

INFLUENCIA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO Y EN LA INTEGRACIÓN SOCIO-ESCOLAR

Autoría: Cristina Reina Cano

Temática: Atención a la diversidad

Etapas: Educación Primaria

Resumen:

Este artículo recoge un estudio con el que se pretendió comprobar la influencia de distintas enfermedades crónicas en niños/as escolarizados en la etapa de primaria, en su rendimiento escolar, por un lado, y en su integración socio-escolar, por otro. Además se quiso ver si algunas condiciones de esas enfermedades, como número de hospitalizaciones y tiempo desde que fue diagnosticada la enfermedad, podían estar detrás de esas influencias.

Al final del estudio, se concluyó que los alumnos/as con enfermedad crónica tiene más dificultades de aprendizaje y peores calificaciones en las asignaturas de lengua y matemáticas, que los alumnos/as sin enfermedad crónica. Del mismo modo, tienen peores índices de integración social y mayores índices de ansiedad y depresión. Por último, se encontró que no existía relación entre las variables específicas relacionadas con la enfermedad crónica y el resto de las variables que miden rendimiento académico (dificultades de aprendizaje, notas en lengua y matemáticas) e integración social.



Palabras clave:

Enfermedad crónica, ansiedad, depresión, integración social, rendimiento académico.

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad crónica es uno de los factores que pueden alterar el desarrollo ordinario de la vida de un niño o niña. El impacto de una enfermedad de media o larga duración puede afectar a su proceso de socialización y de formación, llegando, en algunos casos, a condicionar de forma determinante la continuidad del mismo y el logro de los aprendizajes. Por eso es necesario conocer el alcance que algunas de estas enfermedades tienen en la vida escolar y social de los niños/as para determinar qué medidas socioeducativas se pueden llevar a cabo para prevenir y disminuir el impacto de estas enfermedades.

La importancia de la salud y su incidencia en el proceso de enseñanza y de aprendizaje ha sido reconocida en la Ley 9/1999 de Solidaridad en la Educación incluyendo, entre los destinatarios de las acciones de compensación educativa, al alumnado que por razones de salud necesita atención educativa fuera de las instituciones escolares. La Ley de Solidaridad en la Educación consolida el compromiso de la Consejería de Educación y Ciencia con estos escolares que no es otro que el garantizar la continuidad del proceso educativo durante el periodo de enseñanza obligatoria.

Los escolares que padecen algún tipo de enfermedad crónica, viven un momento en el que la escuela es, junto el ámbito familiar, uno de los contextos más importantes. Si bien, su mundo familiar es el eje más significativo y cercano, el contexto escolar, tiene también una gran importancia en el desarrollo personal, afectivo y social. En el periodo escolar se desarrollan una gran parte de las capacidades y potencialidades de la persona siendo la escolarización un proceso decisivo para favorecer la evolución psíquica, social y cognitiva.

La enfermedad crónica puede suponer un alejamiento del entorno habitual del alumno por un periodo de tiempo más o menos prolongado. En este sentido, las posibles consecuencias emocionales y académicas de padecer una enfermedad crónica pueden ser: a) la hospitalización, que produce un cambio brusco de su entorno y de las actividades normales, b) las secuelas de la enfermedad, de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos, c) 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 d) trastornos sociales: aislamiento social, entorno más pobre de estímulos, sobreprotección, fobias o fracasos escolares (Díaz, 1993; Barahona, 1999).

Cuando los niños/as tienen que hacer frente a las hospitalizaciones, pueden interpretarla como un castigo por algo que deben haber hecho mal y pueden manifestar miedo al abandono. Pero son la ansiedad y la depresión las principales alteraciones emocionales que se producen con la hospitalización, que junto, a esos miedos y temores y a la falta de actividad, pueden causar importantes

alteraciones comportamentales, conductas negativas, agresividad, trastornos del sueño y de la alimentación, comportamientos regresivos, dependientes e inmaduros y trastornos de la atención (Lizasoáin, 2000).

La ansiedad y la depresión, no sólo están asociadas a la hospitalización, también puede estar relacionada con el tratamiento y las limitaciones que este conlleva en su vida diaria (trastornos del sueño, problemas de anorexia, falta de apetito, náuseas, vómitos, dolor, alteraciones del humor).

Por otro lado, la enfermedad origina una inestabilidad emocional en las relaciones sociales del niño/a con sus compañeros/as, debido entre otras cosas, a las ausencias escolares y aumenta el riesgo de sufrir problemas sociales. Estas faltas de asistencia a clase también influyen en su rendimiento académico. Así los niños/as enfermos, son menos capaces de mantener un ritmo de trabajo adecuado, tienen dificultades para concentrarse y aprender, tienen menos energía e iniciativa y no desean emprender nuevas actividades. Muchos se niegan a asistir a la escuela después del tratamiento y desarrollan síntomas físicos (psicosomáticos) para evitarlo (Grau, 2004). Por eso, nos planteamos que mientras mayor es el número de hospitalizaciones peor integración social en la escuela y peores resultados académicos.

Por tanto, la enfermedad crónica es uno de los factores que pueden alterar el desarrollo ordinario de la vida de un/a niño/a. El impacto de una enfermedad de media o larga duración puede afectar a su proceso de socialización y de formación, condicionando de forma determinante la integración social del alumno/a en el colegio y el logro de los aprendizajes escolares.

