias le son atribuidas las particularidades siguientes:

- Se forma una estructura de vivencias, que le permite al niño comprender lo que significa; estoy alegre, disgustado, etc.
- Las vivencias adquieren sentido.
- Se generalizan por primera vez las vivencias o los afectos, apareciendo la lógica de los sentimientos, que influye en el surgimiento de la propia valoración del menor.

- Se manifiesta una gran pugna entre las vivencias, solo ahora se hace posible la elección de las vivencias propias.
- Para comprender el carácter de las vivencias, hay que considerar en qué medida se satisfacen las necesidades del niño, o por el contrario cómo son privadas de satisfacción. La reestructuración de sus necesidades y motivos determina la vivencia interior del menor.
- Los estados afectivos deben ser examinados como vivencias emocionales prolongadas y profundas relacionadas con las necesidades, intereses y aspiraciones del niño. Mientras más esenciales sean las mismas, más fuertes y prolongadas resultarán sus vivencias.
- Debe tenerse en cuenta el lugar que ocupa el niño en el sistema de relaciones vitalmente importantes para él (familia, escuela, grupos y comunidad).

El autoconcepto, en esta etapa, se va estructurando muy relacionado con la tendencia que aparece en el niño a describirse por atributos personales externos y en términos generales, con base en evidencias externas y arbitrarias, donde las relaciones sociales se conciben como conexiones entre las personas.

Al reconocer el vínculo entre autoconcepto y autovaloración, esta última será más objetiva en la medida en que se asocie a un adecuado autoconcepto, lo cual facilitará el proceso de autorregulación del comportamiento. De esta manera la autovaloración en los menores estudiados se manifiesta en un nivel alto (sobrevaloración), reflejando la tendencia a expresar una imagen positiva de sí mismo y la coincidencia ascendente entre ésta y las valoraciones del grupo, en la búsqueda de la aproximación entre la imagen propia y la ajena, en un proceso de constante dinamismo. (Guerra M. V., 2000)

El período escolar constituye, sin lugar a dudas, una etapa rica en posibilidades de desarrollo y estimulación que potencien la

emocionalidad, creatividad, independencia cognoscitiva y otras formaciones psicológicas, entre otros factores que garantizan la formación de la personalidad sobre bases más seguras. Según M. Sorín “...si bien es verdad que el hombre aprende y se desarrolla durante toda la vida hasta el momento de su muerte, lo cierto es que el período de la infancia es decisivo; los primeros años son como los cimientos de un edificio, o como la raíz de un árbol: un cimiento sólido o una raíz vigorosa, darán un edificio o un árbol a prueba de terremoto. Del mismo modo una infancia psicológica y físicamente bien atendida, crea condiciones para el desarrollo de una personalidad mucho más plena y segura”. (Guerra M. V., 2000)

Con todo lo que hemos expresado hasta ahora, se evidencian resaltantes adquisiciones evolutivas en la etapa. Las formaciones psicológicas en su dinámica de formación y evolución pueden generar el desarrollo infantil, si se relacionan a diversos contextos enriquecedores, entre los que pudiéramos precisar como fundamentales el familiar, escolar y comunitario.

En este sentido, la familia, como contexto primario de socialización, es la responsable fundamental de este proceso formativo integral.

El Enfoque Socio Histórico Cultural, aporta elementos para la comprensión del origen y el desarrollo de la psique humana a partir de los procesos de mediación social, en los cuales, indiscutiblemente, participa de manera importante la familia.

En concordancia con este enfoque Castro Alegret concibe a la familia como “una institución con status jurídico, con una situación material determinada, con normas de la conciencia social que la regulan, etc.; pero para sus miembros es el grupo humano en el cual viven, donde manifiestan importantes motivaciones psicológicas y las realizan en diversas actividades”. (1999:9)

En este sentido se asume que lo cultural y lo social se dimensiona en la explicación del desarrollo intelectual (Vigotsky 1989, Leontiev 1981, Luria 1980, Fueurstein 1980, Bruner 1985, Zilberstein 2002, Zubiría 1992, Rico 2002), sobre todo cuando se reconoce el papel que desempeñan en ello los grupos sociales, primero la familia y más adelante la escuela.

Es en la acción mediadora de padres, maestros o cualquier otra persona, dada en el espacio de la ZDP, donde se impulsan los aprendizajes para la vida que derivarán en un auténtico desarrollo, lo cual se manifestará en una real modificación estructural de las funciones psíquicas. Tal modificación, indiscutiblemente, considera el aspecto evolutivo del sujeto y, por supuesto, su estado de desarrollo actual. Al respecto Castro Alegret (1999:15), afirma que “los miembros adultos de la familia plantean al niño en cada edad una serie de exigencias históricamente formadas”.

Sin embargo los resultados de este proceso no siempre apuntan hacia una dirección positiva, indicadora del bienestar bio-psico-social del individuo; muchas veces, el desarrollo personológico del niño encuentra exigencias que sobrepasan su capacidad adaptativa y que pueden favorecer la aparición de señales, desviaciones del desarrollo o trastornos psíquicos, pudiendo reconocerse así, la influencia del sistema familiar en la génesis y manifestación de múltiples alteraciones emocionales que devienen en diferentes etapas evolutivas, repercutiendo negativamente en el estado de salud mental de los infantes.

Es precisamente aquí, donde se hacen indispensables los esfuerzos dirigidos a la atención clínica por parte de los profesionales de la Psicología Infantil, donde se la plantean constantemente retos prácticos que le obligan a profundizar teóricamente en los fundamentos de la ciencia; y a buscar alternativas más eficaces tanto en la actividad diagnóstica, interventiva como preventiva. (Guerra M. V., 2001)

1.3- Particularidades psicológicas del niño portador de Neoplasia.

Desde décadas atrás se descubrió que el cáncer ha afectado a millones de personas. Se dice que fue reconocido por los egipcios como enfermedad desde 1500 años A.C. Su incidencia varía con el sexo, raza, edad, situación geográfica y grupo socio-económico.

En lenguaje médico, neoplasia significa “crecimiento nuevo” y generalmente se refiere a un tumor. Una neoplasia, según lo definió Robbins (1996), es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento es excesivo e incordiando respecto al tejido normal. Un hecho fundamental en el origen de toda neoplasia es la pérdida de la capacidad de respuesta a los controles normales del crecimiento. (Robbins, S.L. y Kumar, V. 1996, pags. 496 a 499)

En nuestros días la neoplasia o cáncer constituye un serio problema de salud para la humanidad, debido a las altas tasas de incidencia y mortalidad que presentan en todo el mundo y a los problemas que genera de orden psicológico, familiar, laboral y económico, entre otros”. (Knapp, 2005, p.124)

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera el cáncer como la primera causa de muerte a nivel mundial, siendo en el año 2002, de 7.1 millones el número de muertes por algún tipo de cáncer, lo cual representa el 12.5 % de las muertes totales y mundiales anuales. (Rodríguez, M., 2007)

La neoplasia infantil es la segunda causa de muerte entre los niños después de los accidentes, su aparición esta comprendida entre 1 y 14 años de edad, considerándose una enfermedad crónica. Las estadísticas muestran que cada año más de 160.000 niños son diagnosticados con cáncer, aunque se ignora el número exacto de casos nuevos al año, ya que en muchos países no existe un registro de pacientes con cáncer. (La Vecchia C y Bosetti C. 2005)

La neoplasia más comun en niños es la leucemia (1 de cada 3 cánceres infantiles), sobre todo la leucemia linfoblástica aguda, más frecuente en niños de 2 a 8 años. A continuación, con menor incidencia, vienen los tumores cerebrales, más frecuentes entre los 5 y 10 años, neuroblastomas, tumor de Wilms que afecta a las células del riñón o linfoma Hodking y tumores óseos.

Los avances en los tratamientos médicos han incrementado el número de niños con neoplasia que sobreviven a su enfermedad. Antes de los años 50, la duración media de vida de un niño diagnosticado de leucemia era de 19 semanas y únicamente el 2% sobrevivían más de 52 semanas. Sin embargo, hoy en día se ha alcanzado una tasa actual de supervivencia de niños oncológicos de alrededor del 70%, considerándose que uno de cada 900 jóvenes que cumplen actualmente los 20 años de edad, es un superviviente de neoplasia infantil. (La Vecchia C y Bosetti C. 2005)

En Cuba hay más de 100 mil personas con algún tipo de neoplasia y aparecen cada año más de 25 mil nuevos casos. En cuanto a la mortalidad se sitúa en la segunda causa de muerte ante de los 74 años y es la causa que más afecta la esperanza de vida del cubano al nacer. (Gutiérrez, O., 2002)

En la provincia de Villa Clara, la morbilidad por cáncer en el sexo masculino en el 2007, fué de 1497 y en el sexo femenino de 1369, con un total de casos con cáncer de 2866 y con una tasa de 353.9 por cada 100 000 habitantes (Anuario Estadístico de Salud, 2008).

En el caso específico del cáncer infantil en la provincia de Villa Clara la tasa de incidencia es 99,4 por 100 000 habitantes menores de 15 años, las misma varía de acuerdo al tipo de cáncer, coincidiendo con el patron latinoamericano de presentación, constituida por las leusemias, linfomas y tumores del sistema nervioso central. Siendo mayor en los niños menores de 5 años y en el sexo masculino. Existiendo 8 municipios con

tasas por encima de la media, entre ellos: Corralillo, Caibarien y Santo Domingo. (Reyes R. 2007)

La Tasa de Mortalidad acumulada es de 29,7 por 100 000 habitantes menores de 15 años, siendo las leusemias, los tumores del sistema nervioso central y los linfomas los que mayor número de fallecidos aportaron. Así también la mortalidad es mayor entre los niños de 5 y 9 años y en el sexo masculino. resaltándose 5 municipios por encima de la media, en los que figuran: Corralillos, Placetas y Quemados de Guines. (Reyes R. 2007)

La probabilidad de sobrevivencia no es diferente a ninguna de las variables estudiadas. Los pacientes viven en una medida de 7 años, con una tasa de supervivencia global del 70,1% (Reyes R. 2007)

Por otro lado se puede apreciar que el enfermo oncológico siente los síntomas físicos de la enfermedad y del tratamiento, como son los vómitos, náuseas, pérdida de peso o fatiga, pero también se ve afectado por sus repercusiones psicológicas, estas se verán de forma más expresiva en los niños. (Méndez X., Orgilés M., López-Roig S., y Espada JP.2004)

El niño diagnosticado con cáncer se enfrenta a un amplio espectro de emociones: miedo, ira, soledad, depresión o ansiedad.

Su nivel de desarrollo va a determinar la naturaleza del impacto emocional del cáncer y las estrategias que empleará para afrontar la enfermedad.

Al conocer el diagnóstico, los niños suelen preguntarse si van a morir y, en función de su edad, lograrán comprender en mayor o menor medida la enfermedad y verbalizar sus sentimientos y sus miedos.

Según los resultados de un estudio prospectivo, inmediatamente después del diagnóstico los niños con cáncer experimentaron más ansiedad,

dependencia, llantos y problemas de sueño, y sus padres más ansiedad, tensión e insomnio que la población general. (Méndez X., Orgilés M., López-Roig S., y Espada JP. 2004)

Los niños más pequeños manifiestan principalmente su preocupación por el dolor y el miedo a separarse de sus padres y de su entorno durante las hospitalizaciones.

En los más mayores surgen sentimientos de soledad si la enfermedad no les permite participar en sus actividades diarias. El miedo a la muerte y el estrés debido a los posibles cambios físicos que pueden experimentar son más comunes en los adolescentes. (Méndez X., Orgilés M., López-Roig S., y Espada JP. 2004)

Spinetta y Irvin E. (1974), señala que cuando el niño es consciente de la gravedad de la enfermedad, se asocia con un incremento de ansiedad. Se ha demostrado que los niños con cáncer experimentan significativamente más ansiedad relacionada con la gravedad de su enfermedad, que los niños con enfermedades crónicas no fatales o que acuden a revisiones periódicas de salud, incluso aunque esta preocupación no siempre pueda tomar la forma de expresiones abiertas sobre la muerte.

Barreto Martín P. (1.993), argumenta que este proceso no está relacionado directamente con la edad del niño, sino que está en función de la experiencia del niño con la enfermedad y el tratamiento.

También Die- Trill; M. (1.993), expresan que el niño con cáncer experimenta más ansiedad con el progreso de la enfermedad y con cada visita clínica: niños a quienes nunca se ha comunicado su diagnóstico se dan cuenta de la ansiedad que existe en aquellos que los rodean.

La falta de información puede producir tensión en el niño y fantasías perturbadoras para él. Igualmente Grau Rubio C. (1998), establece que el aumento de ansiedad hace que el niño tenga mayor tendencia a tener problemas psicosociales. Así mismo, concluye que sólo los niños

mayores revelan ansiedad o depresión relativa a su muerte inminente. El niño menor de 6 años de edad está más temeroso de la lesión física y la mutilación. En este camino Grau Rubio C. (1999), ha comparado un grupo de niños con enfermedades fatales, incluyendo leucemia, y enfermedades no fatales, encontrando un 40% de predominio de alteraciones psiquiátricas, en el grupo de enfermos con una enfermedad fatal, frente a un 8% en el grupo de enfermos con enfermedad no fatal.

De la misma forma, la relación entre el miedo a la muerte y la separación es evidente. Bayes Sopena R. (1993), observa en niños con malignidades una ansiedad de separación extrema con un comportamiento regresivo, el cual produce una relación simbiótica con las madres que anteriormente no existía.

Con el progreso de la medicina, la inminencia de la muerte es reemplazada por una supervivencia incierta. Aunque los niños en remisión indican que han vencido la amenaza de la muerte, parece que no se disipa la ansiedad asociada a ella. Esta incertidumbre crónica sobre la recaída y supervivencia es la que plantea una amenaza importante para la vida del niño con cáncer (Castaño, A., Lorenzo, L., Perucha, P. , Garcia M. Y Gutierrez, I. 1993).

A lo largo del tratamiento, el niño con neoplasia debe exponerse a procedimientos potencialmente estresantes, como la radioterapia, quimioterapia o extracciones de sangre, que en ocasiones se han considerado incluso más dolorosos que la propia enfermedad.

Por ello, también es común que se generen en ellos comportamientos negativos extremos, gritos, oposición, resistencia general y poca colaboración con el personal sanitario, lo que puede dificultar la adherencia al tratamiento.

Los trastornos del sueño y/o la fatiga son frecuentes en niños que padecen la enfermedad del cáncer. El dolor puede alterar su ritmo de sueño, como también las preocupaciones y el miedo por la enfermedad o

la ansiedad por su futuro. La fatiga puede deberse a problemas de anemia o desnutrición. (Cuellen K. 1.993)

En ocasiones, el niño incluso puede manifestar ansiedad anticipatoria ante los procedimientos médicos, manifestada por náuseas, erupciones cutáneas, insomnio o llantos. (Cuellen K. 1.993)

La intervención quirúrgica es un estresor muy importante, siendo los momentos potenciales de estrés: la preparación del paciente ante la cirugía, el traslado al quirófano, la separación de los padres, la entrada al quirófano, la anestesia, el despertar y la recuperación post-quirúrgica

Estos procedimientos recurrentes plantean un problema importante en la adaptación al cáncer en la niñez, la cual puede manifestarse con diferentes síntomas como pesadillas, insomnio, anorexia, retraimiento y depresión. (Cuellen K. 1.993)

Junto a la ansiedad, el niño puede mostrar un estado de ánimo bajo, lo que le hace sentirse con pocas fuerzas para afrontar la enfermedad. La depresión se puede manifestar en el paciente oncológico con llantos frecuentes, tristeza, irritabilidad, aislamiento, falta de interés por las actividades de juego, problemas de sueño, etc., síntomas que pueden constituir un indicador para ayudar a los padres y al personal sanitario a detectar en el niño un estado depresivo.

Los niños que sufren el tratamiento del cáncer pueden experimentar un número de cambios corporales, que pueden ser reversibles, tales como: ganancia o pérdida de peso, pérdida de pelo, úlceras bucales e incluso psicosis aguda, o permanentes: tales como amputación, esterilidad, daño cerebral orgánico y anormalidades esqueléticas. (Terselich, G. y Palomino, T. 2002).

El impacto de desfiguraciones visibles, especialmente la pérdida de pelo ha recibido una considerable atención en la literatura. El cambio en la imagen física es un recordatorio constante para el niño con cáncer, de que él o ella es diferente a otros niños. Hay un número de autores que

expresan su preocupación por la pérdida no potencial de autoestima inducida por los cambios en la imagen corporal (Emily Harris Canning, M.D.; Suzanne B. Hanser Ed.D.; Kathryn A. Shade; Y W. Thomas Boyce, M.D. 1992).

Así mismo, Mark A. Chesler (1991), subraya, que una falta de autoconfianza como resultado de la apariencia física, podría llevar a un comportamiento regresivo, retraimiento de los compañeros, miedo a ir al colegio, afectándose así las adaptaciones emocionales y el desarrollo académico y contribuir a la aparición de problemas en sus relaciones sociales.

De esta manera, el consecuente daño a la autoestima que se deriva de la frustración de las mas diversas expectativas de realización en la actividad escolar, sobre todo en los niños mayores aparecen vivencias de desarraigo cuando se dificulta o imposibilita el retomo a la vida escolar. Es esto lo que justifica que a lo largo de las investigaciones realizadas, se compruebe que prácticamente todos los niños en el período de su enfermedad, hospitalizados o no, refieren una preocupación importante por no poder asistir a la escuela, muy asociado al temor de perder el curso escolar. (Grau Rubio, C., 2001)

El niño debe afrontar los efectos secundarios de los tratamientos, La enfermedad también implica un complejo conjunto de estresores y pérdidas, de modo que el desarrollo del niño tiene lugar bajo unas condiciones atípicas. Así el paciente experimenta las siguientes reacciones emocionales:

- Incertidumbre
- Pérdida de control
- Amenaza a la autoestima
- Emociones negativas

- Inhibición emocional

Ante la recaída siempre supone un nuevo impacto emocional para la familia, ya que conlleva un empeoramiento del pronóstico y que los tratamientos hasta ahora aplicados no han conseguido controlar la enfermedad. Se agudizan por tanto los problemas psicológicos y existe riesgo de que se cronifiquen las reacciones desadaptativas al estrés. (Bleyer, W.A 1990)

Pueden aparecer:

- Estados de angustia
- Estrés crónico
- Síntomas ansiosos y depresivos
- Problemas de manejo del comportamiento del niño.

Es importante considerar las necesidades de información, con el fin de puedan realizar una adecuada toma de decisiones, en el caso de que la situación lo requiera. También conviene valorar posibles temores y preocupaciones que puedan derivar en un estado de diestrés psicológico que impida prestar el apoyo adecuado al niño.

Reacciones comportamentales de los niños:

Especialmente el cansancio, náuseas y vómitos, y la alopecia que interfieren de forma negativa en sus relaciones interpersonales y actividad escolar. (Bleyer, W.A 1990).

- Respuestas somáticas
- Reacción fóbica ante procedimientos invasivos
- Mutismo
- Problemas Comportamentales

En la fase terminal se caracteriza porque el niño es consciente de su deterioro y su relación con la muerte está en función de su estadio de desarrollo y la adquisición del concepto de muerte. Las reacciones emocionales también estarán condicionadas por su madurez cognitiva. Generalmente las más comunes son: (Bleyer, W.A 1990).

- Progresiva desconexión del entorno
- Astenia
- Síntomas de ansiedad y depresión
- Inhibición emocional
- Miedo

De modo particular, por su significativa incidencia en los niños, la Neoplasia de tipo linfoma (tanto Hodgkin como no Hodgkin [LNH]), ocupa el tercer puesto entre los cánceres más comunes de la niñez, y el LNH representa aproximadamente un 7% de los casos de cáncer en niños y jóvenes menores de 20 años. La incidencia es de aproximadamente 10 casos por cada millón de habitantes por año. (Lones MA, Perkins SL, Sposto R, et al, 2002)

A pesar de que no hay una edad específica de mayor ocurrencia, el LNH ocurre más frecuentemente en la segunda década de vida y no es muy común en niños menores de 3 años. La incidencia del LNH está aumentando en sentido general y existe un ligero aumento entre las personas de 15 a 19 años de edad; sin embargo, la incidencia de LNH en niños menores de 15 años de edad ha permanecido constante a través de las últimas décadas. (Lones MA, Perkins SL, Sposto R, et al, 2002)

La incidencia de LNH es más alta en los niños de raza blanca, y es más común en hombres que en las mujeres.