En Martínez, Lastra y Luzuriaga (2002), se hace una revisión de la literatura que relaciona los aspectos psicosociales y psicopatológicos que pueden acompañar a algunas de las enfermedades crónicas más frecuentes en la edad infanto-juvenil como el asma, la diabetes y la epilepsia. Todas las investigaciones analizadas tienen en común, los síntomas ansioso-depresivos, como consecuencias psicológicas más frecuentes de la enfermedad crónica. Así, se hace referencia a los trabajos de Nollet-Clemençon, Vila, De Blic, Mouren-Siméoni y Scheinmann (1995), quienes evalúan la prevalencia de psicopatología y los diferentes tipos diagnósticos según criterios DSM y se establece una relación entre psicopatología y gravedad de la enfermedad, con un 30% de pacientes con trastornos psicológicos entre los sujetos con asma grave y moderado y un 10% en los de asma menos grave. Los problemas psicológicos más frecuentemente observados entre los casos de asma moderada/grave, estaban en la línea ansioso-depresiva y, más concretamente, los problemas ansiosos. El 36% de los niños/adolescentes sufrían problemas de ansiedad frente al 8% en los de asma leve. En el grupo de asma moderado/grave, un 6% tenían un trastorno distímico. Ningún paciente con asma leve presentó trastornos depresivos. No existieron

casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), si bien los problemas de atención/concentración eran más frecuentes en los casos de asma grave. Los resultados escolares eran comparables en los dos grupos. De todas formas, los sujetos que sufrían asma moderado/grave, evitaban más las actividades físicas y sociales que los individuos que sufrían asma leve, lo que podría deberse a la ansiedad y la evitación ansiosa.

En este estudio, se ha pretendido comprobar la influencia de distintas enfermedades crónicas en niños/as escolarizados en la etapa de primaria, en su rendimiento escolar, por un lado, y en su integración socio-escolar, por otro. Además se quería conocer si algunas condiciones de esas enfermedades, como número de hospitalizaciones y tiempo desde que fue diagnosticada la enfermedad, podían estar detrás de esas influencias.

A la hora de abordar este tema, partimos de la concepción de la salud y de la enfermedad como un fenómeno de naturaleza biopsicosocial, y diferenciamos la enfermedad crónica de otras enfermedades o dolencias con escasa incidencia en el desarrollo personal. Se considera enfermedad crónica a toda condición física, generalmente no fatal, que dure más de tres meses en un año o que necesite un periodo de hospitalización continuada de más de un mes en un año, incluyendo aquellos trastornos de suficiente gravedad que interfieren la actividad del niño/a en algún grado y excluyendo los problemas psíquicos y mentales crónicos, los procesos o déficits físicos menores y aquellas enfermedades graves que resultan fatales a corto plazo (Navarro, 1992).

Cierto es que en la definición anterior tendríamos que incorporar diversas matizaciones referentes, sobre todo, a los tiempos establecidos, así como a las consecuencias derivadas de accidentes; pero creemos, sirve como marco general para entender que estamos refiriéndonos a niños, niñas y adolescentes cuyos problemas de salud interfieren en sus actividades cotidianas y que en dichos problemas existen tres elementos a considerar:

- El tiempo de duración del proceso o sus secuelas.
- Las necesidades de servicios especiales y prestaciones complejas.
- Las limitaciones, discapacidades y minusvalías que conllevan.

En cuanto a la incidencia y la prevalencia de la enfermedad crónica en niños/as, es preciso señalar, que son muy variadas, tanto por la multiplicidad de trastornos, como por la diversidad individual y factores personales, sociales y culturales, incluido el hecho de que los avances en tecnología médica, han mejorado el curso de muchas enfermedades, pero al mismo tiempo se han

producido en muchos casos, severos problemas físicos, sociales y emocionales, que afectan directamente al bienestar psicosocial del niño (Zimmerman-Tansella, 1995).

Centrándonos en nuestra comunidad autónoma, se ha elaborado desde la Consejería de Salud una relación de la incidencia de las enfermedades crónicas más comunes entre la población escolar (Ver Tabla 1), y que se puede consultar en la Guía para la atención a la infancia con problemas crónicos de salud, editada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en 1997.

Tabla 1. Incidencia de enfermedades crónicas

Enfermedad	Casos por 100
Asma/alergia	10
Cardiopatía congénita	7
Epilepsia	3,5
Artritis	2,2
Diabetes mellitus	1,8
Labio/paladar hendido	1,5
Espina bífida	,4
Anemia falciforme	,3
Fibrosis quística	,2
Hemofilia	,15
Leucemia linfocítica aguda	,11
Insuficiencia renal crónica	,08
Distrofia muscular	,06

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Tras analizar múltiples investigaciones en las que se estudia las repercusiones de las enfermedades crónicas en niños/as y adolescentes, llegamos a la conclusión de que es necesario seguir investigando, para responder a la pregunta de; hasta qué punto las enfermedades crónicas influyen en el proceso de desarrollo social e intelectual de los niños/as que la padecen y qué variables de la enfermedad son las que están perjudicando este desarrollo.

2.1. Objetivo general

Estudiar las implicaciones psicológicas y comportamentales, así como las posibles implicaciones en el rendimiento escolar de niños/as con enfermedades crónicas, que tienen una edad comprendida entre 6-12 años.

2.2. Objetivo específicos

- **Objetivo 1.** Estudiar las relaciones existentes entre diferentes enfermedades crónicas y el rendimiento escolar en la escuela.

Hipótesis 1.1. Los niños/as con enfermedades crónicas, en general, tendrán mayores dificultades de aprendizaje, que los niños/as que no tienen este tipo de enfermedad, con una diferencia estadísticamente significativa.

Hipótesis 1.2. Los niños/as con enfermedades crónicas, en general, tendrán unas calificaciones más bajas en lengua y matemáticas, que los niños/as que no tienen este tipo de enfermedad, con una diferencia estadísticamente significativa.

Hipótesis 1.3. Existirá una relación positiva entre el tiempo transcurrido desde que aparece la enfermedad crónica y la probabilidad de presentar dificultades de aprendizaje, con una diferencia estadísticamente significativa.

Hipótesis 1.4. Se estima que mientras más tiempo ha pasado desde que fue diagnosticada la enfermedad crónica se obtendrán unas peores calificaciones en lengua y matemáticas, con una diferencia estadísticamente significativa.

Hipótesis 1.5. Se estima que mientras mayor es el número de hospitalizaciones con motivo de la enfermedad crónica más probabilidad de presentar dificultades de aprendizaje, con una diferencia estadísticamente significativa.

- **Objetivo 2.** Estudiar las relaciones existentes entre diferentes enfermedades crónicas y la integración en el ámbito escolar.

Hipótesis 2.1. Los niños/as con enfermedades crónicas, presentarán peor nivel general de integración, en comparación con otros niños/as que no tienen ese tipo de enfermedades, con una diferencia estadísticamente significativa.

Hipótesis 2.2. Los niños/as con enfermedades crónicas, presentarán una puntuación más elevada en las escalas de ansiedad y depresión, en comparación con otros niños/as que no tienen ese tipo de enfermedades, con una diferencia estadísticamente significativa.

Hipótesis 2.3. Se estima que mientras más tiempo ha pasado desde que fue diagnosticada la enfermedad crónica, peor índice de integración escolar, con una diferencia estadísticamente significativa.

Hipótesis 2.4. Se estima que mientras mayor es el número de hospitalizaciones con motivo de la enfermedad crónica peor índice de integración escolar, con una diferencia estadísticamente significativa.

3. MÉTODO

3.1. Participantes

La muestra del estudio estaba formada por dos grupos. El primero era el grupo diana o grupo de niños/as con enfermedades crónicas - objeto de estudio-, con edades comprendidas entre 6-12 años que cursaban la Educación Primaria y que tenían algún tipo de enfermedad crónica. Estos alumnos/as debían haber sido previamente diagnosticados por los especialistas correspondientes del Centro de Salud de la zona geográfica de residencia de las familias de estos niños/as, con anterioridad al comienzo del curso 2008/2009. El tamaño de este primer grupo, en un principio, se correspondía con la totalidad de la población afectada, considerando la zona geográfica y el número de estudiantes que acudían a los CEIP donde se realizó el estudio. Pero aplicando los criterios de exclusión de nuestro estudio y dada la voluntariedad de éste, al final, el grupo de alumnos con enfermedades crónicas se redujo a 20 alumnos, con una edad media de ocho años.

El segundo grupo, grupo control o grupo de niños/as sin enfermedades crónicas, estaba compuesto por 20 alumnos/as de edades comprendidas entre 6-12 años, que cursaban la Educación Primaria y que no habían sido diagnosticados con ningún tipo de enfermedad crónica. Esta información fue recogida por los tutores/as, quienes cada año a principios de curso, preguntan a los padres en la primera reunión del año académico si se ha producido alguna complicación tanto médica, como personal que deban saber en el centro.

En los dos grupos se establecieron los siguientes criterios de exclusión:

- x Presentar algún tipo de discapacidad.
- x Padecer un trastorno psicológico o un trastorno conductual. De esta forma se descartaron alumnos con hiperactividad, trastorno negativista desafiante y trastorno grave de conducta.
- x Haber sufrido algún tipo de acontecimiento traumático en el último año.
- x No padecer otra enfermedad crónica asociada.

3.2. Procedimiento

Para la realización del estudio se seleccionaron varias localidades de la Sierra de Cádiz que cumplieran unas características socioculturales similares.

En cada una de estas localidades se observaron los registros de enfermedades crónicas que había en los centros de primaria y que forman parte

de uno de los Programas de intervención del Equipo de Orientación Educativa (EOE) de la zona. A partir de estos registros se formó el grupo de crónicos de la muestra. De este grupo se eliminaron aquellos alumnos/as que no cumplieran con los requisitos para formar parte del estudio.

Una vez seleccionados los alumnos/as con enfermedades crónicas que podían formar parte del estudio, se reunió a los padres y se les explicó que, como parte de la atención prestada en el centro educativo y en el EOE, se iba a poner en marcha un estudio. Consistía en la valoración de cómo estaba influyendo la enfermedad de sus hijos/as en su rendimiento escolar y en su comportamiento en la escuela. El objetivo final era mejorar la intervención educativa que estos alumnos/as recibían. A continuación se les pasó una entrevista inicial correspondiente a "Información sobre la enfermedad crónica".

En todo momento se dejó claro que la participación era voluntaria (obteniendo la autorización de los padres) y que los datos serían confidenciales, quedando a disposición del Centro la información obtenida, así como los resultados y las conclusiones del estudio, para que estimara el procedimiento a seguir en caso de que los padres quisieran ser informados.

El grupo de alumnos/as que no padecían enfermedades crónicas, fueron alumnos/as escogidos de las diferentes clases en las que había escolarizado un alumno/a crónico que participaba en el estudio, aunque controlando, además de los criterios de exclusión, ciertas variables; De esta forma, mediante un procedimiento de emparejamiento controlando las variables sexo y edad, cada tutor participante en el estudio escogía al azar del listado de alumnos de su clase, un alumno/a sin enfermedad, por cada alumno/a con enfermedad crónica de su clase, debiendo ser ese alumno/a del mismo sexo y cumplir años en un intervalo común de tres meses. A continuación, el tutor/a se reunió con los padres de estos alumnos/as y les explicó en qué consistía la investigación, la finalidad y el carácter voluntario de la misma.

Como se expone detalladamente en el apartado siguiente, en este estudio se utilizó el Cuestionario BASC para tutores T2 (niños de 6-12 años) que fue realizado por el tutor/a de cada uno de los niños/as, dado que es el maestro/a que mejor conoce a los alumnos/as y el que pasa más tiempo con él/ella y con el grupo-clase. A los tutores/ras también se les pidió la participación voluntaria y se les reunió previamente para informarles de los objetivos de la investigación, explicarles el procedimiento a seguir y cómo rellenar el cuestionario. Se acordó, un plazo máximo de un mes para que rellenasen los cuestionarios y aportasen la información sobre las notas del curso 2008/2009 en lengua y matemáticas de cada uno de los alumnos/as participantes.