Con los actuales tratamientos, alrededor de 80% de los niños y adolescentes con LNH, sobrevivirán por lo menos cinco años, aunque los

resultados varían dependiendo de varios factores. El factor de pronóstico más importante, dado que la terapia sea óptima, es el grado de la enfermedad presente en el momento del diagnóstico determinado mediante la clasificación previa al tratamiento. Los pacientes con enfermedad localizada (tumor extra abdominal y extratorácico o con resección total de un tumor intraabdominal), tienen un pronóstico excelente (aproximadamente 90% de supervivencia a 5 años), independientemente de su histología. (Percy CL, Smith MA, Linet M, et al, 1999)

La diferencia de este tipo de cáncer con respecto al adulto, es que aparece en época de crecimiento y normalmente se relaciona con la formación de tejidos, pudiendo alterar la evolución normal del desarrollo del niño tanto por la enfermedad como por la terapia agresiva a la que será sometido.

La palabra **linfoma** hace referencia a la neoplasia, que se origina en los tejidos linfáticos del cuerpo. Los tejidos linfáticos incluyen los ganglios linfáticos, el timo, el bazo, las amígdalas, las adenoides y la médula ósea, así como los canales (denominados "vasos linfáticos"), que los conectan. Si bien muchos tipos de cáncer se extienden con el transcurso del tiempo a algunas partes del sistema linfático, los linfomas son diferentes porque se originan directamente allí. (Sandlund JT, Downing JR and Crist WM 1996).

Los linfomas no Hodgkin (NHL por sus siglas en inglés), son tumores de los ganglios linfáticos periféricos, el timo o los órganos abdominales, como los intestinos, aunque pueden presentarse en otros sitios. Estos tumores difieren substancialmente de los linfomas observados en los adultos. En los niños, el NHL puede comportarse de manera similar a la leucemia aguda, ya que ambos tipos de cáncer pueden comprometer la médula ósea, la sangre, la piel y el sistema nervioso central. (Sandlund JT, Downing JR and Crist WM 1996)

En el caso del linfoma no Hodgkin, hay un crecimiento maligno de tipos específicos de linfocitos (un tipo de glóbulo blanco que se acumula en los ganglios linfáticos). El crecimiento maligno de los linfocitos también aparece en una de las formas de la leucemia (leucemia linfocítica aguda o LLA), lo cual, en ocasiones, dificulta la distinción entre el linfoma y la leucemia en niños. En general, en las personas que padecen linfoma, la médula ósea se ve mínimamente comprometida o no es afectada en absoluto. Por el contrario, en quienes padecen leucemia la médula ósea se encuentra bastante comprometida. (Cairo MS, Gerrard M, Sposto R, et al, 2007)

Los signos posibles del linfoma no Hodgkin infantil incluyen problemas respiratorios y ganglios linfáticos hinchados. (Pinkerton, CR. 1999)

Estos, y otros síntomas, pueden ser producidos por el linfoma no Hodgkin. Otros trastornos pueden causar los mismos síntomas. Debe consultarse a un médico ante la aparición de cualquiera de los siguientes problemas:

- Falta de aliento.
- Dificultad para respirar.
- Sibilancia.
- Sonidos respiratorios de tono agudo.
- Inflamación de la cabeza o el cuello.
- Problemas para tragar.
- Inflamación sin dolor de los ganglios linfáticos del cuello, la axila, el estómago o la ingle.
- Fiebre sin causa conocida.
- Pérdida de peso sin causa conocida.
- Sudores nocturnos.

Para detectar (encontrar) y diagnosticar el linfoma no Hodgkin infantil, se utilizan pruebas que examinan el cuerpo y el sistema linfático. (Pinkerton, CR.1999)

Tanto en el momento de la detección y diagnóstico, como en el curso de toda la evolución de la enfermedad, es fundamental la postura y actitudes de la familia en particular de los padres.

1.4- Reacciones emocionales de los padres de niños portadores de Neoplasia.

De especial interés en la problemática del niño diagnosticado como portador de una Neoplasia, lo es sin lugar a dudas, las actitudes y reacciones emocionales que adoptan los padres; estas posturas paternas se van a ver reflejadas inmediatamente en el funcionamiento y reacciones del pequeño.

Gómez Sancho M (1998), describe las reacciones por las que atraviesan los individuos durante el proceso de ajuste a la idea de muerte:

- **Incredulidad-negación:** En el período inicial después del diagnóstico, algunas veces los padres dudan de la exactitud de lo que se les está diciendo. Su hijo no parece estar tan enfermo como para tener una enfermedad tan grave. Pueden dudar si se trata de un error del laboratorio o si los resultados de las pruebas son en realidad los de otro niño. Puede ser que quieran verificar las credenciales del personal médico o del centro médico. Si la determinación de un diagnóstico se torna difícil, es posible que duden si el personal médico es tan competente como debiera ser. Es posible que decidan buscar una segunda opinión. La incredulidad o negación inicial, al igual que el impacto emocional, pueden minimizar el sufrimiento. Es una forma de los padres de ganar tiempo para adaptarse a la realidad inquietante del diagnóstico de su hijo y para confirmar que el niño recibirá el tratamiento necesario y adecuado. Únicamente surge un problema cuando la negación de los padres retrasa el tratamiento oportuno.
- **Sentimiento de culpa:** Una vez que los padres aceptan que su niño o adolescente sí tiene cáncer, surgen los sentimientos de culpa.

Los padres tienen la enorme responsabilidad de proteger a su hijo contra daños y peligros.

Al principio se pueden preguntar qué pudieron haber hecho para contribuir a que su hijo haya sido diagnosticado con esta enfermedad que amenaza su vida. Las madres algunas veces se preguntan si hicieron o dejaron de hacer algo durante el embarazo que pudo haber hecho la diferencia. Un antecedente de cáncer en la familia puede ocasionar que se piense que uno de los padres tiene genes "malos". Pueden cuestionar el grado de seguridad del lugar en donde viven, el agua que utilizan, o pueden tener dudas acerca de las toxinas en el ambiente o en su propia casa, a las cuales ellos pudieron haber expuesto a su hijo. Les preocupa si algo relacionado con sus ocupaciones pudiera haber causado el cáncer.

- Enojo: El hecho de que el cáncer amenaza la vida de un niño inocente provoca el enojo de los padres ante las crueldades e injusticias de la vida. Cuando uno de nuestros seres queridos se enferma, aunque sea una enfermedad leve, parece natural que nos defendamos y busquemos a quién echarle la culpa. Los padres se preguntan por qué tiene que ser su hijo el elegido. Algunas veces su enojo va dirigido hacia los médicos que les comunican el diagnóstico y les describen la complejidad del tratamiento. En otros casos es Dios el objeto de su ira al cuestionar un mundo en el que los niños se enferman, sufren y mueren. Los padres también sienten rabia por las experiencias que saben que su hijo tendrá que enfrentar: pruebas de diagnóstico y los procedimientos invasivos. La frustración diaria de tener que lidiar con un enorme y complejo sistema de cuidados de salud, en un ambiente extraño y con numerosos médicos es también motivo de enojo periódico.

Los padres pueden sentirse enojados el uno con el otro por cuestiones pasadas o presentes que ahora complican el tratamiento de su hijo. El enojo también podría dirigirse a familiares o amigos que hacen

comentarios imprudentes o que están demasiado ocupados para proporcionar algún apoyo. Algunas veces los padres sufren al descubrir que están enojados hasta con su hijo, cuya enfermedad está causando tantos problemas para toda la familia o que no coopera con los médicos y enfermeras. Algunos ocultan su enojo o hasta niegan que sienten coraje, ya que consideran que expresar tales sentimientos "no es correcto" o que es destructivo. Otros expresan su enojo de manera explosiva y hostil y culpan a alguien en particular. En vista de que los padres y los médicos deben trabajar juntos para ayudar al niño o adolescente a lidiar con el cáncer y su tratamiento, es importante encontrar la manera apropiada de expresar su enojo y resolver las quejas que sean válidas.

Especial atención merecen en este contexto a aquellos comportamientos y actitudes que pueden agravar el problema, convirtiéndose en alteraciones patológicas, si no reciben tratamiento específico, todo lo cual pueden afectar el curso de la enfermedad. Los comportamientos en este sentido más frecuentes son: (Barahona C. T., 1999)

- Cuando se observan conceptos erróneos e ideas irracionales en torno al cáncer, a pesar de recibir la información oportuna.
- Cuando la ansiedad y la angustia de los padres es difícil de manejar para ellos, y pueden interferir en la relación con el niño, de modo que se transmiten al paciente incrementando sus temores y entorpeciendo su colaboración.
- En el caso de que persistan dificultades de comprensión y/o se realice una interpretación inadecuada de los aspectos de la enfermedad o los tratamientos. Ello puede desencadenar ansiedad y temor, por ejemplo, en el caso de confundir los efectos secundarios de los tratamientos con signos de empeoramiento de la enfermedad.
- Cuando los padres son reacios a comunicar el diagnóstico al niño, generalmente por el temor tan intenso que el cáncer genera en

ellos mismos, pueden sentirse incapaces de poder informar al niño.

- Si observamos comportamientos incoherentes hacia el paciente que le transmitan inseguridad y falta de percepción de control sobre su enfermedad. Por ejemplo, si, se informa que su enfermedad es una "anemia", en lugar de leucemia, y en cambio los gestos de preocupación y conductas parentales son tales que indican al niño de forma no verbal que algo muy grave le ocurre.
- Los padres también dicen sentirse culpables por no haber prestado suficiente atención a los síntomas que presentaba el niño. Se preocupan de no haber buscado atención médica inmediata o de no haber exigido que un especialista viera a su hijo al persistir los síntomas. Los sentimientos de culpa parecen ser universales y es normal tratar de entender las causas de un problema. Sin embargo, actualmente, no se sabe qué es lo que causa la mayoría de los cánceres. Los padres no son responsables de causar el cáncer de su hijo. Además, la mayoría de los niños son diagnosticados y empiezan el tratamiento oportunamente. Es necesario aliviar los sentimientos de culpa hablando sobre las preguntas que los padres puedan tener. Es importante no dejar que los sentimientos de culpa distraigan a los padres de todas las tareas que tienen que enfrentar cuando su hijo tiene cáncer.
- Tristeza-sensación de depresión: La tristeza y la sensación de depresión son reacciones normales y comprensibles de los padres ante el diagnóstico de cáncer de su hijo. Todos los padres esperan y sueñan que la vida de su hijo sea saludable, feliz y sin problemas. El cáncer y su tratamiento posponen ese sueño. Es normal que los padres se sientan tristes por la pérdida de sus esperanzas.

- Sobreproteger al niño, restringiendo actividades necesarias para su desarrollo.
- Centrar la vida alrededor de la enfermedad, dejando de realizar actividades gratificantes.
- Disponer de un exceso de información médica, que pueda crear estados de angustia.
- Mostrar actitud de desconfianza con el tratamiento médico, lo que tiene serias repercusiones para el paciente.

En ese sufrimiento experimentan sentimientos de desesperación por la recuperación de su hijo. También sienten tristeza al pensar en los días difíciles de tratamiento que tienen por delante. La intensidad de sus sentimientos por lo general va de acuerdo con el pronóstico que se le ha dado a su hijo, pero puede también ser reflejo del temperamento y personalidad individual. Un padre puede ser más optimista por naturaleza, mientras que otro puede reaccionar de manera más pesimista a cualquier problema en su vida. Los padres pueden tener dificultad para comer o dormir. Puede ser que les falte la energía que necesitan para realizar las tareas diarias de rutina o para enfrentarse a todo lo que se espera de ellos ahora que su hijo tiene cáncer. Los padres a menudo dicen sentirse agobiados por la gravedad del diagnóstico de su hijo. Lamentablemente no se puede evitar que los padres tengan estos sentimientos dolorosos y desagradables y los experimentarán en distintos períodos durante la enfermedad de su hijo. (Share L., 1972)

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO.

2.1 Selección de la Muestra.

La muestra fue tomada de los pacientes del Servicio de Hematológica del Hospital Infantil “José Luís Miranda” de Santa Clara. Los criterios de selección que seguimos en la configuración del grupo muestral, fueron los siguientes:

- Niños diagnosticados con Neoplasia Linfoma No Hodking, que se encontraran, en el estadio I y II de la enfermedad.
- Los niños comprendidos entre las edades de 8 a 11 años edad, de manera que se encontraran en la misma etapa de desarrollo personalógico.
- Que los niños no fueran portadores de alteraciones o trastornos psiquiátricos para evitar la interferencia de una variable que viciara los resultados.
- Que los niños no padecieran de otra afectación orgánica buscando la precisión en la muestra, de acuerdo con nuestro problema científico.

Además de estos criterios se tuvo en cuenta, por supuesto, el consentimiento explícito de los padres, la disposición del propio niño y la autorización del personal médico.

El grupo quedó conformado por siete niños, los mismos se encuentran denominados por seudónimos, para facilitar su identificación, finalmente la muestra se encuentra compuesta de la siguiente forma:

Niños	Sexo	Edad	Procedencia
“Panchito”	M	10	Santa Clara
“Nachito”	M	9	Santa Clara
“Lalito”	M	8	Ranchuelos
“Nandito”	M	11	Las Minas
“Pepito”	M	11	Quemado de Güines
“Princesita”	F	11	Santa Clara
“Lulu”	F	9	Camajuaní

2.2- El Método de Estudio de Caso:

Los estudios de caso como método de investigación pueden proveer las herramientas para realizar una investigación a profundidad. De acuerdo con Punch (1998), citado en Lucca & Berríos (2002), hay tres maneras en que los estudios de caso hacen una importante aportación: a) se puede derivar un aprendizaje profundo del caso por su naturaleza única, b) es el mejor camino para comprender problemas, que no han podido comprenderse mediante el uso de otra metodología; y c) pueden contribuir con otras formas de investigación cuando se usa en forma exploratoria.

Cuando nos referimos a los estudios de caso como método en la investigación, existen múltiples definiciones. Goetz & Lecompte (1988), lo define como el inquirir sistemático de un evento o grupo de eventos relacionados que tienen como objetivo describir, explicar y ayudar en el entendimiento del fenómeno bajo estudio. Por lo tanto, la unidad de análisis puede variar desde un individuo hasta un grupo de ellos.

También es definido como el examen de un fenómeno en específico, tales como un programa, un evento, una persona, un proceso, una institución o un grupo social (Merriam, 1988). El investigador Robert K. Yin, lo define como un diseño empírico que investiga un fenómeno social contemporáneo dentro del contexto de la realidad social.

El estudio de caso ha sido utilizado para desarrollar, construir o refutar teorías; explicar situaciones, para la búsqueda de soluciones o simplemente explorar o describir un fenómeno bajo estudio. Varios investigadores lo han utilizado en disciplinas como la psicología (Bromley, 1986), sociología (Yin, 2002), educación (Stake 1995), en estos casos han utilizado al individuo como la unidad de análisis y el estudio de caso como herramienta para interpretar a profundidad el comportamiento que exhiben. También se reconoce la importancia de los

estudios de caso en la medicina y la tradición que su uso tiene en el campo de la Psicología Clínica.

Lucca & Berríos (2002), destacan que mediante la utilización de los estudios de caso, Jean Piaget y Sigmund Freud pudieron desarrollar la valiosa aportación que legaron al mundo.

Los datos que se utilizan en el estudio de caso según Yin (2002), provienen mayormente de documentos, entrevistas, observaciones directas, observación participante y artefactos relacionados. Es decir los datos pueden ser obtenidos desde una variedad de fuentes, tanto cualitativas como cuantitativas (Chetty, 1996).

No existe un formato aceptado por unanimidad para reportar los resultados del estudio. Por tanto, el investigador debe diseñar un esquema básico de lo que será el reporte del estudio de caso, el cual facilita la obtención de evidencias.

Yin (1989:29), recomienda la utilización de múltiples fuentes de datos y el cumplimiento del principio de triangulación para garantizar la validez interna de la investigación.

Se requiere la aplicación de distintos instrumentos de recolección de información, tales como: entrevista personal no estructurada, entrevista personal estructurada, encuestas por cuestionarios, observación directa estructurada, observación directa no estructurada, revisión de documentos y de datos estadísticos relacionados con el fenómeno estudiado, entre otros.

En este método lo principal es generar una comprensión del problema de investigación, en lugar de forzar los datos dentro de una lógica deductiva derivada de categorías o suposiciones. (Jones, 1985:25).

Por lo tanto, es importante que los datos sean analizados en forma inductiva, guiado por la literatura inscrita en el marco teórico de la investigación. (Eisenhardt. K. M.1989)

El método de estudio de caso es una estrategia metodológica de investigación científica, útil en la generación de resultados que posibilitan el fortalecimiento, crecimiento y desarrollo de las teorías existentes o el surgimiento de nuevos paradigmas científicos; por lo tanto, contribuye al

desarrollo de un campo científico determinado. Razón por la cual el método de estudio de caso se torna apto para el desarrollo de investigaciones a cualquier nivel y en cualquier campo de la ciencia.

La investigación se conducirá bajo el enfoque del principio de la Patopsicología, de la unidad de lo cualitativo y cuantitativo, por lo cual procederemos inicialmente a un estudio de caso, para posteriormente observar las regularidades que se expresan comunes en el grupo de niños.

2.3 Presentación de los Instrumentos.

Por consiguiente, para alcanzar los objetivos propuestos, en los estudios de caso de la presente investigación, se utilizaron las siguientes pruebas psicológicas:

- Análisis psicológico de la historia vital.
- Test del completamiento de frases (variante infantil).
- Dibujo de la familia.
- Viajando con mi familia.
- Informe Escolar.
- Ficha de observación.
- Cuestionario para explorar la ansiedad infantil.

Análisis Psicológico de la Historia Clínica:

En 1976 Zeigarnick, propuso el método del análisis psicológico de la historia clínica, para el estudio de las alteraciones de la personalidad. Partiendo del principio de que la historia clínica, no sólo tiene carácter médico, sino también psicológico, ya que es ella donde se resume la historia personal.

Este tipo de investigación se ha venido utilizando en la Universidad Central de las Villas, satisfactoriamente en investigaciones con niños, adolescentes y adultos; desde fines de la época de los 70 y debido a no limitar su valoración con vistas al desarrollo del proceso morboso, sino incluir toda la vida del sujeto, se ha decidido, en lugar de la denominación anterior, nombrarla como “análisis psicológico de la Historia Vital”.

Objetivo: Recoger información acerca de la historia del desarrollo de los niños y sus alteraciones a partir del criterio de los padres y del propio menor.

Materiales: Hoja de papel con protocolo y lápiz. (Anexo 1)

Procedimiento: Después de la presentación inicial con el familiar y su aprobación para participar en la investigación, empezamos la recogida de información partiendo del modelo de la “Historia Vital”, previamente estructurado.

En el desarrollo del análisis psicológico de la historia vital, hemos partido de 4 etapas:

Etapas Inicial: Es la minuciosa familiarización con la historia vital del grupo de pacientes sometidos a estudio. Los datos que se recogen en esta anamnesis, no deben ser informaciones fragmentadas sobre uno u otro síntoma, sino informaciones relacionadas entre sí acerca de las alteraciones de la personalidad.

Segunda Etapa: Comparación detallada de la historias clínicas ya estructuradas sobre la base de la focalización de las alteraciones de la personalidad; esta etapa se caracteriza por la síntesis de todos los momentos axiales fundamentales por los que pasan la mayoría de los casos estudiados. *Tercera Etapa:* Es la clasificación de los datos obtenidos en conceptos de la ciencia psicológica.