3.3. Medidas de evaluación

A todos los alumnos/as participantes, se les administró:

- ★ El cuestionario BASC-Sistema e Evaluación de la Conducta en niños y adolescentes (Reynolds y Kamphaus, 2004) que evalúa una gama amplia de dimensiones distintas, además de evaluar trastornos emocionales y problemas de personalidad y conductuales: identifica rasgos positivos que pueden ser útiles en el proceso de tratamiento. Proporciona información desde múltiples fuentes (padres, tutores/as, observadores /evaluadores y alumnado) que se comparan utilizando instrumentos que han sido tipificados con la misma muestra para ayudar a lograr diagnósticos fiables y precisos.

Se utilizó el cuestionario BASC porque, por un lado, era el único instrumento estandarizado que valoraba los aspectos psicológicos elegidos en el estudio (integración social, ansiedad, depresión), junto a otros de los aspectos valorados, las dificultades de aprendizaje. La posibilidad de valorar en un solo instrumento todos estos aspectos fue lo que nos hizo elegir éste entre otros muchos que valoraban estas variables, pero por separado. Por otro lado, con este instrumento se abarcaba todo el rango de edad de nuestra muestra, sin necesidad de utilizar varios instrumentos para valorar lo mismo pero en diferentes edades.

De todas las posibles fuentes de información, se ha utilizado en esta investigación, el cuestionario para tutores/as, dejando a parte el cuestionario para padres y el de los alumnos/as, porque el objetivo de la investigación se centraba en el ámbito escolar en concreto. Existen tres cuestionarios de evaluación para tutores/as (T), que corresponden a diferentes edades; T1, Educación Infantil (3-6 años); T2, Niños/as desde los 6-12 años y T3 Adolescentes desde los 12 a los 18 años. El cuestionario contiene descriptores de conductas con un formato de elección múltiple de cuatro alternativas que van desde nunca hasta casi siempre. En este estudio se utilizó el T2 (niños/as de 6-12 años).

La modalidad T evalúa dimensiones globales como: Exteriorizar problemas, Interiorizar problemas y Problemas escolares. Además, proporciona un índice global, el Índice de Síntomas Comportamentales (ISC), que evalúa el nivel general de conductas problema en el sujeto.

Además tiene tres escalas adaptativas: Adaptabilidad, Habilidades Sociales y Liderazgo, así como nueve escalas clínicas; Agresividad, Hiperactividad, Problemas de Conducta, Problemas de Atención, Atipicidad, Depresión, Ansiedad, Retraimiento y Somatización.

Las puntuaciones obtenidas en T se pueden interpretar comparándolas con las obtenidas por la muestra de referencia de acuerdo a la edad y al sexo

examinado.

El T incluye varios índices de validez:

- Índice F ("falso malo"); diseñado para detectar una actitud de respuesta negativa por parte del maestro/a que está completando el cuestionario.
- Índice de consistencia de respuesta (ICR); señala aquellos cuestionarios que pueden ser invalidados porque la persona no prestó la suficiente atención al responder.
- Índice de patrones de respuesta (PTR); que señala aquellos cuestionarios que pudieran ser invalidados porque la persona siguió un determinado patrón de respuesta independientemente del contenido de los elementos.

Con respecto a la fiabilidad, el amplio conjunto de escalas se mueve entre una fiabilidad de ,70 y ,90 en los tres niveles de edad. La fiabilidad de las dimensiones globales varía entre de ,76 a ,96 y la fiabilidad del ISC, varía de ,90 a ,96.

- ★ Para valorar la existencia de dificultades de aprendizaje, se utilizó la subescala del BASC que evalúa esta dimensión.
- ★ Como medida de evaluación del rendimiento escolar, éste fue evaluado a través de las notas de junio del curso 2008/2009, donde se valora el trabajo realizado durante el curso. Como en la muestra había alumnos/as de 1º de primaria, las notas de estos niños/as de junio del año pasado correspondían a la Etapa de Infantil, pero se podían equiparar las calificaciones aunque fuese una nomenclatura diferente. A través de la aplicación informática Séneca, los tutores/as pudieron recabar estos datos.
- ★ Finalmente, se procedió a entrevistar a los padres de los alumnos/as con enfermedad crónica para recoger algunos datos sobre ésta. Los datos de identificación, el tipo de enfermedad, el número de hospitalizaciones y fecha de diagnóstico de la enfermedad quedó recogido en un formulario que rellenaron los padres.

3.4. Codificación de las variables

Se estudiaron las siguientes variables:

- ◆ Enfermedad crónica. Esta variable se definió como toda condición física, generalmente no fatal, que dure más de tres meses en un año o que necesite un periodo de hospitalización continuada de más de un mes en un año, incluyendo aquellos trastornos de suficiente gravedad que interfieren la

actividad del niño en algún grado y excluyendo los problemas psíquicos y mentales crónicos, los procesos o déficits físicos menores y aquellas enfermedades graves que resultan fatales a corto plazo (Navarro, 1992). En nuestro estudio, la enfermedad debía de haber sido diagnosticada en el centro de Salud correspondiente antes de inicios del curso 2008/2009, para que al menos el niño/a llevase conviviendo con la enfermedad más de un año y los maestros/as pudiesen informar mejor de cómo estaba llevando el proceso de tratamiento y la enfermedad en sí. El tipo de enfermedades crónicas que se dieron en nuestro estudio fueron; Asma Alérgico, Asma no Alérgico, Epilepsia, Insuficiencia Cardíaca, Diabetes y Artritis Crónica.

- ◆ Datos Personales. Esta variable estaba compuesta por los datos de identificación del alumno/a, es decir, el curso (dentro de la Etapa Educativa de Primaria), fecha de nacimiento y sexo (masculino, femenino).
- ◆ El número de hospitalizaciones. Esta variable fue definida de la siguiente forma, dos o menos (1), de tres a cinco (2), más de cinco (3). Este criterio fue escogido después de valorar la media de hospitalizaciones de nuestra muestra, para conseguir así que esta variable fuese realmente representativa.
- ◆ Tiempo de diagnóstico. Esta variable fue evaluada de la siguiente forma, menos de dos años (1), de dos a cuatro años (2), más de 4 años (3). Este criterio fue escogido después de valorar las fechas de diagnóstico de nuestra muestra, para conseguir así que esta variable fuese realmente representativa.
- ◆ Rendimiento/Calificaciones. A la hora de definir esta variable se partió de la normativa vigente en materia de educación (O. 29.12.2008 y O. 10.08.2007). Así en la Etapa de Educación Infantil, las áreas de conocimiento se evaluaban según su grado de adquisición en: Poco /Regular /Adecuado /Bien/Excelente. En primaria las áreas se evalúan con una nomenclatura distinta pero comparable; Insuficiente (1)/Suficiente (2)/Bien (3)/Notable (4)/Sobresaliente (5).

Por eso en la investigación se optó por definir esta variable según la nomenclatura de la etapa de primaria, por representar las calificaciones de la gran mayoría de la muestra. Se decidió valorar el rendimiento sólo en las asignaturas instrumentales de lengua y matemáticas por ser éstas la de mayor dedicación horaria.

- ◆ Rendimiento/Dificultades de aprendizaje. Esta variable se definió según los resultados de los alumnos/as en la escala clínica del BASC que lleva este mismo nombre. Así los resultados podían ser: "Por debajo de la media (puntuación típica por debajo de 40)" y "en la media (puntuación típica entre

40-60)", se codificó como NO dificultades de aprendizaje (1). "Por encima de la media (puntuación típica por encima de 60)" se codificó como SI dificultades de aprendizaje (2).

- ◆ Niveles de ansiedad y depresión. Estas variables se definieron según los resultados de los alumnos/as en la escala clínica del BASC que lleva estos mismos nombres. Así los resultados podían ser: "Por debajo de la media 1 (puntuación típica por debajo de 40)", "en la media 2 (puntuación típica entre 40-60)", "por encima de la media 3 (puntuación típica por encima de 60)".
- ◆ Integración Social. Esta variable se midió a través de la escala global del BASC que lleva por nombre Habilidades Adaptativas y que está compuesta por las escalas adaptativas de Adaptabilidad, Habilidades Sociales y Liderazgo. Así los resultados podían ser: "Por debajo de la media 1 (puntuación típica por debajo de 40)", "en la media 2 (puntuación típica entre 40-60)", "por encima de la media 3 (puntuación típica por encima de 60)".

3.5. Análisis de los datos

El diseño cuasiexperimental utilizado fue un estudio ex post facto retrospectivo, con medida independiente en la variable grupo (con enfermedad crónica vs sin enfermedad crónica) y el resto de las variables se han considerado como variables dependientes.

Los datos obtenidos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS (versión 18.0). Con respecto a los análisis estadísticos, se seleccionaron las pruebas estadísticas en función de los objetivos planteados, considerando la naturaleza y distribución de las variables estudiadas.

Se utilizaron los procedimientos siguientes: estudio descriptivo con medidas de tendencia central (media y desviación típica). Los estadísticos utilizados para las comparaciones intergrupales eran escogidos en función de la unidad de medida de las variables consideradas: nominales (Chi-cuadrado), ordinales (U de Mann-Whitney) o cuantitativas (t de Student-Fisher) para muestras independientes. Finalmente, correlaciones bivariadas (r de Pearson) para las relaciones entre las variables.

Para determinar el supuesto de normalidad, con un nivel de confianza del 95%, los valores en la prueba de Kolmogorov Smirnov con la corrección de la significación de Lilliefors en la medida de BASC fue de $Z = ,949$, $p = ,329$. En ansiedad y depresión fueron de $Z = 1,107$; $p = ,172$ y $Z = ,158$, $p = ,990$. Dado que el valor crítico (significación asintótica bilateral = 0,000) fue superior a 0,05, no se rechazó la hipótesis de normalidad. Concluimos que en las puntuaciones en la BASC y en ansiedad y depresión la muestra se ajustaba a una distribución normal.

Por otro lado, en las asignaturas instrumentales fueron de $Z = 2,214$, $p = ,000$ en lengua y de $Z = 2,214$, $p = ,000$ en matemáticas, y por último, en la media de integración social, a través de subescala de habilidades adaptativas fue de $Z = 1,423$, $p = ,035$. Dado que el valor crítico (significación asintótica bilateral = ,000) fue muy pequeño (menor que ,05), se rechazó la hipótesis de normalidad. Concluimos que en estos casos las puntuaciones en las distintas medidas de evaluación de la muestra no se ajustaban a una distribución normal.

Asimismo, se procedió a comprobar el supuesto de homocedasticidad u homogeneidad de varianza con el estadístico de Levene, rechazando la hipótesis de igualdad de varianza en las variables ansiedad ($F[37,999] = 5,282$; $p = ,027$), habilidades adaptativas ($F[37,916] = 4,347$; $p = ,044$) y la asignatura de lengua ($F[32,200] = 6,682$; $p = ,014$), así como en la BASC ($F[2,494] = 41,771$; $p = ,000$); en cambio, no se rechaza la hipótesis de igualdad de varianza en las variables depresión ($F[38] = 1,144$; $p = ,292$) y la asignatura de matemáticas ($F[38] = 3,193$; $p = ,082$).