Cuarta Etapa: Es la elaboración del modelo psicológico de la información del fenómenos clínico, ya que la esencia propiamente psicológica, sólo puede descubrirse, si conocemos sobre que regulaciones psicológicas, que componentes psicológicos lo mueven y cuáles de estos forman. (Anexo2)

Test del Completamiento de Frases:

El test de completamiento de frases como todas las técnicas proyectivas tiene como propósito penetrar la personalidad del sujeto, su individualidad. De modo que la técnica actúa como agente catalizante, para provocar una reacción que exterioriza y expresa la personalidad del individuo, justamente porque no anticipa las intenciones del investigador y no exige ni requiere de una respuesta correcta. Esta característica de

las técnicas proyectivas interfiere en el control consciente del sujeto sobre su conducta, lo que origina respuestas que reflejan su propia individualidad.

Esta técnica proyectiva pertenece al grupo de técnicas de asociación frases-frases, la misma presenta numerosas versiones. Siendo una de las mas conocidas el Test de JB. Rotter, donde se muestran varias palabras que pueden ser completadas con otras por parte del sujeto y con ella terminan y dan sentido a una oración.

Dentro de las diferentes aplicaciones que se han hecho podemos citar a Jane Loevinger (Vega, 2003), quien creó en 1960 un instrumento basado en la técnica de frases incompletas para explorar inicialmente rasgos de personalidad de las madres en relación con la crianza de sus hijos, y de la mujer en general. Posteriormente, se dio cuenta que su instrumento medía también estadios estructurales del desarrollo del “Yo”. Esta autora describió las etapas considerando tres ejes: el control de los impulsos, el modo de relación interpersonal y las preocupaciones consistentes.

Esta técnica tiene como finalidad explorar la esfera afectivo-emocional, necesidades, aspiraciones, frustraciones y la jerarquía motivacional del sujeto. Además permite conocer si el sujeto presentó conflictos y en que áreas específicamente se localizan estos; a veces puede extraerse información acerca de los intereses motivos, etc. (citado por Portero, 1996).

Objetivo: Identificar aspecto de la esfera afectivo motivacional como los intereses, aspiraciones, necesidades, vínculos familiares, actividad escolar, relaciones interpersonales y conflictos.

Materiales: Se utiliza hoja de papel donde se estructura diferentes frases truncas. (Anexo3)

Procedimiento: Al niño se le entrega una hoja que contiene los ítems establecidos y se leen las instrucciones. Durante la realización de la prueba el experimentador observa las reacciones físicas, comentarios, etc.

Instrucciones: “Completa las siguientes oraciones con la primera idea que se te ocurra, no lo pienses mucho. No hay respuestas buenas ni malas”.

Calificación: La clasificación de las respuestas por ítems se realiza teniendo en cuenta el sentido de a positividad o negatividad de las esferas, familiar, escolar, relaciones sociales, personal y motivacional. Lo más importante es hacer un análisis basado en las mismas categorías en todos los casos para luego poder tener el mismo nivel de referencia en relación con las diferencias individuales.

Interpretación: Se realiza un análisis cualitativo de las respuestas ofrecidas por el niño.

Otras categorías no predefinidas y sugeridas por datos obtenidos.

Dibujo de la familia.

Este test ha sido utilizado por varios investigadores, sin que alguno de ellos haya expresado su origen y autoría. Empleándose en las investigaciones acerca de la familia, adaptándolo a los objetivos que se pretenden alcanzar.

Objetivo: Es diagnosticar el modo aproximado de cómo el niño expresa, mediante un dibujo, el lugar que tiene en su núcleo familiar y las relaciones afectivas que se han establecido con sus padres y otros miembros de la familia. Las vivencias que expresan en sus relaciones familiares. Así como evaluar otras situaciones conflictivas que interfieren en el plano psicológico.

Materiales: Es necesario el papel de 28x21 cm. y un lápiz de escribir, se recomienda ofrecer también, lápices de colores.

Procedimiento: Una vez culminado el dibujo por el niño; el profesional realiza una entrevista de re-test con el objetivo de constatar el por qué de las características pictóricas expresadas por él.

Instrucción: El investigador propone al niño la realización de la actividad haciendo uso de la siguiente frase: “*Píntate tú y tu familia realizando una actividad*”. Es importante dejar bien expuesta la consigna que se le da, solo se puede repetir la misma, sin destacar algo en ella. No se le

brindan niveles de ayuda al niño. El investigador deberá estar muy atento al modo en que el niño realiza el dibujo de su familia

Interpretación: Existen tres pasos para interpretar el contenido del dibujo: (Anexo 4)

1a- Las observaciones espontáneas del niño durante el dibujo, que deben anotarse.

2do- El conocimiento que tiene el niño, de su historia familiar, ya que alguno de estos datos, son indispensables para entender el dibujo.

3ro- Es el paso más decisivo y consiste en dirigir una serie de preguntas al niño para así averiguar sus relaciones con las personas dibujadas. El dibujo de la familia, como otras expresiones gráficas, es en verdad una prueba doble. Primero, el niño se expresa gráficamente con poco control, diciendo cosas que no puede decir con palabras. Pero después el niño usa el dibujo como material, como estímulo que produce una segunda fuente, esta vez verbal, de sus conceptos.

Algunas preguntas pueden usarse de forma fija y útiles para todos los casos (adaptados a la edad del dibujante).

Calificación: El análisis del tests es cualitativo, en función de los parámetros siguientes: (Anexo 4)

- *Miembros de la familia que incluye:* señalar a los miembros de la familia que pinta el menor.
- *Orden en que pinta las figuras:* La primera persona pintada es aquella a la que el niño le da mayor importancia.
- *El tamaño de la figura que dibujan:* será pintada tanto más grande cuanto mayor sea su acercamiento afectivo.
- *La calidad del trazo:* mientras más cuidado demuestre en su presentación mayor será su compromiso afectivo, de naturaleza afectiva.
- *Lugar en que se coloca el dibujo en la hoja:* el cuadrante superior derecho es el reservado para la mejor figura.
- *Lugar que ocupa la figura del niño en relación con las otras, posición en que se pinta el niño:* el niño se pintará al lado de los familiares más significativos para él. El que tiene a la derecha es el más importante.

- *Cuando encuadra la figura (las encierra en recuadros):* significa que separa las relaciones afectivas entre ellas.
- *La actividad que realizan cada miembro de la familia. Tipo, forma y dinámica de actividad que realizan:* esta puede corresponder a situaciones reales o imaginadas. Si es una sola actividad en la que todos intervienen, resulta fácil concluir que existe buena armonía familiar. Es importante destacar cuál es la actividad que realizan.
- *Las figuras excluidas, omisiones:* son en realidad rechazadas.
- ***Si el niño se excluye del dibujo realizado por él:*** denota que su grado de integración familiar es bien pobre.
- *Si el niño se pinta sobre el borde inferior de la hoja:* será signo de búsqueda de apoyo y seguridad.
- *Si las figuras se pintan a distintos niveles:* hay desorganización en la familia y los niveles superiores corresponden a los miembros de la familia considerados más importantes.
- *Figuras mutiladas:* indagar razones de la mutilación.
- *Figuras escondidas dentro o detrás de objetos:* algo impide el acercamiento afectivo. Indagar.
- *Elaboración de cada figura:* las figuras más elaboradas denotan cercamiento afectivo.
- *Estructura del dibujo.*

Debe tenerse en cuenta la literalidad del infante en algunos de los indicadores expresados con anterioridad.

En general se valoran las vivencias que el niño exprese sobre el modo en que se han establecido los vínculos afectivos que mantienen en su núcleo familiar, así como aquellos aspectos que más se destaquen en las relaciones, y que él, o bien ha manifestado en su dibujo, o bien lo expresa a partir de las preguntas del investigador.

El tests puede brindar más posibilidades de análisis, si se le orienta al niño el empleo de colores.

Viajando con mi familia.

La técnica Viajando con mi familia empezó a elaborarse en 1994 por la Doct. Vivian Guerra Morales y colaboradores, del Departamento de Psicología de la Universidad Central de Las Villas, obteniéndose su versión final en 1997. La misma tiene como fin fundamental aportar información a la evaluación de algunas variables del funcionamiento familiar (jerarquía, comunicación, roles y estilos educativos), desde una perspectiva infantil.

Objetivo: Evaluar el funcionamiento familiar y su repercusión en el estado actual del niño.

Materiales:

- Láminas de 16 x 10 cm., 14 de ellas representan diferentes miembros de la familia y dos representan animales domésticos. Todas las láminas portan un maletín en su parte inferior izquierda. (Anexo 5)
- Juegos de 32 tarjetas de 3 x 2,5 cm. referidas a las variables anteriores.
- Lápiz y goma para borrar.
- Protocolo de recogida de datos. (Anexo 6)

Indicaciones para su aplicación: Esta técnica debe aplicarse individualmente, procurando que el niño esté tranquilo y cómodo, en condiciones adecuadas de iluminación, ventilación y privacidad que faciliten la relación empática con él, y así lograr mayor objetividad en los resultados.

Aunque las tarjetas fueron ordenadas por variables, no se recomienda seguir este orden durante la aplicación.

El examinador debe estar atento a todas las manifestaciones verbales y extraverbales que el niño expresa durante el desarrollo de la evaluación. Por ello se recomienda que se siente frente al niño y no a su lado.

Durante la aplicación no debe permitirse la presencia del adulto, sea o no familiar del niño. El tiempo promedio para la ejecución de la técnica

depende de la edad, los de 7 y 8 años consumen 30 minutos y para los de 9 y 10 años sólo es suficiente con 20 minutos.

Procedimiento: la técnica consta de cuatro etapas:

I ETAPA: iniciamos la aplicación de la prueba con una exploración del significado que tiene para el niño el concepto de familia a través de la interrogante siguiente: ¿Qué es para ti la familia?

Instrucciones: “A partir de este momento vamos a comenzar un juego, en el cual va a participar toda la familia y por eso lo llamaremos: Viajando con mi familia. Para ello realizaremos un viaje imaginario con todas aquellas personas de tu familia que deseas llevar. El lugar será escogido por ti, en el pasarás un rato agradable, podrás jugar y hacer todas las cosas que quieras. Puedes dibujar el lugar seleccionado y expresar las actividades que deseas realizar.”

II ETAPA: después de colocadas todas las láminas sobre la mesa el niño seleccionará las personas que viajarán con él.

Instrucciones: “Ahora vamos a hacer lo siguiente, tú me irás diciendo cuáles son las personas que escogiste para ir al paseo” (quedarán las láminas escogidas por el niño). Aquí interactúan con la obtención de información sobre los diferentes miembros de la familia en cuanto a la edad, aspecto físico, ocupación, centro de trabajo, etc.

De existir la omisión de algún familiar responsable directo de la educación del menor, se recoge como indicador y se le propone su incorporación al juego, para ello se buscarán funciones que pueda cumplir durante el viaje (se utilizara el círculo para su identificación). Es importante evitar imposiciones que afecten la fluidez de la espontaneidad del intercambio. Como podrás apreciar cada uno posee un maletín donde lleva aquellas cosas necesarias para el viaje (se le nombran algunas, acorde con el lugar escogido).

III ETAPA:

Instrucciones: “Ya tienes todas las láminas delante, vamos a continuar imaginándonos que hemos llegado al lugar escogido. Como te había

dicho anteriormente aquí puedes disfrutar de todo lo que quieras (se hará referencia a algunas actividades que pueden ser utilizadas para facilitar el disfrute imaginario del niño). Imaginariamente las horas han pasado, ha llegado la noche después de un largo viaje y de haber tenido un día maravilloso, se encuentran de regreso a casa, en ella todos comienzan a desempacar, se sacan todas aquellas cosas que se llevaron al viaje y los maletines quedan completamente vacíos. Una vez así, utilizando la magia y la imaginación estos se convierten en cajas secretas donde quedarán guardadas todas las tarjetas que tienen preguntas relacionadas con su familia. Te voy a leer lentamente estas preguntas y tú te encargarás de ir echándolas en cada una de las cajas secretas. Tú decidirás a qué persona de la familia le corresponde cada tarjeta. Lo que tú decidas quedará como secreto entre nosotros. Se pasa a la lectura de cada tarjeta. (Anexo7)

Si la tarjeta no corresponde con la situación real del menor, el examinador puede separar la misma. Si el niño desea adjudicar la misma tarjeta a dos miembros de la familia le es permitido. Para finalizar se le pregunta si desea crear alguna tarjeta nueva para algún familiar.

IV ETAPA:

Instrucciones: “Ha llegado el momento de terminar, las cajas secretas han quedado completamente cerradas, me gustaría que me dijeras si te ha gustado el juego”. Seguidamente se realiza una entrevista de re-tests para profundizar en las respuestas del menor

Calificación e interpretación:

El análisis de la prueba se realiza en dos dimensiones: una cuantitativa y otra cualitativa, las cuales se relacionan dialécticamente entre sí.

Al referirse a la primera dimensión resulta necesario evaluar datos primarios obtenidos de la calificación de cada tarjeta de acuerdo con la persona seleccionada, como por ejemplo: número de tarjetas seleccionadas, de tarjetas omitidas y de tarjetas adjudicadas a cada miembro de la familia según las variables establecidas. Posteriormente

se procede a la valoración cualitativa de la prueba, en los aspectos siguientes:

- Concepto de la familia: aspectos que incluye el niño en la representación de la familia.
- Jerarquía: grado de participación que tiene una persona en las decisiones familiares, determinado por aspectos económicos, afectivos, ideológicos y sociales.

⇒ Indicador funcional:

- Igualdad de autoridad.

⇒ Indicadores disfuncionales:

- Predominio de uno de los padres con presencia del otro.
- Predominio de uno de los padres con ausencia del otro.
- Ausencia de los dos padres.

- Comunicación: transmisión de la información y relación comunicativa familiar con el menor, dentro de ese contexto específico. Es importante atender al clima afectivo, expresión de vivencias afectivas de diferente polaridad entre los miembros de la familia.

⇒ Indicadores funcionales:

- Comunicación clara, abierta y afectiva: comunicación afectuosa evidente, mostrando directamente asertividad y claridad en la transmisión de la información.
- Relación positiva de los padres con el niño.
- Comprensión del menor por los adultos.
- Predominio de afectividad positiva.

⇒ Indicadores disfuncionales:

- Comunicación medianamente clara, abierta y afectiva: comunicación afectuosa evidente, pero que muestra en algunos momentos asertividad y en otros ambivalencia, no por lo que no resulta completamente transparente el mensaje.

- Comunicación clara, abierta y no afectiva: comunicación no afectuosa, con muestras de rechazo evidente y claridad en la transmisión de la información, pero de forma negativa.
 - Comunicación confusa e indirecta: tendencia a rechazar la comunicación con el menor y a usar vías indirectas de acercamiento.
 - Predominio de afectividad negativa.
 - Ausencia de comunicación.
 - Relación negativa de los padres con el niño.
 - Poca relación de los padres con el menor.
 - Incomprensión del menor.
 - Ausencia de afecto.
- Roles: conducta repetitiva que implica la existencia de actividades recíprocas entre los miembros de la familia. Equivale a la conducta que se espera de un individuo en un contexto. Atendiendo al modelo de funcionamiento familiar de P. Arés, nos referiremos a la distribución de tareas domésticas.

⇒ Indicadores funcionales

- No acorde con el estereotipo sexual tradicional.
- Tendencia a la realización conjunta o colaboración.
- Tendencia a la generalización de funciones o cooperación.
- Equilibrio de roles.

⇒ Indicadores disfuncionales:

- Acorde con el estereotipo sexual tradicional.
- Dicotomía de funciones.
- Ausencia de distribución de las tareas domésticas.
- Sobrecarga de roles.

- Estilos educativos: la relación familiar se caracteriza teniendo en cuenta la dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia.

⇒ Indicador funcional:

- Adecuado: satisfacción por la atención familiar recibida. Comunicación afectiva y coherente, distribución de roles y flexibilidad en el sistema.

⇒ Indicadores disfuncionales:

- Medianamente adecuado. Satisfacción por la atención recibida; el niño percibe que se le dedica poco tiempo y existen necesidades materiales medianamente cubiertas.
 - Inadecuado: reconocimiento indirecto de la existencia de una educación familiar incorrecta.
 - Muy inadecuado: reconocimiento por parte del niño de la existencia de conflictos familiares y expresión indirecta de una educación familiar incorrecta.
 - Extremadamente inadecuado: reconocimiento por parte del niño de la existencia de conflictos familiares y expresión indirecta de más de un tipo de educación familiar inadecuada, incluyendo la de rechazo.
- Interés por la tarea: grado de implicación y satisfacción en la elaboración de la respuesta.

Además en la entrevista de re-tests se valoran aquellos elementos que el psicólogo consideró oportuno aclarar en el contexto de la aplicación del cuestionario. Se enfatizó en los elementos relacionados con el significado y el sentido que tuvieron para cada escolar aquellas situaciones donde se encontraron indicios de conflictos.

Informe Escolar

Es la descripción y por consiguiente la caracterización que hace el maestro del escolar, integrante de este estudio. En esta investigación se

utilizó con la intención de alcanzar mayor objetividad en el estudio diagnóstico efectuado. **Objetivo:** Profundizar en el esclarecimiento acerca del comportamiento del niño en la actividad escolar, recogiendo información acerca de diversas categorías como sintomatologías manifestadas en la escuela, tiempo de evolución de las mismas, evento vital, desarrollo de los procesos psíquicos, conductual habitual del niño en este contexto, sus relaciones interpersonales y los vínculos hogar-escuela, desde la perspectiva del maestro.

Materiales: Una hoja que contiene una encuesta elaborada que es entregada al maestro. (Anexo 8)

Procedimiento: Se le explica al maestro la importancia de su cooperación y luego se le hace entrega de la hoja de protocolo, solicitándole que por escrito e individualmente plasme la información requerida.

Interpretación: Se evalúan las 9 variables (aprendizaje, atención, memoria, conducta habitual, disciplina, asistencia, relaciones con compañeros y con maestro y relaciones hogar-escuela), en correspondencia con la categoría seleccionada por el maestro. Para la interpretación de las restantes preguntas atendimos a los siguientes aspectos:

- Sintomatología
- Tiempo de evolución
- Eventos vitales
- Tratamiento del problema

Ficha de observación:

La siguiente técnica fue elaborada por M. Moreno y C. Thome (1997), la misma tiene como fin evaluar los diferentes factores que interfieren en el desenvolvimiento del sujeto en las pruebas aplicadas.

Objetivo: Valorar el comportamiento de los diversos elementos que intervinieron en el desempeño del niño en cada sesión, proporcionándonos a su vez la autenticidad de los resultados obtenidos durante el desarrollo del proceso de evolución.

Materiales: Una ficha que incluye 9 aspectos fundamentales para el desempeño en las pruebas. Estos son: modo de relacionarse, lenguaje, comprensión de las consignas, atención, concentración, fatigabilidad, nivel de actividad, estrategia de trabajo, autonomía, confianza en si mismo y tolerancia a la frustración. (Anexo 9)

Procedimiento: En cada sesión de trabajo se utilizó el protocolo de observación, conservándose hasta el final de la misma de acuerdo a los resultados obtenidos en ella.

Interpretación: Se comprobó a través de los cambios o no del comportamiento y de los estados de ánimos del niño. A partir de aquí, se realiza una valoración integral del desempeño de cada sujeto en correspondencia con los intereses investigativos.

Cuestionario para explorar la ansiedad infantil (ANSIF).

El siguiente cuestionario fue diseñado en 1996, por Guerra y colaboradores del Departamento de Psicología de la Universidad Central de las Villas.

Objetivo: Explorar la presencia de ansiedad infantil y las vivencias del menor.

Materiales: Una hoja que contiene un cuestionario de 25 ítems, encaminados a la constatación de alteraciones en la esfera afectiva (1,3,4,10,13,15,22,24), motora (9, 12, 19), escolar (23), trastorno de los hábitos (2,17,18,25), fatigabilidad (5), trastornos neurovegetativos (7,8,14), atencionales (16, 21), preocupación (6, 11) y presencia de conflicto (20); a su vez se le proporciona un lápiz al niño (Anexo 10)

Procedimiento: El presente cuestionario es autoaplicado, no requiriendo de información complementaria.