4. RESULTADOS

En primer lugar, se presentan los resultados correspondientes a los análisis descriptivos (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Características de la muestra

	Muestra total (N = 40)		Grupo con enfermedades crónicas (n = 20)		Grupo sin enfermedades crónicas (n = 20)
	M	DT	M	DT	M
Edad	8,40	1,81	8,70	1,84	8,70
Años desde el Diagnóstico (AE)	--	--	2,25	,64	--
Frecuencia de Ingresos (FI)	--	--	1,05	,76	--
Notas en Lengua (NL) ⁽¹⁾	3,38	,98	2,80	,95	3,95
	Bien		Suficiente		Bien
Notas en Matemáticas (NM) ⁽¹⁾	3,33	1,12	2,60	,94	4,05
	Bien		Suficiente		Notable
Dificultades de Aprendizaje (DA) ⁽²⁾	1,20	,40	1,35	,49	1,05
	PDM		PDM		PDM
Ansiedad (A) ⁽³⁾	1,75	,55	1,95	,51	1,50
	PDM		PDM		PDM
Depresión (D) ⁽³⁾	2,05	,32	2,05	,39	2,05
	M		M		M
Integración Social (IS) ⁽³⁾	1,83	,59	1,50	,51	2,15
	PDM		PDM		M

Notas: (1) Los valores que figuran en "notas en lengua y matemáticas" oscilan entre 1 y 5. Corresponden a las calificaciones siguientes: Insuficiente (de 1 a 1,9), Suficiente (de 2 a 2,9), Bien (de 3 a 3,9), Notable (de 4 a 4,9) y Sobresaliente (5).

(2) Los valores en "dificultades de aprendizaje", pueden ser 1 ó 2. Correspondiendo el 1 a valores que están por debajo de la media/PDM o que están en la media/PM en la escala del BASC (puntuaciones por debajo de 60) y el 2 corresponde a valores que están por encima de la media/PEM (puntuación típica por encima de 60). Así de 1 a 2,99 correspondería a "no existen dificultades de aprendizaje" y 2 indicaría que sí existen dificultades de aprendizaje .

(3) "La ansiedad, depresión e integración social" oscilan entre 1 y 3. Corresponden a "Por debajo de la media (PDM) 1 (puntuación típica por debajo de 40)", "en la media (M) 2 (puntuación típica entre 40-60)", "por encima de la media (PEM) 3 (puntuación típica por encima de 60)".

Como puede observarse en la Tabla 2, los estudiantes de la muestra tenían una media de edad de 8,70 años. En cuanto al rendimiento académico, la media se situó en 3,38 en la asignatura de lengua y un 3,33 en matemáticas, correspondiendo a un "Bien" en ambas calificaciones. Presentaban puntuaciones "por debajo de la media" en las escalas dificultades de aprendizaje ($M = 1,20$), nivel de ansiedad ($M = 1,75$) así como integración social ($M = 1,83$). En cambio, las puntuaciones en el nivel de depresión se situaron "en la media" ($M = 2,05$).

En el grupo de alumnos/as con enfermedades crónicas, la media de edad estaba en 8,70 años. Habían transcurrido más de dos años ($M = 2,25$) desde el diagnóstico de la enfermedad y la media de ingresos hospitalarios fue en torno a un ingreso ($M = 1,05$). En cuanto al rendimiento académico, la media se situó en 2,80 en la asignatura de lengua y un 2,60 en matemáticas, correspondiendo a un "Suficiente" en ambas calificaciones. Presentaban puntuaciones "por debajo de la media" en las escalas dificultades de aprendizaje ($M = 1,35$), nivel de ansiedad ($M = 1,95$) así como integración social ($M = 1,50$). En cambio, las puntuaciones en el nivel de depresión se situaron "en la media" ($M = 2,05$).

Finalmente, en el grupo de alumnos/as sin enfermedades crónicas, los estudiantes de la muestra tenían una media de edad de 8,70 años. En cuanto al rendimiento académico, la media se situó en 3,95 en la asignatura de lengua correspondiendo a un "Bien" y un 4,05 en matemáticas, correspondiendo a un "Notable" en las calificaciones. Presentaban puntuaciones "por debajo de la media" en las escalas dificultades de aprendizaje ($M = 1,05$) y nivel de ansiedad ($M = 1,50$). En cambio, las puntuaciones en el nivel de depresión se situaron "en la media" ($M = 2,05$) así como integración social ($M = 2,15$).

En segundo lugar, como puede observarse en la Tabla 3, se llevó a cabo un análisis de comparación de las puntuaciones promedio mediante una prueba post-hoc, con la finalidad de conocer si existían diferencias significativas entre ambos grupos. Los resultados obtenidos mostraron diferencias en casi todas las medidas de evaluación, por un lado, las relacionadas con el rendimiento escolar,

como son las notas en lengua ($U = 64,500$; $p = ,000$) matemáticas ($U = 47,500$; $p = ,000$) y en dificultades en el aprendizaje ($U = 140,000$; $p = ,020$). Por otro lado, en las medidas relacionada con la integración, como son, ansiedad ($U = 20,000$; $p = ,020$) e integración social ($U = 90,000$; $p = ,001$). En cambio, no se encontraron diferencias en el nivel de depresión ($U = 199,500$; $p = ,980$).

Tabla 3 Comparaciones post-hoc entre ambos grupos en las distintas medidas de evaluación

	Grupo con enfermedad crónicas Rango promedio (n = 20)	Grupo sin enfermedades crónicas Rango promedio (n=20)	U
Notas en Lengua	13,73	27,28	64,500
Notas en Matemáticas	12,88	28,13	47,500
Dificultades de Aprendizaje	23,50	17,50	140,000
Ansiedad	24,50	16,50	20,000
Depresión	20,53	20,48	199,500
Integración Social	15,00	26,00	90,000

* $p \leq ,05$ ** $p \leq ,01$

En tercer lugar, se llevaron a cabo análisis de comparación de medias para muestras pequeñas, mediante pruebas no paramétricas en las distintas medidas de evaluación para conocer detalladamente las diferencias observadas tras el análisis de comparación de entre ambos grupos (Ver Tabla 4).