Instrucciones: “A continuación encontrarás unas frases usadas para ayudarte a decir cómo te sientes en este momento (Ahora mismo). Tu respuesta siempre es correcta. Lee cada frase y contesta si o no; señalando la respuesta que mejor diga cómo te sientes ahora”.

Interpretación: Se realiza de la siguiente forma: se le otorga la puntuación de 1 punto, si la respuesta es afirmativa y 0 punto si no lo es,

tomando en cuenta la clave de respuesta esperada relacionada a la ansiedad.

Otras categorías no predefinidas y sugeridas por datos obtenidos.

2.3 Procedimiento General.

Esta investigación se realizó en el período transcurrido entre el mes de enero y junio del 2009, después de alcanzar un clima de confianza y familiarización con los niños propuestos para el estudio, así como con el sistema de trabajo del personal médico y los diferentes parámetros que se abordan en el tratamiento de los mismos.

Además profundizamos en el conocimiento de algunas generalidades acerca de los niños portadores de Linfoma No Hodking, centrándonos en a historia vital realizada tanto al niño como a la familia. Esto nos permitió determinar el estudio a realizar (segunda fase), seguido de un análisis sistemático, en la institución hospitalaria donde estaban ingresados los niños objetos de estudio, y en algunos casos, en los consultorios cercanos a su residencia, debido a no encontrarse internados.

La realización de la presente investigación, la cual fue aplicada en el mismo orden que anteriormente se detallo, se efectuó tomando en cuenta que antes de iniciar el estudio diagnóstico con los niños seleccionados, se contara con el autorizo de los familiares del menor, así como del personal médico que los atiende, así también de la disposición del estado físico y psíquico del menor, cumpliendo con los requisitos de un ambiente que cuente con adecuadas condiciones de iluminación, ventilación y privacidad.

Esta investigación tiene como fin estudiar y comprender, a los niños dentro del marco de su contexto interpersonal y social, enfatizando particularidades de su comportamiento actual, así como algunos cambios en su estado de animo, que pudieran determinar la existencia de conflictos psicológicos. Atendiendo a este propósito e identificando sus diferentes tipologías, se utilizó un estudio de caso factual y múltiple.

Factual: Permite la obtener productos finales del análisis de casos examinados (Guba y Lincol, 1981).

Múltiple: Debido a que en este tipo de estudio se hacen las mismas preguntas a los distintos casos, comparando las respuestas para llegar a

conclusiones. Así, las evidencias basadas en varios casos se pueden considerar más sólidas y convincentes, ya que la intención en el estudio de casos múltiples es que coincidan los resultados de los distintos casos, lo que permitiría añadir validez a la teoría propuesta. La lógica que subyace en la selección de casos es la lógica de la réplica (Yin, 1994), en la que se plantea que cada caso debe ser seleccionado cuidadosamente de forma que cumpla dos requisitos: en primer lugar, que prediga resultados similares a otro caso (réplica literal), dadas unas condiciones similares; y en segundo lugar, que genere resultados opuestos a otros casos (réplica teórica).

CAPITULO III: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de los resultados se conducirá bajo el enfoque del principio de la Patopsicología de la unidad de lo cualitativo y cuantitativo, por lo cual procederemos inicialmente a un estudio de caso, para posteriormente observar las regularidades que se expresan comunes en el grupo de niños.

También es bueno señalar que siempre que sea posible en el análisis ideográfico triangularemos las fuentes, para ganar confirmación en la interpretación que sobre una regularidad psicológica se venga haciendo.

CASO 1

Paciente de 10 años de edad, que en los sucesivos denominaremos “Panchito”, los primeros síntomas de la enfermedad se manifestaron con fiebres nocturnas, vómitos, pérdida de peso y falta de apetito; los que persistieron por más de 3 semanas; la madre sin encontrar una explicación convincente de parte del médico de su policlínico, acude al cuerpo de guardia del Hospital Infantil, donde después de hacerle una serie de análisis, le detecta un “linfangioma quístico”(irresecable), en el área abdominal pélvica y es el 23 de agosto del 2006, cuando el niño tenía 7 años, cuando le diagnostican Linfoma No Hodgkin, de tipo Indiferenciado, en Estadio II. Terminando su tratamiento el 18 de abril del 2008.

La confirmación del diagnóstico del niño, produjo entre sus familiares gran conmoción, en la **Entrevista a la madre**, se evidencia la angustia y desespero que causó en ella la noticia, admitiendo no haberse encontrado preparada, debido a que recientemente había parido a su segunda hija; así mismo no contaba con la ayuda del padre del menor, ya que sólo lo visitaba esporádicamente, manifestando poco interés por el; sin embargo tanto el padrastro como los familiares de este, se convirtieron en su principal apoyo durante sus largas estadías en el hospital.

El niño posee una familia nuclear sustitutiva integrada por su mamá, padrastro y la hermana menor, donde el ingreso económico que se

percibe es de parte del padrastro y la madre, ambos son profesionales y presentan un adecuado nivel cultural. La participación de los miembros en el hogar, no se muestra equitativa, debido a que existe una sobrecarga de funciones hacia la madre, quien durante la **Entrevista**, manifiesta sentir incompreensión por parte de sus familiares.

La persona mas importante para el niño, es su madre y es a quien dirige la mayor carga de afecto, evidenciándose en el **Dibujo a la Familia**, en el que se resalta por sus colores y dimensión la figura de la madre, apareciendo omitida la figura paterna, remplazada en este caso por el padrastro. Fue interesante observar en el **Completamiento de Frases** expresiones de malestar por el distanciamiento del padre, al completar la oración: *“María se pone brava porque el papá no vino a buscarla”.*

En esta técnica se revela además expresiones de miedo y tristeza en oraciones como: “Tengo miedo a la oscuridad” “Cuando tengo miedo llamo a mi papá”. Estas expresiones se corresponden con las respuestas que ofrece “Panchito”. En el **Cuestionario de Ansiedad** en el que reconoce el sentir miedo, sudoración en las manos, tristeza e intranquilidad, todo como marcada expresión de ansiedad.

Es algo muy revelador para nosotros que en las demás técnicas que se le aplicaron, nunca menciona a su padre, evadiendo las preguntas que guarden relación con él, siendo una de las principales razones que la madre utiliza para justificar su sobreprotección hacia el niño, al mencionar en la **Entrevista**, *“yo le guardo mas consideración, porque aparte de estar enfermo no cuenta con el padre”.* El niño presenta buena relación con su padrastro y es a quien muestra consideración y obediencia, identificándolo como figura paterna. En el **“Dibujo de la Familia”** y la **“Técnica Viajando con mi Familia”**, se confirma tal identificación en especial por el número de elecciones del padrastro, esta regularidad se corrobora además al realizar el **“Informe escolar”**, cuando la maestra menciona: *“ El niño siempre está hablando del padrastro, se ve que lo quiere”...“El padrastro es preocupado por su aprendizaje”.*

Es evidente que el menor presenta dificultades en la esfera afectiva, vinculadas al funcionamiento familiar, debido a la existencia de un

conflicto encubierto con su padre, asumiendo de esta manera una actitud de negación hacia él, esto se puede apreciar tanto en los resultados de las técnicas ***Viajando con mi Familia*** y el ***Dibujo de la Familia***, en esta última se puede observar en las figuras representadas como familia, se encuentran coloreadas haciendo uso de colores fríos; y en el rellenamiento que presentan, así también al observar la gráfica del sol mirando hacia la familia (presenta los ojos de color rojo, sin labios, ni nariz), cuyos brillos amarillos están remarcados con líneas grises y un contorno azul, demostrando la existencia de inhibición en las respuestas afectivas, acompañadas de angustia y tristeza.

Antes de enfermar el menor se manifestaba más tranquilo y obediente, aunque siempre fue un niño muy activo, visitando por esta razón al psicólogo a los 5 años, no encontrándole ninguna anormalidad en su desarrollo; es después de enfermar que este estado de intranquilidad se manifiesta de forma acentuada, provocándole dificultades durante las clases, al requerir de constantes llamadas de atención, para lograr su adecuada concentración; y en ocasiones de un 1er y 2do nivel de ayuda, en la ejecución de las actividades docentes; según los datos obtenidos de el ***Informe escolar***, la misma que resalta su estado de agresividad, al alterarse con facilidad y golpear a sus compañeros.

La madre menciona que al iniciar el tratamiento, el niño se deprimió, porque no podía hacer las actividades que más le gustaban, como jugar. En la actualidad se muestra rebelde, esto según menciona la madre: *“Debido a que las cosas que desea, no las puede realizar... es como si deseara una vida normal”*. El niño es consciente de su estado de intranquilidad, mostrando su arrepentimiento, al asociarlo como una conducta negativa, reflejándolo en el ***Completamiento de Frases*** y en el ***Dibujo de la Familia*** al representarse en azul (color frío) y en movimiento (saltando).

En este niño se evidencian rasgos de ansiedad, debido a su estado de intranquilidad y agresividad, que se corrobora con el análisis del ***Dibujo de la Familia***, debido al uso de colores fríos, (ansiedad), la mezcla de colores, falta de limpieza y el respeto por los límites establecidos al momento de rellenar (impulsividad) y un marcado reforzamiento al

colorear las nubes (cierto grado de agresividad). En la **Entrevista** y en el **Completamiento de Frases**, hace manifiesto a sus temores a la soledad y al abandono, al redactar: Tengo miedo a la oscuridad...Lloro cuando me quedo sólo.

El **Cuestionario de Ansiedad Infantil**, permitió apreciar manifestaciones de ansiedad, esto se corrobora con los resultados obtenidos en las diferentes técnicas psicológicas que se le aplicaron. Arrojando un cuadro sintomatológico en las que se encuentran la intranquilidad, la agresividad, el miedo, las asociaciones significativas entre intranquilidad-dificultades mnémicas y distractibilidad, así como sudoración en las manos, que se complejizan con sus necesidades afectivas, debido a la falta de atención de parte del padre.

CASO 2

Paciente de 9 años de edad, que a partir de este momento llamaremos “Nachito”, las primeras manifestaciones de la enfermedad, se iniciaron con un dolor en el área abdominal, que se mantuvo por más de una semana, siendo ingresado de emergencia en el Hospital Infantil. Los médicos al no determinar la causa real del dolor, deciden realizarle una colectomía, descubriendo un crecimiento de los ganglios retroperitoneales. Es el primero de abril del 2006, después de corroborar con los resultados del análisis de sangre, cuando le diagnostican Linfoma No Hodking de Tipo Indiferenciado, Estadio II. Terminando su tratamiento el 5 de enero del 2008.

La noticia de la enfermedad del niño, causó gran zozobra y angustia entre sus padres, hacía quince días acababan de haberse mudado. El padre es quien más afectación presentó, al manifestar sentimiento de culpa, debido a que su actitud en la formación de su hijo se caracterizaba por ser rígida.

El niño presenta una familia nuclear, constituida por la madre, el padre y la hermana mayor; quienes poseen un departamento, en muy buenas condiciones. La solvencia económica del hogar es de parte del padre y la madre, ambos presentan carreras militares y mantienen un alto nivel intelectual, que se confirma tanto en la **Entrevista a la madre** como en el

Informe escolar, cuando la maestra refiere; *“Sus tareas siempre están bien elaboradas, debido a que sus padres son personas preparadas”.*

En esta familia se destaca la participación de la madre en las tareas del hogar, debido a que el padre está poco tiempo en casa por su trabajo (oficial de las FAR). La organización de las funciones en el hogar, se han modificado desde la enfermedad de su hijo menor, ahora el padre se muestra más colaborador; así también la comunicación entre los conyugues es más clara, ya que antes solían discutir.

El niño es cariñoso con todos en el hogar, pero muestra mayor afecto por el padre, esto se comprueba en el **Completamiento de frases**, al expresar: *“Quiero mucho a mi papi”*, así también en la técnica **Viajando con mi Familia** y el **Dibujo de la Familia**, en este último, se dibuja con características semejantes al padre (ambos están guiñando los ojos), demostrando el grado de identificación que tiene hacia la figura paterna. Los vínculos que establece con la madre no presentan problemas, constatándose en la **Técnica Viajando con mi Familia** y el **Dibujo de la Familia**, debido a no omitirla y dibujarla con expresividad.

Durante la entrevista a la madre, se puede verificar la sobreprotección que esta mantiene hacia su hijo, al mencionar: *“No me gusta dejarlo salir porque tengo miedo que se accidente... Le alquilo vídeos, porque así está tranquilo en casa”.*

Tanto el padre como la madre, comparten la responsabilidad en la educación de sus hijos; sin embargo los estilos educativos en la crianza del menor han cambiado, en un inicio el padre era estricto, pero después de la enfermedad del niño el cambió, tornándose permisivo; lo complace en todos sus deseos e intercede por él, a pesar de haberse portado mal, corroborándose en la técnica **Viajando con mi Familia** y en la **Entrevista a la madre**, cuando menciona: *“quería educar a su hijo, estilo militar”,* y más adelante agrega *“pero cambió para mejorar la salud del niño”*, esto confirma la sobreprotección encubierta, que establecen los padres hacia el menor, cuyo efecto nosogeno originan en él, incapacidad para enfrentar sus temores, evidenciándose en el **Completamiento de Frases**, al redactar: *Cuando tengo miedo llamo a mi mamá y papá para*

que duerman conmigo, y en el **Cuestionario de ansiedad**, al aceptar tener miedo.

El niño es conciente del afecto y la protección excesiva que recibe de su familia, haciéndolo constar en el **Completamiento de frases**, así también muestra preocupación porque este cariño se mantenga, al escribir: *Anita está triste porque su papá no le da cariño*, esto respondería a su inseguridad, ocasionada por su inmadurez para asumir la separación paulatina de los vínculos afectivos que le ofrecían seguridad en un inicio, generándole angustia con respecto al plano afectivo, que se corrobora en el **Dibujo de la Familia**, al representar a toda su familia de color marrón.

El niño se deprimió, debido las dietas que requerían las dos operaciones a las que fue sometido y los tratamientos propios de la enfermedad, a pesar de ello, no manifestó problemas en el desarrollo de su aprendizaje, por el contrario su comprensión rápida, le permitió vencer los objetivos del grado y no repetir, contando con el apoyo de su maestra, quien lo repasaba en casa. En el **Informe escolar**, no se evidencian problemas de disciplina por parte del niño; calificándolo como cariñoso y risueño, aunque se resalta cambios en su comportamiento después de su hospitalización, al mostrarse intranquilo a diferencia de otros cursos.

En los intercambios sostenidos con el menor, como en el **Completamiento de Frases**, revela que su principal actividad es el juego, en especial a la pelota, y que se entristece y preocupa, debido a los impedimentos que encuentra para realizar dicha actividad, producto a los cuidados que debe mantener, mencionando en una de sus oraciones: *José está triste porque su mamá no le deja salir.*, así mismo reconoce ponerse bravo y reaccionar con actitudes inadecuadas, como llanto y perretas, reconociendo estas conductas como negativas al mostrar su arrepentimiento, cuando redacta: *Lloro cuando mi papá y mi mamá no me dejan salir... Luisa se arrepintió de todos los errores que cometió.*

En el **Completamiento de Frases**, se denota su temor a la muerte y en especial de las personas que más quiere, *“Tengo miedo que mi hermana se muera”*, a su vez, en el **Dibujo de la familia**, se aprecia la existencia

de una idea fija, debido a la seriaciones que establece en algunos elementos (árboles, flores y nubes). La **Entrevista a la madre**, nos permite esclarecer las siguientes manifestaciones, al afirmar: *“Tiene mucho miedo a la muerte”... “esto se debe a que durante su estadía en el Hospital, se enteró del fallecimiento de algunos niños”*, así también, la maestra nos manifiesta: *“Siempre está pendiente de las conversaciones relacionadas a enfermedades y algunas veces hace preguntas con respecto a la muerte, como: ¿El cáncer mata a las personas?”*, Sin embargo, asegura que el niño no conoce el diagnóstico de su enfermedad.

En el **Dibujo de la Familia**, se observan rasgos de ansiedad y angustia debido a su preferencia cromática (colores verde y marrón), así como la presencia de cambios en los estados de ánimo, al representar las flores con el uso de colores seriados (de dos en dos). Tanto en la **Entrevista a la madre** como en el **Informe escolar**, se evidencia que los cambios en el comportamiento del niño se hicieron más visibles, después del período de hospitalización. El **Cuestionario de Ansiedad Infantil**, nos permite confirmar que estas conductas responden a la ansiedad que el niño presenta. Permittiéndonos realizar la estructuración del cuadro sintomatológico, conformado por su intranquilidad e impulsividad, miedo hacia la muerte, temores nocturnos, así como la necesidad insatisfecha de afecto debido a la sobreprotección de sus padres.

CASO 3

Paciente de 8 años de edad, al que nombraremos “Lalito”, presentó fiebre como primer síntoma, que se mantuvo por más de 2 días; los padres alarmados acuden al policlínico del municipio, donde el médico de turno al no contar con los medios necesarios lo remite al Hospital Infantil, donde le detectan una adenopatía en los ganglios inguinales, siendo en noviembre del 2008 hospitalizado de emergencia al diagnosticarle Linfoma Hodking, Tipo Celularidad Mixta en Pelvis, en Estadio II. Actualmente se encuentra recibiendo tratamiento de radioterapia.

Al enterarse de la noticia, la madre se desespera entrando en llanto, debido al desconocimiento de la enfermedad, según nos manifiesta en la

Entrevista: *“Yo pensaba que esta enfermedad no tenía cura y que mi hijo se moriría..., sólo después de la explicación del médico pude calmarme”*, por esta razón, durante el transcurso del tratamiento, se informa acerca de los principales cuidados de salud que debía presentar su hijo.

El niño proviene de una familia ampliada, conformada por la madre, el padre, la hermana mayor, la tía y abuela paterna. La manutención del hogar es compartida entre la suegra (jubilada), la cuñada (profesora de educación física) y el esposo (albañil). Su vivienda es de placa y tiene tres cuartos (la niña tiene su propio cuarto, el niño duerme con sus padres; la suegra y su cuñada comparten la misma habitación), también presenta un baño, una cocina, una sala y un portal. Las funciones en el hogar están compartidas; la madre se encarga de cocinar y realizar las labores domésticas, mientras que la abuela realiza los mandados de la bodega y en ocasiones colabora su cuñada; sin contar con la participación del padre y de su hija mayor, corroborándose en la **Técnica Viajando con la Familia**.

En el **Dibujo de la Familia**, el niño se representa con su madre (tiene ojos mirando hacia él), debido al apego y el marcado afecto que manifiesta hacia ella, esto se comprueba en el **Completamiento de Frases**, al mencionarla en más de siete oraciones : *Quiero mucho a mi mamá... Cuando tengo miedo llamo a mamá;* a su vez se aprecia su incapacidad en aceptar actitudes contrarias a sus deseos, debido a su inmadurez afectiva, al expresar: *Anita esta triste porque su mamá le dio... José está triste porque hizo una cosa mala y su mamá le regañó;* así como dificultades para controlar sus miedos (pesadillas y el temor a quedarse sólo en la habitación) al escribir: *La niña sueña con el diablo... Tengo miedo al lobo,* al respecto en la **Entrevista**, la madre menciona que el niño presenta dificultades para quedarse dormido, por esto suele dormir con él. Lo antes descrito respondería al efecto psicopatógeno que ejerce la sobreprotección que establece la madre hacia el menor, que se refleja en su excesivo cuidado, constatándose en la **Entrevista a la madre**, cuando expresa: *“le tenemos levantado cualquier tipo de castigo*

o regaño”,... *“No dejo que salga, por temor a que se haga daño”*. Por otro lado los vínculos afectivos que existen con el padre, no son fuertes, ya que el niño lo menciona sólo en la **Técnica Viajando con mi Familia**, omitiéndolo en las demás pruebas psicológicas que se le aplicó, donde manifiesta la rigidez y el autoritarismo que ejerce hacia él. Esto nos permite establecer la existencia de ambigüedad en los límites de los estilos educativos, por un lado la madre se muestra sobreprotectora y por otro, el padre se manifiesta autoritario, siendo actitudes potencialmente nocivas, que al ser confusas y contradictorias para el niño, le causan angustia, esto se corrobora en el **Dibujo de la Familia**, al observar la preferencia cromática por el color marrón, así también en esta técnica se pudo apreciar dificultades en la respuesta afectiva, debido a que se representa sin expresión en el rostro (solo presenta ojos).