Como puede verse en la Tabla 4, en los resultados se observan diferencias significativas ($p = ,000$), entre el grupo de niños/as con enfermedades crónicas y el grupo control (sin enfermedad crónica) en la variables relacionadas con las calificaciones de la asignaturas instrumentales; en concreto, en lengua ($\chi^2 = 24,500$, g.l.= 4, $p = ,000$) y matemáticas ($\chi^2 = 12,000$, g.l.= 4, $p = ,017$); en dificultades de aprendizaje ($\chi^2 = 14,400$, g.l.= 1, $p = ,000$); en ansiedad ($\chi^2 = 19,850$, g.l.= 2, $p = ,000$), en depresión ($\chi^2 = 57,950$, g.l.= 2, $p = ,000$) y en integración social ($\chi^2 = 17,150$, g.l.= 2, $p = ,000$).

Las diferencias encontradas en cada una de las medidas de evaluación indican, por un lado, en las calificaciones en lengua, que el 75% de los alumnos/as con enfermedad crónicas obtienen la nota "Bien" (40%) o "Suficiente" (35%), mientras que el 80% de aquellos sin enfermedades crónicas obtienen la calificación "Notable". Por otro lado, en las calificaciones en matemáticas, el 70% de los alumnos/as con enfermedad crónicas obtienen la nota "Bien" (45%) o "Suficiente" (25%), mientras que el 60% de aquellos sin enfermedades crónicas obtienen la calificación "Notable". Además, si en el grupo de niños/as sin

enfermedad crónicas existe el 5% de estudiantes con dificultades en el aprendizaje, este porcentaje asciende hasta el 35% en el grupo con enfermedades crónicas.

Tabla 4. Comparaciones entre grupos en las distintas medidas de evaluación, en función de las categorías de cada variable

	Muestra total		Grupo con enfermedades crónicas		Grupo sin enfermedades crónicas (n = 20)		χ^2	g.l.	Sign.
	(N = 40)		(n = 20)						
	n	%	n	%	n	%			
Notas de lengua (NL)									
Insuficiente (1)	1	2,5	1	5	0	0	24,500	4	,000**
Suficiente (2)	8	20	7	35	1	5			
Bien (3)	9	22,5	8	40	1	5			
Notable (4)	19	47,5	3	15	16	80			
Sobresaliente (5)	3	7,5	1	5	2	10			
Notas de matemáticas (NM)									
Insuficiente (1)	3	7,5	3	15	0	0	12,000	4	,017*
Suficiente (2)	6	15	5	25	1	5			
Bien (3)	11	27,5	9	45	2	10			
Notable (4)	15	37,5	3	15	12	60			
Sobresaliente (5)	5	12,5	0	0	5	25			
Dificultades en aprendizaje (DA)									
No (1)	32	80	13	65	19	95	14,400	1	,000**
Sí (2)	8	20	7	35	1	5			
Ansiedad (A)									
Por debajo de la media (1)	13	32,5	3	15	10	50	19,850	2	,000**
En la media (2)	25	62,5	15	75	10	50			
Por encima de la media (3)	2	5	2	10	0	0			
Depresión (D)									
Por debajo de la media (1)	1	2,5	1	5	19	95	57,950	2	,000**
En la media (2)	36	90	17	85	1	5			
Por encima de la media (3)	3	7,5	2	10	0	0			
Integración social (IS)									
Por debajo de la media (1)	11	27,5	10	50	1	5	17,150	2	,000**
En la media (2)	25	62,5	10	50	15	75			
Por encima de la media (3)	4	10	0	0	4	20			

** $p \leq ,01$

NOTA: Los dígitos incluidos en los paréntesis son los valores categorizados en la base de datos y se corresponden con los que aparecen en la Tabla 2 (excepto edad, AE y FI)

En cuanto al nivel de ansiedad, se observa que ésta se sitúa en el nivel "en la media" en el 75% vs 50% entre los niños/as con y sin enfermedades crónicas, respectivamente. No obstante, las diferencias más significativas están en que,

mientras el 50% de los niños/as del grupo sin enfermedades crónicas se sitúan en el nivel de ansiedad "por debajo de la media", en el 10% del grupo con enfermedades crónicas el nivel de ansiedad se sitúa "por encima de la media".

En el nivel de depresión, los resultados se muestran más dispares. Las diferencias más significativas se observan en que, en el grupo con y sin enfermedades crónicas, el nivel de depresión se sitúa en el nivel "en la media" en el 85% vs 5%, respectivamente. En cambio, se sitúa en el nivel "por debajo de la media" en el 5% vs 95%, respectivamente, entre los niños/as con y sin enfermedades crónicas. Por último, en el 10% del grupo con enfermedades crónicas el nivel de depresión se sitúa "por encima de la media", frente al 0% en el grupo sin enfermedad.

En la última de las escalas, integración social, se observa que el 50% del grupo con enfermedades crónicas frente al 75% en el otro grupo, el nivel de integración social se sitúa en el nivel "en la media". En cambio, el otro 50 % del grupo con enfermedades crónicas se sitúa en el nivel "por debajo de la media", mientras que en el grupo sin enfermedades crónicas se posiciona en el nivel "por encima de la media".

Finalmente, y en cuarto lugar, para determinar la relación entre las distintas variables, se llevó a cabo análisis de correlaciones bivariadas, a través del coeficiente r de Pearson (Ver Tabla 5).