Las relaciones que establece la familia entre sus miembros es deficiente, donde se resalta sus dificultades en la comunicación; en la **Entrevista** la madre confiesa presentar problemas con su suegra, que en ocasiones terminan en discusiones; así también la relación que presenta el menor con su hermana mayor, es negativa, corroborándose en la **Técnica Viajando con mi Familia** y en la **Entrevista a la madre**, cuando expresa: *“frecuentemente están peleando”*. Lo antes planteado unido a los hábitos tóxicos que presenta los padres, (ambos fuman tabaco y el padre consume alcohol, los fines de semana), demuestran que el menor no posee en su familia, una adecuada red de apoyo, que facilite su resiliencia ante la enfermedad que presenta.

En la **Entrevista**, la madre menciona que en estos últimos meses a observado que el menor se irrita con facilidad, al referir: *“no muestra motivación por nada”...Cuando se enoja me contesta*”; mostrándose negativo en recibir cualquier actividad docente durante su estadía en el hospital; que se corrobora con la **Entrevista a la maestra ambulatoria**, al manifestar que a pesar de los diferentes recursos de motivación en que se ha apoyado, el niño se muestra reahuyente; y afirma que esta actitud es solapada por parte de la figura materna, quien en la **Entrevista** manifiesta: *“Es que el sólo quiere a su maestra de la escuela”*, lo que beneficia la presencia de dificultades en su aprendizaje; que se

comprueba en el **Completamiento de Frases**, en la **Técnica Viajando con mi Familia** y el **Dibujo de la Familia**, al necesitar de un 3er nivel de ayuda en la realización de las actividades, apreciándose a la vez, dificultades tanto en la escritura y lectura, que se acompañan de un deficiente vocabulario. Sin embargo en el **Completamiento de Frases**, el niño menciona que su mayor deseo es regresar a la escuela y poder jugar, esto nos haría pensar que este rechazo escolar surge como respuesta adaptativa ante el evento traumático de ingresar al hospital.

El menor es conciente de su conducta inadecuada y lo manifiesta en el **Completamiento de Frases**, al redactar: *En la perreta mordió a la niña...La niña le faltó el respeto*; corroborándose en el **Dibujo de la Familia**, al representarse con los cabellos parados, como signo de reconocer su agresividad. En el **Completamiento de Frases**, pone de manifiesto su estado de susceptibilidad, al completar la siguiente oración: *Cuando me acuesto yo lloro... Cuando estoy bravo yo lloro*; y a su vez en el análisis del **Dibujo de la Familia** se aprecian rasgos de ansiedad e inhibición afectiva, debido al uso pobre de los colores (predomina el grafito, el azul y el marrón). En el **Cuestionario de ansiedad**, acepta estar inquieto y presentar sudoración de las manos.

Al corroborar estos datos con los resultados obtenidos en el **Cuestionario de Ansiedad Infantil**, podemos mencionar que estamos frente a un menor que responde a un cuadro sintomatológico donde se manifiesta intranquilidad, agresividad, insomnio, miedo e inseguridad, a acompañado de un rechazo escolar, como conducta adaptativa hacia la nueva situación, que se complejiza con sus dificultades en la esfera afectiva, debido a que su familia constituye un factor nosógeno en su recuperación.

CASO 4

Paciente de 11 años de edad, al que llamaremos “Nandito”, cuyos síntomas de la enfermedad empezaron en enero del 2008, al presentar inflamación de las glándulas del cuello, manifestando molestia; la madre pensó que era una posible infección en la garganta, acudiendo al Hospital Infantil, donde después de hacerle los análisis pertinentes, lo

internan de emergencia, debido a diagnosticarle Linfoma Hodking, Tipo Esderosis (cuello derecho), en Estadío I (A). Actualmente se encuentra en tratamiento de BEACODP (Biocomicin).

Desde el inicio de la enfermedad tanto la madre como el padre del niño se mostraron alarmados y la preocupación de sus familiares no se hizo esperar; es considerable apreciar que el padre se mantuvo pendiente de su estado de salud, a pesar de no convivir con este.

La madre se divorcia del padre del menor hace 8 años, debido a las constantes discusiones y agresiones de las que era víctima, en su mayoría provocadas por el estado étlico de su conyugue. El niño actualmente posee una familia nuclear sustitutiva, conformada por su mamá, padrastro y hermano menor, manteniendo el contacto con su padre, quien lo visita con frecuencia, describiendo esta relación de muy buena, según las **Entrevistas** realizadas a la madre, la maestra y al propio niño.

La solvencia económica de esta familia se encuentra mantenida por el padrastro (jefe de cocina de la Unidad Militar), a su vez el niño recibe la manutención del padre. La vivienda es de placa y se encuentra en buenas condiciones.

Son responsables en la educación del menor tanto la madre como el padre, interviniendo el padrastro, en ocasiones.

El niño demuestra mayor afecto por su padre y es a quien obedece, a pesar de no vivir con el, según lo expresa la madre en la **Entrevista**; corroborándose en la **Técnica Viajando con mi Familia**, donde se evidencia que el vínculo afectivo es fuerte, debido a que no dudo en ningún momento en designarle las tarjetas, mostrando en su expresión la confianza y seguridad que el padre significa para él; de igual manera en el **Dibujo de la Familia**, lo representa en el segundo lugar, seguido de la madre y en el **Completamiento de Frases**, expresa la protección que siente al contar con él, al redactar la siguiente oración: *Quiero mucho a mi papi...Cuando tengo miedo llamo a mi papi*. Sin embargo se aprecia dificultades entre los vínculos afectivos que establece con los miembros con los que convive en su hogar, ya que la relación del menor con su padrastro no es buena, según refiere la madre en la **Entrevista**,

constatándose en la **Técnica Viajando con mi Familia**, donde lo excluye, sin embargo en el **Dibujo de la Familia**, lo incluye ubicándolo después del padre. En la **Técnica Viajando con mi Familia**, se puede apreciar que la relación que mantiene con su madre también presenta problemas, debido a manifestar su desagrado hacia la figura materna, a su vez en **Completamiento de Frases**, expresa: *En la perreta mordió a la madre*, sin embargo después manifiesta: *Mi mayor deseo es portarme bien y ser atento con mi mamá*, demostrando su estado de ambivalencia afectiva hacia ella.

En el **Completamiento de Frases**, se aprecia que el clima que se vive en el hogar del menor es conflictivo, cuando escribe: *Lloró cuando vio a su mamá peleando*, estas suposiciones se reafirman en el **Dibujo de la Familia**, al observar que la figura de cada miembro, se encuentra estropeada e incompleta con la intencionalidad de demostrar la falta comprensión que presenta por parte de ellos, manifestando agresividad en los mismos (cabellos parados); así también los representa sin expresión en el rostro (caras casi vacías, algunos presentan ojos), constatando que existen dificultades comunicativas; esto respondería el porque se excluye del dibujo, como señal de su no aceptación como miembro en la familia.

Desde un principio el niño se mantuvo recio en aceptar su enfermedad, por los impedimentos que la misma conlleva, mostrando agresividad, es por ello que los médicos y el psicólogo del hospital tomaron medidas, ya que esta conducta no permitía alcanzar el establecimiento de su salud. También manifestó conductas de aislamiento, al evitar relacionarse con sus amigos, debido a la caída del cabello, al respecto la madre declara: *Tenía vergüenza que lo vieran en esas condiciones*, estos problemas de autoestima se ponen de manifiesto en el **Dibujo de la Familia** al observar su trazo (de medio a débil), así también en el **Completamiento de Frases**, al expresar: *María quiere ser como sus amiguitas... Anita está triste porque sus amiguitas no quieren jugar con ella... José está triste porque no tiene con quien jugar*.

En la **Entrevista**, la madre describe que su hijo, antes de enfermar, era *tranquilo y bueno* y ahora se muestra demasiado intranquilo y agresivo;

esto se puede corroborar en el **Informe escolar**, cuando la maestra expresa: *“Nunca manifiesto problemas de asistencia, siempre fue un niño disciplinado”*; sin embargo después de su internamiento en el hospital, el niño presentó cambios en su estado de ánimo, manifestándose agresivo (intento romper una silla) y alterándose con facilidad, llegando a agredir a sus compañeros con lo que encontraba a la mano, sin medir consecuencias. En el plano académico describe que su atención es dispersa y fija con dificultad los contenidos impartidos, siendo reproductivo en la adquisición de conocimientos, llegando a un 2do nivel en el desempeño de las actividades docentes, con un ritmo de trabajo promedio; necesitando de un 1er nivel de ayuda para alcanzar cualquier objetivo y en ocasiones manifiesta dificultades en el ordenamiento de ideas, esto se corrobora en el **Dibujo de la Familia**, ya que tanto la proporción, distribución y orden de los elementos, es ilógico, lo que evidencia dificultades en la concentración, la expresividad de sus ideas y la falta de confianza en si mismo. Así también en el **Cuestionario de ansiedad** acepta presentar dificultades para recordar lo que la maestra le enseña.

En la aplicación del **Cuestionario de la Ansiedad Infantil**, el menor manifiesta su necesidad de estar en movimiento, acepta comerse las uñas, encontrar problemas en su vida y estar bravo, lo que comprueba que presenta un estado de ansiedad con afectaciones en la esfera afectiva, esto respondería a su preferencia cromática hacia los colores fríos (negro, verde y azul), la escasa emoción en el dibujo y la grafica deficiente de las figuras humanas que se aprecia en el **Dibujo de la Familia**.

Lo antes declarado nos permite establecer que el menor presenta manifestaciones de síntomas emocionales como: expresión de vivencias negativas, preocupación por eventos futuros, tristeza, llanto, necesidad insatisfecha de afecto, ansiedad, intranquilidad y agresividad; así como dificultades cognitivas, con la influencia de factores potencialmente psicopatógenos por parte de su familia.

CASO 5

Paciente con 11 años de edad, que en lo sucesivo nombraremos “Pepito”, la enfermedad se manifestó con fiebres e inflamación de los ganglios ubicados cerca a la clavícula, como primeros síntomas, llamando la atención de sus familiares, quienes lo llevan de emergencia al hospital, donde al realizarle una biometría hemática completa, el 30 de octubre del 2008, le diagnostican Linfoma No Hodking, de Tipo Linfoblástico en el Cuello, en estadio II. Actualmente se encuentra en tratamiento de radioterapia.

Al escuchar el diagnóstico de la enfermedad de su hijo, la madre experimentó rabia y dolor, expresando en la entrevista: *“Me puse a llorar...Me dio mucha cólera que esto le pasara a mi hijo...si él nunca estuvo enfermo”*. A su vez contó con el apoyo de los abuelos maternos, quienes como conducta de afrontamiento, se organizaron con el fin de percibir un poco de control en esta situación, siendo el abuelo quien acompaña tanto a la madre como a su nieto a los tratamientos.

En la **Entrevista** la madre afirma no mantener comunicación alguna con el padre del menor, hace más de 9 años; manifestando que es alcohólico, sin argumentar más detalles. Actualmente el niño presenta una familia ampliada integrada por sus dos abuelos maternos, primo (9 años) y mamá. Contando con una vivienda de placa, que tiene tres habitaciones; el menor comparte una habitación con su madre, (pero cada uno tiene su propia cama).

Las tareas del hogar se encuentran distribuidas, de tal forma que la madre se encarga del cuidado de su hijo, la abuela es la que cocina y realiza las labores domésticas y el abuelo se encarga de la manutención del hogar. (Trabaja por cuenta propia, es botero.).

En la formación del menor, el abuelo ha tenido que asumir el rol de padre, debido a la ausencia de la figura paterna, es así que junto con la madre, son responsables directos en la educación del menor. Existiendo en ocasiones divergencias entre la madre y los abuelos, debido a que estos son permisivos.

En el **Completamiento de Frases** se puede apreciar que el niño desplaza la mayor carga afectiva hacia su madre, la cual es sinónimo de

protección y seguridad al expresar: *Quiero mucho a mi mami..., Cuando tengo miedo llamo a mi mami...Juanita es buena porque su mami la quiere*; la misma se corrobora con la **Técnica Viajando con mi Familia** y el **Dibujo de la Familia**, aunque en esta última, “manifestó su negación” ante la temática propuesta, optando por un **Dibujo Libre**, en el que represento un paisaje, que muestra como figura central a su madre, develando deficiencias en la comunicación que establece con ella, debido a que el rostro de su madre no presenta expresión (esta en blanco). Tanto en la **Entrevista** como en las demás técnicas aplicadas, el menor se incomoda y se muestra poco expresivo ante el tema de la familia. Por ello, en la **Técnica Viajando con mi Familia**, al no obtener respuestas precisas hacia el afecto que recibe por sus demás familiares, se le propuso hacer una **“Escala de afecto”**, donde la madre ocupó el primer lugar, seguido del abuelo y el primo, excluyendo a la abuela, desmotando la existencia de un conflicto afectivo con esta. Así también en todas las técnicas que se le aplicaron como en los diferentes intercambios, el niño nunca menciona a su padre, asumiendo una conducta de evasión, la misma que asume la madre, lo que haría presumir la permanencia de un conflicto encubierto hacia la figura paterna.

En el **Completamiento de Frases** se aprecia dificultades en la escritura y lectura; su imaginación es pobre y su vocabulario no está acorde con su edad, esto refleja que los estilos educativos que la familia mantiene hacia el niño, unido, al tiempo que lleva sin asistir a la escuela, han ocasionado un desnivel en su aprendizaje. Esto se puede apreciar en el **Dibujo de la Familia**, debido a que se observan las transparencias, el animismo y el trazo fuerte a medio, características que no corresponden con su edad, denotando cierta inmadurez en su desarrollo cognitivo y motriz. A su vez, en el **Informe escolar**, recogido de parte de la maestra ambulatoria, se describe que el menor se desconcentra con facilidad y presenta dificultades para fijar los contenidos impartidos. Es un niño que necesita de mucha estimulación y ayuda individualizada, para la realización de cualquier actividad docente; su ritmo de trabajo es lento. Sin embargo en la **Entrevista a la maestra de la escuela**, todo lo

anterior se contradice, evidenciando que estas dificultades se han manifestado después de la enfermedad.

La actividad que más lo estimula es el juego, principalmente en grupo. Reflejándolo en el **Completamiento de Frases**, al evidenciarse que todas sus motivaciones giran alrededor de jugar con sus amiguitos, manifestándolo en más de 8 frases: *Mi mayor deseo es jugar... Los niños juegan... Cuando me quedo sólo yo juego....*

En la **Entrevista** la madre muestra su preocupación debido a que a partir de la enfermedad, se han evidenciado cambios en la conducta del niño, como son: su inestabilidad en los estados de ánimo, la intranquilidad y a veces, respuestas agresivas, que se reafirman con la **Entrevista a la maestra ambulatoria**, cuando refiere: *“Es intranquilo y poco expresivo en sus emociones”*. Así también al realizar el análisis del **Dibujo de la Familia**, se puede observar su inhibición en las respuestas afectivas, y cargas de angustia (uso de color verde y amarillo), la existencia de un sol sonriente (amarillo), que es estropeado al ser rellenado el cielo (azul) y la mariposa (azul y amarillo) en desproporción con los demás elementos, demuestran rasgos de agresividad. Así también en el **Cuestionario de ansiedad**, manifiesta sentirse inquieto y comerse las uñas.

En el **Cuestionario de ansiedad** y el **Completamiento de Frases** se constata la presencia de temores al redactar: *Tengo miedo a la oscuridad... Lloro cuando tengo miedo...*, en especial a estar sólo, esto responde a su carencia afectiva (no cuenta con el padre) y su inestabilidad emocional, que se manifiesta en su inseguridad.

Los resultados del **Cuestionario de Ansiedad Infantil** denotan la existencia de ansiedad, el mismo que se comprueba en el **Dibujo de la Familia**, debido al uso de los colores verde, azul y amarillo.

Todo estos datos obtenidos en los reportes de la diferentes técnica que se le realizaron al niño, nos permiten conformar un cuadro sintomatológico donde se aprecia sobre-intranquilidad, agresividad, miedos e inseguridad y carencia afectiva (de parte de la figura paterna).

CASO 6

Paciente de 11 años de edad, a quien en lo sucesivo nombraremos como “Princesita”, que en el mes de febrero del 2008 presentó fiebre de 38 grados, manteniéndose por más de 2 días, los padres alarmados acuden al policlínico, donde recibe tratamientos paliativos con el fin aliviar los síntomas, que al persistir, el médico decide remitirla al Hospital Infantil con el fin de profundizar en sus análisis; es el primero de marzo, cuando le confirman el diagnóstico de Linfoma Hodking. Tipo Escaenosis Nodular de Mediastino (tumor de 6cm), en Estadio II. Actualmente se encuentra en tratamiento de radioterapia.

Los padres al enterarse del diagnóstico de la enfermedad de su hija manifestaron desesperación y preocupación; originándose una crisis transitoria en la familia, que gracias a los fuertes vínculos afectivos y a la no existencia de conflictos entre sus miembros, asumieron con optimismo la recuperación de la menor.

La niña proviene de una familia ampliada, que está compuesta por la madre, el padre, la hermana mayor y los abuelos paternos. El ingreso económico que percibe el hogar, es de parte del padre y el abuelo (jubilado), la madre actualmente no trabaja, (debido a que ha tenido que asumir el cuidado de la menor). La vivienda con que cuentan es de dos plantas y presenta muy buenas condiciones.

En este medio familiar se aprecia un elevado nivel cultural e intelectual, debido a que tanto la madre (biotecnóloga), como el padre (ing. Electrónico) son profesionales y la hermana mayor es estudiante universitaria (de biología), potenciando de esta manera el adecuado desarrollo de la niña.

En la organización de las funciones del hogar, existe una adecuada distribución, contando con la participación de sus miembros en el cuidado de la menor; no apreciándose dificultades en las relaciones familiares.

En la niña no se aprecian dificultades en la esfera afectiva, debido a que mantiene muy buenos vínculos con todos los miembros de su familia, esto se puede apreciar en el **Completamiento de Frases** al redactar: *Quiero mucho a mi familia...* y en el **Dibujo de la familia**, al observar legibilidad y adecuada distribución en su gráfica, así también se

representa en medio de sus padres, como señal de sentirse aceptada y querida por ellos; a su vez, en la **Técnica Viajando con mi familia**, manifiesta mayor afecto y comprensión por parte de su madre y cierta desconfianza por la figura paterna, aunque le muestra gran consideración y cariño, corroborándose, en el **Completamiento de Frases**, cuando redacta: *María está brava con su papá porque le dice mentiras*, esto debido a que el padre le oculta informaciones acerca de su estado de salud, según expresa la niña, durante la **Entrevista**, demostrando la madurez que tiene, con respecto a su enfermedad. En el **Informe escolar** la maestra, la describe como una niña muy disciplinada, respetuosa, laboriosa, limpia, ordenada y estudiosa, ubicándola por encima de la media. (Pionera destacada, ganadora de las distinciones “28 De Enero” y “4 De Abril”). Evidenciándose en el **Dibujo de la Familia**, al representar figuras bien elaboradas con elementos decorativos, que demuestran su nivel de madurez y adecuado desarrollo cognitivo, a su vez, el buen manejo del trazo y respeto por las líneas establecidas, manifiestan la acometividad y responsabilidad con que trabaja y asume las situaciones. Sin embargo la maestra más adelante agrega: *“Después de su hospitalización ha presentado cambios en su estado de ánimo...se manifiesta algo intranquila y en ocasiones poco comunicativa”*, pero estas conductas no han afectado en la relación con sus compañeros, ya que ellos constituyen su principal red de apoyo en la actualidad, demostrándose en el **Completamiento de Frases**, al expresar sus deseos de jugar y en especial con sus amiguitos, así como su malestar de no poderlo hacer en ocasiones, al redactar: *Luisa quiere ir a la escuela porque tiene muchos amiguitos para jugar...Anita está triste porque no pueden venir a jugar sus amiguitos...Cuando me quedo sola yo juego...*

Debido a los agresivos tratamientos a que ha sido sometida; y las estadías largas en el hospital, la niña se deprimió, mostrándose muy reservada, caprichosa y violenta en ocasiones. En un inicio la caída del cabello ocasionó que se aislara, pero después lo asimiló; sin embargo los miedos nocturnos se han mantenido, al punto que duerme con la luz encendida y pide que revisen el closet antes de acostarse, constatándose

en el **Completamiento de Frases**, al escribir: *Tengo miedo a estar sola...Cuando me acuesto me tapo...Lloro cuando tengo miedo.*

Los resultados obtenidos al aplicar el **Cuestionario de Ansiedad Infantil**, demuestran que la menor presenta miedo y preocupación por lo que le pueda ocurrir y sentirse inquieta que se ratifica en el **Dibujo de la Familia**, al presentar preferencia cromática por el color azul y amarillo (colores que reflejan intranquilidad)

El análisis de los resultados de las diferentes técnicas propuestas, así como de las entrevistas, nos brindan la posibilidad de elaborar un cuadro sintomatológico, constituido por la intranquilidad, tristeza y el miedo a la muerte, los que no muestran mayor repercusión en el desarrollo de la menor, debido a los vínculos afectivos que establece con su familia, la que constituye un factor resiliente en su recuperación.

CASO 7

Paciente de 9 años de edad, que en lo sucesivo nombraremos como “Lulú”, quien hace un año debuta con la enfermedad con fiebre, pérdida de peso y cansancio, acompañada de una inflamación en los ganglios de la garganta. Su madre muy preocupada la lleva de emergencia al policlínico, donde se percatan del estado delicado de su salud y la trasladan al Hospital Infantil, es así que al efectuar los estudios clínicos pertinentes le informan que la niña presenta Linfoma no Hodgking de Tipo Linfoblástico en el Cuello izquierdo, en estadio II. Actualmente se encuentra en tratamiento de radioterapia.

El conocimiento del diagnóstico originó gran tristeza y preocupación, provocando una crisis familiar transitoria la misma que se agudiza teniendo en cuenta el tipo de familia ampliada, con un estilo inadecuado de permisibilidad e inconsistencia, la misma que se corrobora en la aplicación de la **Técnica viajando con mi familia**.

En la **Entrevista** la madre menciona que se divorció del padre de la menor hace más de ocho años y que el mismo manifiesta su despreocupación por la menor, al mencionar: *Él cree que con tan sólo pasarle la manutención, cumplió sus obligaciones... En el cuidado de mi hija nunca colaboró.* Actualmente la menor convive con su mamá,

hermana mayor, abuelo y abuela maternos. Las condiciones de la vivienda son regulares y la manutención del hogar es compartida entre el abuelo (jubilado) y la madre (profesora).

La niña manifiesta tener buenas relaciones con los miembros de su familia, aunque desplaza la mayor carga afectiva hacia la figura materna, esto se puede evidenciar en el **Completamiento de frases** al escribir: *Quiero mucho a mi mamita... Juanita es buena por que su mamá la quiere...Lloro cuando no estoy con mi mami.*, a su vez en el **Dibujo de la Familia**, se grafica agarrada de las manos con su mamá y en la **Técnica viajando con mi familia**, manifiesta su amor incondicional hacia su mamá, al designarle mayor cantidad de tarjetas, esto se puede corroborar en **Entrevista** a la madre, cuando menciona: “ *Se lleva bien con todos pero ahora con la enfermedad se apegó mucho a mi, debido a que soy la persona con la que más tiempo pasa.*

La niña en todas las pruebas psicológicas que se le aplicaron nunca menciona a su padre, esto puede ser debido a que la madre omite hablar de el y que este vive en la Habana. La relación que establece con su hermana no presenta problemas, debido a que tanto en **Entrevista** a la menor como en el **Completamiento de frases** manifiesta su consideración y cariño hacia su hermana, en esta última escribe: *María quiere ser como su hermana...Cuando tengo miedo llamo a mi hermana*, a su vez, en el **Dibujo de la familia**, se grafica cogida por la otra mano con su hermana, la misma que aparece con un sombrero decorado con flores. En cuanto a la relación con sus abuelos, no manifiesta presentar problemas, al contrario ellos se manifiestan muy consentidores y permisivos con la menor, esto se puede comprobar en la **Técnica viajando con mi familia**, como en la **Entrevista** a la madre, al expresar: *Los abuelos siempre la están engriendo, pero a veces tengo discusiones con ellos, porque le permiten hacer todo lo que quiere...*, en el **Completamiento de frases** también se puede apreciar, cuando redacta: *Cuando me acuesto yo llamo a mis abuelo para que me lean un cuento.* Tanto en la **Entrevista** como en la **Técnica viajando con la familia**, se evidencia que la niña reemplaza a la figura paterna con el abuelo.

Actualmente coincidiendo con su ingreso al hospital, la menor se manifiesta intranquila, irritable y agresiva, esto se comprueba en la **Entrevista** a la madre cuando manifiesta: *Antes era una niña tranquila pero ahora esta muy exigente no admite un no...* Que unido a la sobreprotección y la permisibilidad han ocasionado un desajuste en la formación de la menor. Este estado de intranquilidad se puede apreciar en el **Dibujo de la familia**, al tener como preferencia cromática el color azul y el verde, así también falta de limpieza y dificultades en rellenar lo dibujado sin sobrepasar el límite. Así también en el **Cuestionario de ansiedad** admite presentar dificultades para dormir, sentir miedo, su necesidad constante de estar en movimiento y que le sudan las manos.

En el ámbito escolar presenta buenas relaciones con la maestra y sus compañeros del aula, en el **Informe escolar** se comprueba que el menor presenta un desempeño académico promedio con distractibilidad, debido a las reiteradas ausencias, por los ingresos en el hospital, actualmente se encuentra con licencia escolar; a su vez en el **Completamiento de Frases** manifiesta que su mayor deseo es volver a la escuela y jugar con sus amiguitos.

El recuento de los resultados de las diferentes técnicas que se le aplicaron al menor, así como de las entrevistas, nos permiten diseñar un cuadro sintomatológico, constituido por la intranquilidad, agresividad, distractibilidad y la sudoración en las manos, que se complejizan debido al inadecuado estilo educativo que establece su familia y la carencia afectiva del padre.

ANÁLISIS INTEGRAL

En el análisis de los resultados que fueron destacándose en el estudio de los casos, observamos importantes regularidades que nos permiten una aproximación a las características psicológicas del niño con Linfoma No Hodking.

Se comprobó que en los 7 niños, que representan un 100% del total de los casos estudiados, la presencia de **“ansiedad”**, en manifestaciones tales como **“intranquilidad”**, datos que se pueden obtener del ***Dibujo de la familia*** al:

- ✓ Observar rasgos de ansiedad y angustia debido a su preferencia cromática por los colores fríos (negro, amarillo, verde y azul y marrón).
- ✓ Apreciar cambios en los estados de ánimo, al utilizar colores seriadados.
- ✓ Evidenciar la falta de limpieza y dificultades en rellenar lo dibujado sin sobrepasar el límite.

Estas manifestaciones también se pueden recoger del ***Cuestionario de ansiedad***, cuando:

- . 6 de los niños, que representan el 85%, acepta estar inquieto, así como su necesidad de estar en movimiento.
- . 4 de los niños que representan el 54%, acepta comerse la uñas o presentar sudoración en las manos.

Estos datos se corroboran con las ***Entrevistas*** realizadas a la madres de estos niños, al manifestar su preocupación debido a que producto a la enfermedad, se han evidenciado cambios en el comportamiento de sus menores hijos, debido a que ahora se manifiestan más intranquilos. Una de ellas relata:

“Antes de enfermar era niño tranquilo y bueno y ahora se muestra demasiado intranquilo”.

A su vez, en el ***Informe escolar***, las maestras tanto de la escuela como del hospital resaltan que:

- . *“Después de su hospitalización ha presentado cambios en su estado de ánimo...se manifiesta algo intranquila ...”*
- . *“Presenta un desempeño académico promedio con distractibilidad”.*

- . *“Se han evidenciado cambios en la conducta del niño, como son: su inestabilidad en los estados de ánimo y su intranquilidad”.*
- . *“Requiere de constantes llamadas de atención, para lograr su adecuada concentración”*

En 5 niños, lo cual representa 71% de los casos estudiados, se manifiesta “agresividad”, que se pueden evidenciar en el **Completamiento de frases** cuando redactan:

- . *En la perreta mordió a la niña.*
- . *La niña le faltó el respeto a su mamá.*
- . *En la perreta mordió a la madre.*

Estos datos se reafirman en **Informe escolar**, cuando la maestra menciona:

- . *“Nunca manifestó problemas de asistencia, siempre fue un niño disciplinado, sin embargo después de su internamiento en el hospital, se manifestó agresivo (intento romper una silla) y alterándose con facilidad, llegando a agredir a sus compañeros.”*
- . *“Se altera con facilidad y golpea a sus compañeros.”*

Así también en el **Dibujo de familia**, se pueden apreciar, al:

- ✓ Observarse un marcado reforzamiento al colorear las nubes.
- ✓ Representarse con los cabellos parados, como signo de reconocer su agresividad.
- ✓ Al graficar un sol sonriente (amarillo), que es estropeado al ser rellenado el cielo (azul).

En la **Entrevista** las madres, rectifican estas conductas de agresividad y muestran su preocupación por estas reacciones que sus hijos han asumido, al referirse:

- . *“Se muestra rebelde, debido a que las cosas que desea, no las puede realizar... es como si deseara una vida normal”.*
- . *“Ahora está muy exigente no admite un no”.*

Del total de los niños estudiados 6 de ellos, que representan 86%, manifiestan “miedo”, que se pueden reflejar en sus temores nocturnos y sus dificultades para conciliar el sueño. Esto se puede corroborar en el

Completamiento de frases, cuando escriben:

- . *Tengo miedo a la oscuridad.*
- . *Lloro cuando me quedo sólo.*
- . *Cuando tengo miedo llamo a mi mamá y papá para que duerman conmigo.*
- . *Lloro cuando tengo miedo.*
- . *Tengo miedo a estar sola.*
- . *Cuando me acuesto me tapo.*
- . *La niña sueña con el diablo.*
- . *Tengo miedo al lobo*

A su vez en el **Cuestionario ansiedad**, 5 de los niños, que representan 71% del total, admiten sentir miedo.

En solo 2 de los casos, que representa el 29%, se evidencia temor por la muerte, al redactar en el **Completamiento de frases**: “*Tengo miedo que mi hermana se muera*”; y al responder el **Cuestionario de ansiedad**, muestran preocupación por lo que le pueda ocurrir.

Los 7 niños que conforman el estudio, lo representa el 100%, manifiestan que su principal actividad es el juego y que debido a las limitaciones de su enfermedad han encontrado dificultades para realizar esta actividad con sus amiguitos. Destacándose tanto en la **Entrevista** como **Completamiento de frases**, cuando expresan:

- . *Mi mayor deseo es jugar.*
- . *Los niños juegan.*
- . *Cuando me quedo sólo yo juego.*
- . *Luisa quiere ir a la escuela porque tiene muchos amiguitos para jugar.*
- . *Anita está triste porque no pueden venir a jugar sus amiguitos.*
- . *Mi mayor deseo es volver a la escuela y jugar con mis amiguitos.*
- . *Los amiguitos quieren que la niña juegue con ellos.*
- . *Mi mayor deseo es ser pelotero.*
- . *El niño es muy juguetón con sus amiguitos.*
- . *José está triste porque no tiene con quien jugar.*

A su vez en la entrevista las madres exponen la necesidad que experimentan sus hijos de jugar, en especial con sus amiguitos, sin embargo ellas aceptan que en ocasiones los limitan por miedo a que se dañen. Al mencionar:

- . *“Al iniciar el tratamiento, el niño se deprimió, porque no podía hacer las actividades que más le gustaban, como jugar.”*
- . *“No me gusta dejarlo salir porque tengo miedo que se accidente...”*

Del total de la muestra 4 niños, que representan 57%, manifiestan dificultades en la esfera afectiva, en su mayoría están relacionados a conflictos presentes en su familia. Esto se puede observar en el **Dibujo de la familia**, al:

- ✓ Presentar un uso pobre de los colores y preferencia cromática por el color marrón y el gris, expresando inhibición afectiva.
- ✓ Representarse sin expresión en el rostro, reflejando dificultades en la respuesta afectiva.
- ✓ Omitirse en el dibujo de la familia.

En 2 niños, que representan 29%, se evidencian falta de autoestima, al evitar relacionarse con sus amigos, debido a la caída del cabello, corroborándolo en la **Entrevista**, como en el **Completamiento de frases**, al redactar:

- . *María quiere ser como sus amiguitas.*
- . *Anita está triste porque sus amiguitas no quieren jugar con ella.*

También se ponen de manifiesto su estado de susceptibilidad, al completar la siguiente oración:

- . *Cuando me acuesto yo lloro.*
- . *Cuando estoy bravo yo lloro.*

En plano académico sólo 3 niños, que representan 33% del total, no han presentado dificultades, esto debido al apoyo de sus familiares como el de sus maestros.

Pero sólo 1 de los niños, que representaría 14% del total de casos, manifestaron su negación en recibir cualquier actividad docente durante

su estadía en el hospital, esto nos haría pensar que este rechazo escolar surge como respuesta adaptativa ante el evento traumático de ingresar al hospital.

En el contexto familiar:

Se evidenció que en 3 de los casos, lo que representa un 43%, de la muestra total, las madres recibieron el diagnóstico de la enfermedad de sus hijos, experimentando desesperación y angustia. Así también en 4 de los casos que representa un 57%, ambos padres recibieron la confirmación del diagnóstico, mostrando alarma y preocupación. Estos datos fueron recopilados de la **Entrevista** realizada a la madre.

Del total de niños estudiados, 2 de ellos provienen de una familia nuclear, lo que representa un 29%; 4 de ellos, que representan el 57%, poseen una familia ampliada y 1 de ellos presenta una familia nuclear sustitutiva, el cual representa el 14% del total de la muestra. Estos datos fueron recogidos de la **Entrevista** realizada a la madre, corroborándose con las demás pruebas aplicadas al niño(a).

De todos los casos estudiados, en 2 de ellos la madre ha tenido que asumir el cuidado de su hijo sin contar con colaboración del padre, lo que representa el 29% del total y en los 5 casos restantes la madre asumió el cuidado de su hijo contando con la colaboración del padre, abuelos o algún otro miembro de la familia, lo que representa el 71% de casos estudiados. Estos datos fueron extraídos de la **Entrevista** realizada a la madre, comprobándose con las demás pruebas aplicadas al niño (a).

Los estilos educativos asumidos por los padres de los niños integrantes de este estudio son inadecuados, debido a que en 4 de ellos, la madre muestra una actitud de sobreprotección, lo que representa un 57%, mientras que en 2 de ellos tanto la madre como otros miembros de la familia (padre, abuelos, tíos, o hermanos), refuerzan su sobreprotección al mostrarse permisivos o sobreprotectores, representando un 29% y sólo en 1 de los casos ambos padres manifiestan su sobreprotección, lo que representa el 14% del total. Datos que fueron obtenidos tanto de la

Entrevista a la madre, corroborándose con las demás técnicas que se le aplicaron al menor.

Se evidenció que 5 niños, que representa un 71% del total, manifiestan tener mayor afecto por su madre, que se pueden reflejar en el

Completamiento de frases, al redactar:

- . *Quiero mucho a mi mamá.*
- . *Cuando tengo miedo llamo a mi mami.*
- . *Juanita es buena por que su mami la quiere.*
- . *Lloro cuando no estoy con mi mami.*

Así también se puede apreciar en el **Dibujo de la Familia**, cuando:

- ✓ Resalta la dimensión de la madre, apareciendo omitida la figura paterna.
- ✓ Se representa sólo con su madre (tiene ojos mirando hacia el), omitiendo a los demás miembros de su familia.
- ✓ Grafica un paisaje, que muestra como figura central a su madre.
- ✓ Representa a su mamá con una figura bien elaborada y elementos decorativos
- ✓ Se dibuja agarrada de las manos con su mamá.

Esto se corroboró a su vez, con la **Técnica viajando con mi familia** y con la **Entrevista** que se realizó tanto a la madre como a los niños.

Sin embargo 2 niños, que constituyen 29% del total de la muestra, expresan mayor carga afectiva hacia su padre, evidenciándose en el **Completamiento de frases**, al escribir:

- . *Quiero mucho a mi papi.*
- . *Cuando tengo miedo llamo a mi papi*

A su vez, en el **Dibujo de la Familia**, representan:

- ✓ Al padre con características semejantes a él (ambos están guiñando los ojos).
- ✓ Al padre a pesar de no convivir con él.

Estos datos se comprobaron con la **Técnica viajando con mi familia** y con la **Entrevistas**, que se realizaron tanto a las madres como a los niños.

Demandas o Necesidades de ayuda psicológica que se destacan:

- Los niños manifiestan principalmente su preocupación por el miedo a separarse de sus padres y de su entorno durante las hospitalizaciones, que terminan configurando expresiones de intranquilidad, angustia y anticipaciones imaginarias negativas, como franca manifestaciones de ansiedad. Al mismo tiempo se incrementa su dependencia afectiva hacia los padres.
- Es muy frecuente que surjan en ellos sentimientos de soledad si la enfermedad no les permite participar en sus actividades diarias y en los juegos habituales. A esto se une el estrés que se produce debido a los posibles cambios físicos que pueden experimentar como resultado de la evolución de la enfermedad o del propio tratamiento médico. En tal sentido el empleo de ejercicios de relajación muscular, ejercicios respiratorios y algunas modalidades de terapias cognitivas pueden resultar de utilidad para enfrentar la ansiedad y distraer al niño de su situación.
- Se hizo evidente que los familiares, y en particular los padres, sostienen actitudes inadecuadas hacia el niño enfermo en las que predomina la sobreprotección, limitación y en ocasiones la inconsistencia en el manejo del niño, por lo que sería conveniente el uso de las dinámicas familiares en función de favorecer un ambiente educativo saludable que rodee al niño. Es interesante observar, que aún cuando los padres no informan al niño de la enfermedad y su pronóstico, el pequeño percibe la ansiedad y la angustia que emanan de los padres por su estado de salud.
- Las propias limitaciones de la enfermedad y el tratamiento que los padres le imponen al niño, le crea dificultades de relación con sus coetáneos conllevan a entristecerlos en ocasiones; por lo cual normalizar lo más posible el medio social del pequeño puede ser de mucho valor en su evolución psicológica. Es por ello que el uso de las terapias lúdicas y en particular con juegos colectivo, pueden resultar productivas para tal propósito.

Durante todo el proceso de investigación, el estudio vertical de cada caso y el análisis integral de los resultados en el grupo muestral, nos han permitido ir destacando algunas regularidades que apuntan a las conclusiones de nuestro trabajo.

CONCLUSIONES.

- El funcionamiento emocional de los niños portadores de linfoma No Hopkins en fase II, se caracteriza por marcadas expresiones de ansiedad que se revelan en vivencias de miedo, intranquilidad y tristeza, acompañada de la incertidumbre que experimentan por los eventos médicos y evolución que puede tener su estado de salud en el futuro.
- Sobre el estado de funcionamiento emocional de los niños portadores de linfoma no Hopkins en fase II están incidiendo multilateralmente varios factores, entre los que se destacan, los cambios y limitaciones físicas que derivan de la enfermedad, los eventos médicos relacionados con el tratamiento, y en particular la actitud de los padres y familiares.
- La posturas y actitudes de los padres que más desfavorablemente inciden en el funcionamiento emocional de los niños portadores de linfoma No Hodgkins en fase II, son las conductas ansiosas, sobreprotectoras y limitantes, que frecuentemente se dan en un entorno de inconsistencia, que repercute de forma directa y encubierta en la estabilidad emocional del pequeño.

RECOMENDACIONES:

- Ofrecer a la dirección del hospital infantil “José Luis Miranda”, los resultados de la presente investigación con vista a que puedan tenerlos en cuenta en el tratamiento integral a estos niños, por parte del servicio de Psicología de la institución.
- Divulgar los resultados científicos del presente trabajo en eventos y revistas especializadas, en función de que puedan ser tomados en cuentas en otros contextos asistenciales a niños con Linfoma No Hodgkins.
- En la continuidad de esta línea investigativa diseñar y validar una estrategia de intervención psicoterapéutica para niños y padres, de los resultados que se retomen de la presente investigación, como direcciones que debe seguir la ayuda psicológica a los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- **Allport (1982).** "Los frutos del eclecticismo: dulces o amargos". La persona en psicología. México: Editorial Trillas.
- **Anuario Estadístico de Salud (2008).** "Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadística de Salud". Ministerio de Salud Pública. Extraído el 4 de abril del 2009, a las 4:20pm, desde: <http://www.sld.cu/sitios/dne>.
- **Bajtín, M. (2000).** Yo también soy. Bogotá, Colombia: Editorial Taurus.
- **Barahona, C. T. (1999):** "Calidad de vida y supervivencia". Entretodos. 10, 68-70.
- **Barreto, M. P. (1.993):** "Asistencia psicológica a la problemática del cáncer infantil". Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinar al niño con cáncer. Valencia: ASPANION.
- **Bayes, S. R. (1.993):** "Calidad de vida y cáncer infantil". Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinaria al niño con cáncer. Valencia: ASPANION.
- **Bleyer, W.A (1990).** "The impact of childhood cancer in the United States and the world". Cancer Journal for Clinicians. Vol. 40, 355-367. United States.
- **Bozhovich, L. Y. (1968).** La personalidad y su formación en la edad escolar. Moscú: Editorial Pedagógica.
- **Bruner, J. (1995).** "Acción, pensamiento y lenguaje". Compilación de José Luis Linaza. Madrid: Editorial Alianza.
- **Butkin, G. A (1977).** "Hacia el estudio de las diferencias individuales de la teoría de la formación por etapas de las acciones mentales". Problemas de la dirección del aprendizaje. Editorial M G U. (en ruso).
- **Cairo, M.; Gerrard, M.; Sposto, R. et al. (2007).** "Results of a randomized international study of high-risk central nervous system B non-Hodgkin lymphoma and B acute lymphoblastic leukemia in children and adolescents". Blood. Vol. 109. No.7: 2736-43.

- **Castaño, A., Lorenzo, L., Perucha, P. et al. (1993):** "La pedagogía como apoyo terapéutico al niño con cáncer". Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinaria al niño con cáncer. Valencia: ASPANION
- **Castro, P. y Castillo, S. (1999).** Para conocer mejor a la familia. Cuba, La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- **Casullo, M. M. (1991).** "Psicología para docentes". Escuela y salud mental. Buenos Aires: Editorial Guadalupe.
- **Cole, M. (1985).** "The zone of proximal development: where culture and cognition create each other". Communication and cognition: Vigotskian Perspectives. Cambridge University Press, 124-136.
- **Corral, R. (1999).** "Las lecturas de la zona de desarrollo próximo". Revista cubana de psicología. Vol. 16, No. 3, p 200-204. Universidad de la Habana.
- _____ **(2001).** "El concepto de zona de desarrollo próximo: una interpretación". Revista cubana de psicología, Vol. 18, No. 1, p 72-76, Universidad de la Habana.
- **Cullen, K. (1.993):** "Preparación psicológica del niño con cáncer". Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinaria al niño con cáncer. Valencia: ASPANION .
- **Chesler M, A. (1991).** "Voices from the margin of the family: siblings of children with cancer". Journal of Psychosocial Oncology. Vol. 9(4), 19-42. Naples, Florida.
- **Chetty S. (1996).** "The case study method for research in small-and médium –sized firms". International small business journal, Vol. 5, octubre–diciembre.
- **Die-Trill; M. (1.993).** "Efectos psicosociales del cáncer en el enfermo pediátrico y su familia". Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinaria al niño con cáncer. Valencia: ASPANION, 97-114.

- **Eisenhardt, K. M. (1989).** "Building Theories from Case Study Research". Academy of Management Review, Vol.14. No. 4: 532-550.
- **Emily, H.; Suzanne B; Kathryn, A. y Thomas, B. (1992).** "Programa de investigación infantil, División de Psiquiatría infantil y desarrollo". Departamento de Psiquiatría y Ciencias de conducta, Universidad Stanford, Stanford, C.A. y División de Pediatría, Departamento de conducta y desarrollo. Universidad de California. San Francisco.
- **Fariñas, G. (1995).** Maestro, una estrategia para la enseñanza. La Habana: Editorial Academia.
- **Feuerstein, R. (1980).** La Teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva. España: Editorial Bruno.
- **Galperin, P. (1976).** Las investigaciones acerca de la teoría de la formación por etapas de las acciones mentales. Editorial Universidad de La Habana (folleto en español).
- **Goetz, J. y Lecompte, M. (1988).** Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa. Madrid: Editorial Morata.
- **Gómez y Sancho, M. (1998).** "Los niños y la muerte". Medicina paliativa. Madrid: Arán Editores; p. 555-67.
- **Gonzalez, F.; H. Valdes (1984).** "Psicología Humanista". Actualidad y desarrollo. C. Habana: Editorial Ciencias Sociales.
- **González, F y Mitjáns, A. (1989).** La personalidad su educación y desarrollo. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- **Grau Rubio, C. (1998).** "La educación integral de niño enfermo de cáncer como factor importante en los programas de tratamiento". XV Jornadas Nacionales de Universidad y Educación Especial. Volumen I. Universidad de Oviedo, 299-313.
- _____ **(1999).** "La colaboración interinstitucional en la atención integral del niño enfermo de cáncer en Sánchez, Carrión, Padua y Pulido". Los desafíos de la educación especial en el umbral del s.XXI. Universidad de Almería. Departamento de Didáctica y Organización escolar, 849-856.

- _____ **(2001)**. "Las necesidades educativas especiales de los niños con enfermedades crónicas y de larga duración". La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una escuela inclusiva. Málaga, Aljibe, 57-98.
- **Guba, E. G. and Lincoln, Y. S. (1981)**. Effective evaluation. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- **Guerra, M. V. (2000)**. "Particularidades en la ansiedad en escolares de 8 a 10 años de edad". Trabajo para optar el grado de doctora, publicado. Universidad Centra "Marta Abreú" de las Villas. Santa Clara.
- **Gutiérrez, O. (2002)**. "Algunos aspectos relacionados con los tumores malignos". Trabajo para optar por el título de Especialista en 1er grado en: Medicina General Integral, publicado. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Santa Clara.
- **Jones, S. (1985)**. "The analysis of depth interviews". Applied Qualitative Research. Gower, Aldershot.
- **Knapp, E. (2005)**. Psicología de la salud. (pp. 122-129). La Habana: Editorial Félix Varela.
- **La Vecchia, C. y Bosetti, C. (2005)**. "Cancer mortality in Latino América: implications for prevention". Revista Panamericana de Salud Pública. Vol 18.No 1:1-4. Milan, Italy. Extraído el 12 de abril del 2009, a las 5:23pm, desde: http://www.journal.paho.org/?a_ID=115.
- **Labarrere, S. A. (1998)**. "Vigotsky y la educación". Centro Interdisciplinario de Docencia y Desarrollo Social, A.C. Puebla, México.
- **Leontiev, A. (1967)**. El hombre y la cultura. México: Editorial Grijalbo.
- **Lones, MA., Perkins SL., Sposto R., et al (2002)**. "Non-Hodgkin's lymphoma arising in bone in children and adolescents is associated with an excellent outcome: a Children's Cancer Group report". Journal Clin Oncol. Vol 20. No.9: 2293-301. California.

- **Lucca, N. y Berríos, R. (2002).** Investigación Cualitativa en Educación y Ciencias Sociales. San Juan, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- **Luria, A.(1980).** "Análisis socio-histórico". Los procesos cognitivos. Editorial Fontanella.
- **Méndez X., Orgilés M., López-Roig S., y Espada JP.(2004).** "Atención Psicológica en el Cáncer Infantil". Psicooncología Vol. 1, No. 1, pp. 139-154.
- **Merriam, S. (1988).** Case study research in education. San Francisco: Edition Jossey Bass.
- **Morenza, P. L. (1998).** "Escuela histórico-cultural". Educación. No. 93, p 2-11, La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- **Oficina Regional De Coordinación Oncológica (1994).** "Lo que tu hijo necesita". Guía de apoyo para padres de niños oncológicos. Madrid: Consejería de Salud. Extrído el 4 de abril del 2009, a las 5:14pm, desde:

[http:// www.geocities.com/CollegePark/Library/7893/III.htm](http://www.geocities.com/CollegePark/Library/7893/III.htm) - 20k.
- **Páez, D. y Adrián, A. (1993).** Arte, lenguaje y emoción. Madrid: Fundamentos.
- **Percy CL, Smith MA, Linet M, et al. (1999).** "Lymphomas and reticuloendothelial neoplasms". Cáncer incidence and survival among children and adolescents: United States SEER Program 1975-1995. Bethesda, Md: National Cancer Institute. SEER Program.NIH Pub.No. 99-4649., pp 35-50.
- **Pinkerton, CR. (1999).** "The continuing challenge of treatment for non-Hodgkin's lymphoma in children". British Journal of Haematology. Vol.107. No 2: 220-234. United State.
- **Portero, C. (1996).** "Las contradicciones internas de la personalidad de la determinación de los estados patológicos y no patológicos de la ansiedad". Trabajo para obtener el grado de

dorctor. Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.

- **Reyes, R. A.(2007):** "Morbimortalidad por neoplasias malignas en menores de 15 años en la provincia de Villa Clara, desde 1996 hasta el 2005". Trabajo para optar el grado de especialista de primer grado en higiene y epidemiología, publicado. Instituto de Ciencia Médicas. Santa Clara.
- **Rico, P. (2002).** Técnicas para un aprendizaje desarrollador en la escuela primaria. Cuba: Editorial Pueblo y Educación.
- **Robbins, S.L. y Kumar, V. (1996).** "Neoplasias renales". Patología Humana. 4a. Edición Interamericana. Mc. Graw Hill; pags. 496 a 499.
- **Rodríguez, M. O. (2001).** "Desarrollo psicológico de niños y adolescentes". Psicología y Salud. C. Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- **Rodríguez, M. (2007).** "Comportamientos del cáncer de pulmón en los pacientes geriátricos atendidos en el Hospital Celestino Hernández Robau". Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en gerontología y geriatría, publicado. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Santa Clara.
- **Rotter, J (1951).** "Método de frases incompletas". Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico. Madrid. Cap. 9
- **Sandlund JT, Downing JR and Crist WM (1996).** "Non-Hodgkin's lymphoma in childhood". New England Journal of Medicine. Vol. 334. No. 19:1238-1248. Extraído el 3 de abril del 2009, desde: <http://www.seer.cancer.gov/publications/childhood/lymphomas.pdf>.
- **Sanchez, O. (2001).** "Particularidades de la ansiedad en niños portadores de Leusemia Linfoblástica Aguda de 8 a 10 años". Trabajo para obter el grado de lincenciada, no publicado. Universidad Central "Marta Abreú" de las Villas. Santa Clara.
- **Share, L (1972):** "Family communication in the crisis of a child's fatal illness". Omega. Vol.3. No. 5: 187-201.

- **Spinetta, P. and Irvin, E. (1974).** "Educating the child with cáncer. Bethesda: Candlelighters childhood cancer foundation". Extraído el 1 de abril del 2009, a las 2: 24pm, desde: http://www.conductitlan.ne/atencionpsicologica_del_cancer_infantil.ppt.
- **Stake, R. E. (1995).** The art of case study research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- **Suarez V, D. (2001).** "Desarrollo Psíquico en la Infancia". Psicología y Salud. C. Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- **Terselich, G. y Palomino, T. (2002).** "Cáncer en niños y adolescentes en el Instituto Nacional de Cancerología: Revisión de dos décadas". Revista Colombiana Cancerol. Vol. 6. No. 3. Bogotá, Colombia.
- **Vega, M. (2003).** "Una adaptación argentina del Test de Completamiento de Frases para la medición del desarrollo del yo, de Jane Loevinger". En Memorias de las X Jornadas de Investigación. Tomo II, pp.192-194. 14 y 15.
- **Vigotsky, L.S. (2004).** Teoría de las emociones. Madrid: Akal.
- _____ **(1991).** Obras Escogidas I. España: Ed. Visor.
- _____ **(1993).** Obras Escogidas II. España: Ed. Visor.
- _____ **(1995).** Obras Escogidas III. España: Ed. Visor.
- _____ **(1996).** Obras Escogidas III. España: Ed. Visor.
- _____ **(1981).** Pensamiento y Lenguaje. La Habana: Editorial Pueblo y educación.
- _____ **(1987).** Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. La Habana: Editorial Científico Técnica.
- _____ **(1989).** "Fundamentos de defectología". Obras Completas. Cuba: Editorial Pueblo y Educación.

- **Yin, R. k. (1989).** Case Study Reserarch. Desing and Methods, Applied social research. Methods Series. Newbury Park C: Sage Publications.
- _____ **(1994).** Case Study Research- Desing and Methods, Applied Social Research Methods (2nded.). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- _____ **(2002).** Case study research: Design and methods (3rd ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- **Zilberstein, J. y Silvestre, M. (2002).** Diagnóstico y Transformación de la Institución Docente. México: Ediciones CEIDE.
- **Zubiría, J. (1992).** "Biografía del pensamiento". Estrategias para el desarrollo de la inteligencia. Colección Mesa Redonda. Bogotá: Editorial Magisterio.

ANEXO 1

Historia Vital:

HC:

Nombre:

Sexo:

Edad:

Escuela:

Grado:

Nombre del padre:

Edad:

Ocupación:

Nombre de la madre:

Edad:

Ocupación:

I- Motivo de la Consulta.

1. ¿Porqué trae el niño a consulta?

II- Historia de la enfermedad actual.

1. ¿Qué usted a notado en él?
2. ¿Qué es lo que más le preocupa?
3. ¿Qué síntomas presenta?

- . Anorexia.
- . Intranquilidad.
- . Distractibilidad.
- . Movimientos estereotipados.
- . Tics.
- . No deseos de jugar.
- . Retraimiento social.
- . Sentimiento de inferioridad.
- . Negativismo.
- . Vómitos.
- . Frialidad en la piel.
- . Miedo.
- . Tristeza.
- . Face deprimida.
- . Irritabilidad.
- . Agresividad.
- . Hiperhidrosis.

- . Dermatitis.
 - . Alopecia.
 - . Afección en la piel.
 - . Verruga vulgar.
 - . Náuseas.
 - . Trastornos digestivos.
 - . Cólicos.
 - . Insomnio.
 - . Pesadillas.
 - . Terror nocturno.
 - . Sonambulismo.
 - . Enuresis.
 - . Encopresis.
 - . Dificultad mnémica.
 - . Difonías.
 - . Rechazo escolar.
 - . Dificultades de aprendizaje.
4. ¿Cuándo se iniciaron los síntomas?
 5. ¿Concidió con algún suceso?
 - ¿Cuál?
 - ¿Desde cuándo?
 6. ¿Ante qué situaciones se comporta de esta manera?
 7. ¿Cuáles fueron los síntomas que usted notó primeramente?
 8. ¿Cómo se han manifestado hasta el presente?
 9. ¿Anteriormente había tratado al niño con psicólogos?
 - ¿Cuándo?
 - ¿A qué edad?
 - ¿Qué le recomendaron?
 10. ¿Qué tipo de tratamiento farmacológico está siguiendo actualmente?

III- Antecedentes Patológicos Familiares.

1. ¿Qué enfermedades físicas padece la familia?
2. ¿Existen enfermedades mentales en la familia?

3. ¿Quiénes y qué padecen?
Madre___ Padre___ Hermanos___ Otros___
4. ¿De qué forma se vinculan esas personas con el niño?
5. ¿Ha habido o hay en la familia, personas que hayan intentado suicidarse?

IV- Antecedentes Patológicos Personales.

Pre natal:

1. ¿Fue el niño deseado?
2. ¿Fue el sexo deseado?
3. ¿Tuvo antecedentes de aborto?
4. ¿Es su primer hijo?
5. ¿Tuvo alguna caída, golpe o trauma durante el embarazo?
¿En qué momento?
¿Con pérdida del conocimiento?
6. ¿Presentó alguna enfermedad durante el embarazo?
7. ¿Qué tratamientos recibió?
8. ¿Se emplearon rayos X durante el embarazo?
9. ¿Tenía hábitos tóxicos durante el embarazo?
Alcohol_____ Café_____ Tabaco_____ Otros_____
10. Estado emocional de la madre durante el embarazo, hechos significativos.

Peri natal:

1. ¿Fue un parto fisiológico?
2. ¿Fue un parto inducido?
3. ¿Fue un parto instrumental con fórceps o espátula?
4. ¿Lloró espontáneamente el niño al nacer?
5. ¿Hubo problemas con la coloración del al nacer?
6. ¿Presentó convulsiones en el parto?
7. ¿Hubo ictero, asfixia, cianosis o malformaciones?
8. ¿Cuánto pesó el niño?
9. Apgar: _____

10. ¿Recuerda algún otro dato de interés sobre el parto y/o nacimiento del niño?

Post natal:

1. ¿El niño fue lactado?
2. ¿Hasta qué tiempo?
3. ¿Qué enfermedades físico y mentales padece?
4. ¿Ha sufrido alguna caída, golpe, fuerte o trauma?
¿Cuál?
¿Cuándo?
¿Hubo pérdida de conocimiento?

V- Historia de desarrollo.

1. ¿A qué edad comenzó a caminar?
2. ¿Cuándo dijo las primeras palabras?
3. ¿Tuvo dificultades en el lenguaje?
4. ¿Cuándo logro el control de esfíter vesical?
5. ¿El niño es de buen apetito? ¿Ha variado este?
6. ¿Desde pequeño, el sueño del menor es tranquilo?
7. ¿Cuándo comenzó a valerse por sí solo?

VI- Características de la personalidad en formación.

1. ¿Cómo era el niño antes de enfermarse?
2. ¿Cómo usted valora la intraquilidad del niño, en comparación con su estado actual?
3. ¿Cómo eran sus relaciones con los que les rodean (casa, escuela, amiguitos).
4. ¿Qué amistades prefería?. ¿Tenía algún amigo especial?
5. ¿Se relacionaba con niños menores, mayores o de su misma edad?
6. ¿Qué juegos prefería? (colectivos o individuales).
7. ¿Tiende a ser líder en juegos?
8. ¿Cosidera al niño cariñoso, perretoso, miedoso, inseguro?
9. ¿Es un niño de compresión rápida?
10. ¿Tendencia a la excitabilidad?
11. ¿Se frustra rápidamente?

VII- Historia escolar.

Etapas Preescolar:

1. ¿Asistió al círculo?
2. ¿Asistió a vías no formales?
3. ¿Se adaptó bien?
4. ¿Durante las actividades?
 - ¿Cambia de actividad?
 - ¿Acepta las reglas?
 - ¿Es pasivo?

Etapas Escolares:

1. ¿A qué edad asistió a la escuela?
2. ¿Dificultades en la adaptación?
3. ¿Le gusta asistir a la escuela?
4. ¿Aprende todo lo que le enseñan en la escuela? (rápidamente)
5. ¿Aprendió a leer y a escribir al mismo tiempo que los demás?
6. ¿Es un niño retraído?
7. ¿Se distrae con facilidad?
8. ¿Presenta dificultades mnémicas?
9. ¿Ha mantenido atención especial por parte del maestro para vencer los objetivos del grado?
10. ¿Ha repetido el grado?
11. ¿Ha presentado problemas de disciplina?
12. Con los compañeros del aula:
13. ¿Le gusta realizar actividades?
 - ____ Solo.
 - ____ Con otros niños de su edad.
 - ____ Con niños menores.
 - ____ Con niños mayores.
14. ¿Muestra preocupación por las clases?
15. ¿Tiene en la casa tiempo para estudiar?
 - ¿Lo estableció el niño?
 - ¿Lo establecieron los padres?

16. ¿Usted ha notado otra dificultad en el niño desde que comenzó la escuela? ¿Cuál?
17. En el aula es considerado por la maestra:
Intranquilo___ Pasivo___ Activo___
18. ¿Cómo es su rendimiento escolar?
19. ¿Cómo son las relaciones con la maestra?

VIII-Relación Hogar-Escuela.

1. ¿Asisten a las reuniones de padres?
2. ¿Cuál de los padres asiste con mayor frecuencia a las reuniones?
3. ¿Le ha sido planteadas dificultades que presenta el niño en la escuela?
4. ¿Han recibido orientaciones por parte de la maestra para atender las dificultades del niño?
5. ¿Qué medidas ha tomado la familia?

IX-Historia Familiar.

1. ¿Quiénes conviven en la casa con el niño?
2. ¿Cuál es la participación de los miembros de la familia en la vida en común?
¿Quién tiene la menor participación?
¿Quién tiene la mayor participación?
3. ¿Qué tareas realiza el niño?
4. ¿Específicamente a quién obedece más el niño?
5. ¿Quién es el responsable de la educación directa del niño?
6. ¿Quién es la persona más importante para el niño?
7. ¿El padre (madre) se acerca al niño a darle afecto?
8. ¿El padre (madre) se acerca al niño a regañarlo?
9. ¿Cómo se lleva el niño con sus hermanos?
10. ¿Con qué miembro del hogar muestra el niño mayor afecto?
11. ¿Cuándo existen dificultades tratan de buscarle solución entre todos los miembros?
12. ¿Cómo se llevan, discuten con frecuencia, respetan opiniones?
13. ¿La comunicación entre los miembros de la familia es clara y directa?
14. ¿Quién es menos comprendido en el hogar?

15. ¿Cómo son las relaciones entre los miembros de la familia?
16. ¿Puede el niño salir a pasear con sus amiguitos?
17. ¿El niño hace todo lo que quiere sin ser requerido?
18. ¿El niño consigue lo que desea?
19. ¿Cuándo pide algo no acorde con su edad cómo reaccionan y proceden?
20. ¿Cuándo miembro del hogar decide imponer un castigo al niño todos lo aceptan y asimilan de igual forma?
21. ¿Cuándo es castigado, alguien le quita el castigo?
22. ¿Quién lo defiende a pesar de haberse portado mal?
23. ¿Cómo es estimulado el niño?
24. ¿Lo llevan a pasear con frecuencia?
25. ¿Qué exigencias se plantean en la educación del menor?
26. ¿Piensa que el niño tiene posibilidades reales para estas exigencias?

XI-Condiociones socioeconómicas familiares.

1. Entrada económica: Padre_____ Madre_____ Otros_____
2. ¿En qué condiciones se encuentra la vivienda?
3. Equipos que poseé:
 - . Radio_____
 - . Televisor_____
 - . Refrigerador_____
 - . Lavadora_____
 - . Teléfono_____
 - . Batidora_____
 - . Vídeo_____
 - . Grabadora_____
 - . Ventilador_____
 - . Otros_____
4. ¿Procedencia familiar?
 - Rural_____ Urbana_____
5. Hábitos tóxicos: (padre, madre u otro miembro del hogar)
 - . Café

- . Tabaco
- . Alcohol
- . Otros

ANEXO 2

El análisis tuvo como objetivo profundizar en aspectos esenciales, valorando los momentos axiales significativos:

Para los padres:

- . Motivo de consulta.
- . Expresión sintomatológica.
- . Tiempo de evolución de esta manifestación.
- . Tratamiento psicológico anterior.
- . Eventos vitales.
- . Antecedentes patológicos personales.
- . Antecedentes patológicos familiares.
- . Composición y características afectivas de la familia.
 - Crisis familiares.
 - Jerarquía: Grado de participación formal en la toma de decisiones que tiene una persona determinada en los aspectos económicos, ideológicos y sociales.

Los indicadores se tomaron del modelo de funcionamiento familiar de P. Arés (1990).

- ✓ Igualdad en la toma de decisiones del hombre y la mujer, con flexibilidad.
- ✓ Predominio del hombre y la mujer en la toma de decisiones o rigidez en las decisiones.
- ✓ Ausencia de una figura que tome las decisiones familiares.
- ✓ Grado de participación en la vida social de la pareja.
 - Simetría positiva: participación social activa, similar y adecuada de ambos cónyuges en la vida social y política.
 - Simetría negativa: participación social no activa o pobre de ambos cónyuges en la vida social y política (Tomado del Modelo de funcionamiento familiar de P. Arés, 1990).
 - Asimetría: participación social desigual de la pareja en la vida social y política.

- ✓ Distribución de tareas domésticas en el hogar.
- ✓ Comunicación familiar: sistema de comunicación humana que tiene lugar dentro del seno de la familia incluyendo en ella la transmisión del afecto padre-hijo fundamentalmente. Valorando su estructura y frecuencia.
 - Buena comunicación familiar: La comunicación se realiza mediante semejantes claros directos en transmisión positiva del afecto de manera sistemática y estable.
 - Regular comunicación familiar: La comunicación esta empobrecida, se realiza mediante poco claros e indirectos con ambivalencia en la transmisión del afecto alterando vivencias positivas y negativas de manera sistemática y estable.
 - Mala comunicación familiar: Poca comunicación verbal pudiendo llegar incluso a la incomunicación con mensajes pocos claros, indirectos y/o agresivos. No se expresa afecto y cuando se demuestra predominan afectos negativos.
- ✓ Condiciones económicas y socioculturales de la familia.
 - Alto: Familias en las cuales están cubiertas las necesidades de alimentación, vestir, juego y recreaciones.
 - Medio: Familias en las cuales están al menos tres de estas necesidades cubiertas.
 - Bajo: Familia en las cuales dos o menos de estas necesidades están cubiertas.
 - Condiciones de la vivienda:
 - Buena: Familias que cuentan con un techo, sin hacinamiento y equipos electrodomésticos que cubran primeras necesidades (refrigerador, televisor y ventilador).
 - Regular: Familias que cuentan con un techo con hacinamiento y cubrimiento de al menos de un equipo electrodoméstico.
 - Mala: Familias que cuentan con un techo con hacinamiento y sin equipos electrodomésticos.

Para el niño:

- . Reconocimiento del estado psíquico del menor
- . Motivo de la consulta
- . Sintomatología

- . Historia escolar
- . Rendimiento intelectual
- . Ritmo de aprendizaje
- . Dificultades escolares
- . Sintomatología en la escuela
- . Comportamiento general de la maestra con el menor
- . Percepción que tiene el niño de su familia
- . Motivaciones e intereses del niño
- . Otras categorías no predefinidas y sugeridas por datos obtenidos.

ANEXO 3

Departamento de Psicología Test de Completamiento de Frases

Nombre: _____ Edad: ____ Grado: ____
Escuela: _____ H.C. _____

Completa las siguientes oraciones con la primera idea que se te ocurra, no lo pienses mucho.
No hay respuestas buenas ni malas.

1. Quiero mucho a mi _____
2. Tener un hermanito _____
3. Maria quiere ser como su _____
4. Tengo miedo a _____
5. En la perreta mordio a _____
6. La niña sueña con _____
7. Lloro cuando _____
8. Luisa se arrepintio de _____
9. Cuando tengo miedo llamo a _____
10. Cuando me acuesto yo _____
11. Anita esta triste porque _____
12. Jose esta triste porque _____
13. Luisa es mala porque _____
14. La notas del niño son _____
15. Maria esta brava con su papa porque _____
16. Cuando me quedo solo yo _____
17. Juanita es buena porque _____
18. Los amiguitos quieres que la niña _____
19. Ana esta buscando con su mama _____
20. La maestra es _____
21. Mi mayor deseo es _____
22. Luisa quiere a su escuela porque _____
23. Los varones _____
24. Los niños _____
25. El niño es _____
26. Cuando estoy bravo yo _____

ANEXO 4

DIBUJO SUGERIDO:

Tema: *Mi Familia.*

INDICADORES:

I. COLOR:

1. Pobre uso del color:
2. Inadecuación del color:
3. color inusual:
4. Seriaciones de color:
5. Preferencia Cromática:

II. FORMAS Y ESTRUCTURA:

1. Fortaleza del trazo:
2. Reforzamiento:
3. Control muscular:
4. Tamaño de la figura:
5. Proporción:
6. Distribución lógica:
7. Elementos Absurdos:
8. Seriación de elementos:
9. Elementos en el aire:
10. Movimiento:

IV. CONTENIDO Y FORMA:

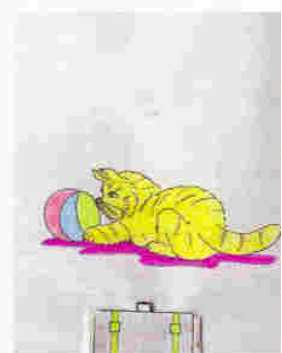
V. FIGURA HUMANA:

1. Incompleta:
2. Primitismo:
3. Estropeo:
4. Expresividad:

INTERPRETACION:

ANEXO 5

Láminas de la Técnica Viajando con Mi Familia



ANEXO 6

Protocolo de la técnica “Viajando con mi familia”

Nombre y apellidos _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Grado: _____ Escuela: _____

Padre: _____ Edad: _____

Madre: _____ Edad: _____

Padrastro: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Tiempo inicial: _____ Tiempo final: _____

I. Concepto de familia

Lugar: _____

Actividades: _____

II. Selección de personas

[illegible]

III. Tarjetas seleccionadas

Tarjetas.	Personas seleccionadas	Argumentos	Observaciones
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
28			
30			
31			
32			
Selección de animales			

IV. Motivación

Si __ No__

Valoración de la prueba:

Experimentador:_____

ANEXO 7

Tarjetas de la técnica "Viajando con mi familia"

- J 1- ¿Quién guarda el dinero en tu casa?
- J 2 - ¿En tu casa se hace lo que dice?
- J 3 - ¿Algunas veces cuando te portas mal, te dicen: deja que venga?
- J 4 - ¿A quién respetas más en tu casa?
- C 5 - ¿A quién tú le preguntas, cuando quieres saber algo?
- C 6 - ¿Quién te entiende más?
- C 7 - ¿A quién no te acercas, cuando no sabes resolver un problema?
- C 8 - ¿Con quién planificas, las cosas que vas a hacer?
- C 9 - ¿Quién te dice las cosas malas o buenas, de forma clara que tú lo entiendas?
- C 10 - ¿Quién te entiende menos?
- C 11 - ¿Quién te dice las cosas malas o buenas que tú haces, de forma poco clara que tú no entiendas?
- A 12 - ¿Quién te quiere mucho?
- A 13 - ¿En tu casa, el que más pelea contigo es?
- A 14 - ¿Con qué persona de tu casa, te sientes triste al estar con ella?
- A 15 - ¿Con qué persona de tu casa, te sientes contento al estar con ella?
- A 16 - ¿En tu casa, el menos cariñoso contigo es?
- A 17 - ¿Quién te quiere menos?
- R 18 - ¿Quién se preocupa más por tus cosas?
- R 19 - ¿Con quién sales poco a pasear?
- R 20 - ¿Los trabajos en tu casa, los hace casi siempre?
- R 21 - ¿Quién trabaja menos en tu casa?
- R 22 - ¿Quién ayuda a tu mamá en las labores de la casa?
- R 23 - ¿En tu casa, te mandan a hacer mandados?. ¿Quién y Cuáles?
- EE 24 - ¿En tu casa, te dejan hacer todo lo que quieras? ¿Quién?
- EE25 - ¿Quién te exige que hagas las cosas a la misma hora?
- EE26 - ¿Quién no te deja jugar con otros niños?
- EE 27 - ¿En tu casa, quién no está de acuerdo con lo que haces?
- EE 28 - ¿En tu casa, quién te regaña por todo?
- EE 29 - ¿Quién no está de acuerdo cuando te ponen de castigo?
- EE 30 - ¿En tu casa, hay pleitos frecuentemente?. ¿Quiénes pelean?

EE 31 - ¿Te dejan bañarte y vestirse solo?. ¿ Quién?

EE 32- ¿Cuándo necesitas ayuda, quién no te la brinda?

ANEXO 8

Informe Escolar

Compañera (o) maestro (a), con el objetivo de conocer su opinión en cuanto a la conducta escolar y la presencia o no de síntomas nerviosos, a juicio suyo puede tener el alumno:

Solicitamos de usted nos evalúe cuidadosamente esta encuesta.

I. Marque con cruz (X), los aspectos que usted considere tiene este alumno.

a)

Aprenzaje

Atención

Memoria

Excelente____

Dispersa____

Fija con dificultad____

Normal____

Concentrada____

Recuerda con dificultad____

Lento____

II. Conducta habitual.

Actualmente

Expresivo____

Expresivo____

Desobediente____

Desobediente____

Intranquilo____

ltranquilo____

Retraído____

Retraído____

Dominante____

Dominante____

Nervioso____

Nervioso____

Cansancio fácil____

Cansancio fácil____

Agresivo____

Agresivo____

Perretoso____

Perretoso____

Agregar si considera necesario otra característica que particularice al niño.

III. Diciplina.

Excelente____

Buena____

Regular_____

Mala_____

IV. Asistencia

No falta_____

Falta poco_____

Falta frecuentemente_____

Falta durante periodos prolongados_____

Falta sin conocimientos de sus padres_____

V. a) Relaciones con sus compañeros (sociabilidad)

	En el aula	Act. Extra escolar
Comparte con todos.	_____	_____
Comparte con un grupo pequeño.	_____	_____
Comparte con uno o dos niños.	_____	_____
No comparte con nadie.	_____	_____

b) Relaciones del niño con el maestro.

Excelente_____

Buenas_____

Regulares_____

Malas_____

No se establecen_____

c) Relaciones hogar-escuela.

Excelente_____

Buenas_____

Regulares_____

Malas_____

No se establecen_____

VI. Sintomatología.

a) ¿Encuentra ud. Síntomas de alteración nerviosa en el niño?

Si_____

No_____

b) En caso afirmativo. Marque con una X los que ud. Observa en el menor:

☐ Anorexia	☐ Distractibilidad	☐ Tics	☐ Intraquilidad
☐ Movimientos estereotipados	☐ Retraimiento social	☐ Sentimiento de inferioridad	☐ Negativismo
☐ Bulimia	☐ Frialdad en la piel	☐ Dermatitis	☐ Alopecia
☐ Tristeza	☐ Face deprimida	☐ Irritabilidad	☐ Agresividad
☐ Salto epigástrico	☐ Enuresis	☐ Taquicardia	☐ Hiperhidrosis
☐ Encopresis	☐ Llanto		
☐ Cólicos	☐ Dificultad mnética	☐ Cefaléa	
☐ Insomio	☐ Rechazo escolar	☐ Fatigabilidad	
☐ Pesadilla	☐ Dificultad en el aprendizaje	☐ Onicofagia	
☐ Terror nocturno		☐ Deseos de morir	
		☐ Dolor precordial	

c) Estos son:

Estables _____

Frecuentes _____

Ocasionales _____

d) ¿Cuál usted creé pueda ser la causa?

e) ¿Cuándo surgieron?

Semanas _____, 3 meses _____, 6 meses _____, un año _____, más de 1 año _____

f) ¿Cómo ha manejado esto la familia?

g) ¿Cómo ha manejado esto la escuela?

VII. ¿Algo más que crea qu es significativo?

ANEXO 9

Ficha de observación de factores que intervienen en el desenvolvimiento de las pruebas.

Montserrat Moreno y Cecilia Thome.

Nombre: _____ Edad _____

Fecha: _____ Examinador: _____

1. Modelo de relacionarse:

1.1

a) Es comunicativo durante toda la sesión.	3
b) Responde solo cuando se le pregunta.	2
c) Contesta con monosílabos.	1
d) No se comunica durante toda la sesión.	0

1.2

a) Es colaborador durante toda la sesión.	3
b) Es colaborador en determinadas tareas.	2
c) No colabora en la mayoría de las tareas.	1
d) No es colaborador.	0

1.3

a) No pide ayuda durante toda la sesión.	3
b) Pide ayuda en determinadas tareas.	2
c) Pide ayuda en la mayoría de las tareas.	1
d) Pide ayuda en todas las tareas.	0

2. Lenguaje.

a) Habla de un modo claro y fluído.	3
b) No siempre encuentra las palabras adecuadas para expresarse, pero finalmente logra hacerlo.	2
c) Su caudal léxico es limitado.	1
d) No responde o no logra hacerse entender.	0

3. Comprensión de consignas.

a) Comprende todas las consignas e instrucciones y las sigue.	3
b) Comprende las consignas, pero necesita algunas aclaraciones.	2
c) Necesita que se le repitan las consignas para comprenderlas.	1
d) No comprende las consignas o requiere demostración.	0

4. Atención y concentración.

4.1

a) Presta atención inmediata a la tarea.	3
b) Presta atención, pero se demora un poco.	2
c) Presta atención a las tareas por momentos.	1
d) No logra prestar atención a las tareas.	0

4.2

a) Evalúa y analiza la tarea y adopta los pasos adecuados para su solución.	3
b) Trata de evaluar la tarea y adopta en algunos casos, los pasos adecuados.	2
c) Responde por ensayo-error o al azar.	1
d) Responde sin ningún criterio.	0

4.3

a) Se concentra en lo que está haciendo.	3
b) Se concentra por lapsos prolongados o según la tarea.	2
c) Se concentra por lapsos cortos, se distrae fácilmente.	1
d) No logra concentrarse, totalmente distraído.	0

5. Fatigabilidad.

a) No da muestra de cansancio durante la evaluación.	3
b) Se cansa en algunas ocasiones, o en algunas tareas.	2
c) Se cansa progresivamente (15' a 20')	1
d) Se cansa rápidamente (5' a 15')	0

6. Nivel de actividad.

6.1

a) Nivel de actividad promedio.	3
b) Movido a reacciones un poco lentas.	2
c) Muy movido.	1
d) Hiperactivo o desinhibido.	0

6.2

a) Inicia la actividad inmediatamente después de dada la consigna.	3
b) Espera un momento para iniciar la actividad. Necesita ser estimulado.	2
c) Antes de terminada la consigna inicia la actividad.	1
d) Vehemente, se precipita a dar respuestas y hace las tareas sin escuchar.	0

7. Estrategias de trabajo.

7.1

a) Su trabajo es constante y dedicado.	3
b) Trabajo constante aunque por momentos se distrae o descansa.	2
c) Trabajo intermitente, se distrae o descansa.	1
d) Es impulsivo, se apresura por terminar o es desganado para trabajar.	0

7.2

a) Realiza su tarea de manera organizada.	3
b) Le es difícil organizarse al inicio de la tarea, pero luego lo logra.	2
c) Empieza la tarea de manera ordenada, pero luego se desorganiza.	1
d) Realiza su tarea de manera adecuada.	0

8. Autonomía y confianza en sí mismo.

a) Escuchas las instrucciones y las ejecuta sin ayuda.	3
b) Confía en sus habilidades aunque en algunas ocasiones consulta.	2
c) Pregunta constantemente mientras ejecuta cada paso.	1

d) Desconfía de sus habilidades y solicita ayuda.	0
---	---

9. Tolerancia a la frustración.

9.1

a) Reacciona adecuadamente al fracaso.	3
b) Reacciona adecuadamente al fracaso en ciertas tareas, pero no en otras.	2
c) No tolera la frustración, responde para salir del paso.	1
d) No tolera la frustración y abandona la tarea (dice "No se", llora, etc).	0

9.2

a) Las tareas difíciles les son estimulantes.	3
b) Su desempeño es parejo en todas las tareas.	2
c) Prefiere las tareas fáciles.	1
d) Abandona rápidamente cualquier tipo de tarea.	0