En el análisis de correlaciones, si analizamos la repercusión de la variable tiempo transcurrido (TD) desde que fue diagnosticada la enfermedad sobre las calificaciones en lengua (NL) y matemáticas (NM) de los alumnos/as con enfermedades crónicas, podemos observar que la relación no es significativa ($r = -,17$; $p = ,46$) y ($r = -,35$; $p = ,13$) respectivamente. Esto mismo ocurre entre esta variable (TD) y la posibilidad de presentar dificultades de aprendizaje (DA) ($r = ,04$; $p = ,86$) y la variable nivel de integración (IS) ($r = -,08$; $p = ,74$).

De igual forma, la relación entre el número de hospitalizaciones (FI) y la probabilidad de presentar dificultades de aprendizaje (DA) no es significativa ($r = ,23$; $p = ,32$). Además, la relación entre FI y la variable nivel de integración tampoco (IS) son significativas ($r = -,07$ $p = ,77$). Por tanto, no resulta estadísticamente significativa la relación entre las variables específicas relacionadas con la enfermedad crónica con el resto de las variables que miden rendimiento académico e integración social.

Por último, nos gustaría comentar algunos resultados que se han obtenido en el análisis de las correlaciones, que no nos planteábamos al principio de esta investigación y que creemos interesantes. Existe una correlación positiva y significativa entre las notas en lengua y matemáticas ($r = ,73$; $p = ,000$; $r = ,69$; p

= ,000). Es decir, a peores notas en lengua, peores notas en matemáticas y viceversa. Esta relación se cumple tanto en el grupo de crónicos como en el grupo control. Del mismo modo, hay una correlación positiva y significativa entre los niveles de ansiedad y depresión en la muestra de alumnos con enfermedad crónica ($r = ,80$; $p = ,000$). En otras palabras, a mayores niveles de ansiedad, mayores niveles de depresión y viceversa. Finalmente, hemos podido observar que en el grupo de alumnos/as con enfermedades crónicas, a mayor edad mayores niveles de ansiedad ($r = ,54$; $p = ,01$) y mientras peores notas en lengua y matemáticas mayores niveles de ansiedad ($r = -,46$; $p = ,04$; $r = -,48$; $p = ,03$, respectivamente).

Tabla 5. Relaciones en las distintas variables entre ambos grupos

	NOTAS EN LENGUA (NL)	NOTAS EN MATEMÁTICAS (NM)	DIFICULTADES APRENDIZAJE (DA)	INTEGRACIÓN (IS)
TIEMPO DIAGNÓSTICO (TD)	$r = -,17$ $p = ,46$	$r = -,35$ $p = ,13$	$r = ,04$ $p = ,86$	$r = -,08$ $p = ,74$
FRECUENCIA INGRESOS (FI)			$r = ,23$ $p = ,32$	$r = -,07$ $p = ,77$

* $p \leq ,05$

** $p \leq ,01$

Nota: Son datos recogidos del grupo con enfermedad crónica

5. DISCUSIÓN

Como objetivo general, nos proponíamos estudiar las implicaciones psicológicas y comportamentales, así como las posibles implicaciones en el rendimiento escolar de niños/as con enfermedades crónicas, que tienen una edad comprendida entre 6-12 años.

A partir de los resultados obtenidos, y en respuesta a la primera y segunda hipótesis planteadas en el Objetivo 1, de estudiar las relaciones existentes entre la presencia de enfermedades crónicas y el rendimiento escolar, cabe señalar que los niños/as con enfermedades crónicas tienen mayores dificultades en el aprendizaje y obtienen unas calificaciones más bajas en lengua y matemáticas, en comparación con niños/as sin enfermedades crónicas.

Por otro lado, y en respuesta a la primera y segunda hipótesis planteadas en el Objetivo 2, de estudiar las relaciones existentes entre la presencia de

enfermedades crónicas y la integración en el ámbito escolar, cabe señalar que los niños/as con enfermedades crónicas tienen mayores niveles de ansiedad y depresión y una menor integración social, en comparación con niños sin enfermedades crónicas.

Volviendo al Objetivo 1, se estimó que existiría una relación positiva entre el tiempo transcurrido desde que aparece la enfermedad crónica y la probabilidad de presentar dificultades de aprendizaje (hipótesis 1.3) y que se obtendrían peores calificaciones en lengua y matemáticas (hipótesis 1.4). No se cumplen estas hipótesis en nuestro estudio. Así, parece ser que el tiempo transcurrido desde que fue diagnosticada la enfermedad no guarda relación con la probabilidad de presentar dificultades de aprendizaje ni con la probabilidad de obtener peores calificaciones. Del mismo modo, se estimó que el número de hospitalizaciones influiría en la probabilidad de presentar dificultades de aprendizaje (hipótesis 1.5), pero tampoco se ha cumplido esta hipótesis en nuestro estudio.

Por otro lado, y en relación con el Objetivo 2, se estimó que mientras más tiempo (hipótesis 2.3) hubiera pasado desde el diagnóstico de la enfermedad crónica y mientras mayor fuera el número de hospitalizaciones (hipótesis 2.4), peor resultaría la integración socio-escolar. Pero estas hipótesis planteadas no se cumplen. En otras palabras, no podemos confirmar que la existencia de enfermedad crónica afecta de modo negativo a la integración social.

En nuestra investigación, un número importante de hipótesis no se han cumplido. A nuestro entender, esto podría deberse a varios factores, que exponemos a continuación, y que podríamos señalar asimismo como limitaciones del estudio:

En primer lugar, con respecto a la muestra, el número final de estudiantes ascendió a 40 alumnos/as de la Etapa Educativa de Primaria; 20 alumnos/as con enfermedad crónica y 20 sin enfermedad crónica. En un principio, partimos de una muestra más amplia, pero a la hora de aplicar los criterios de exclusión, nuestras posibilidades de muestra se vieron reducidas. Pensamos que con una muestra mayor, hubiésemos obtenido resultados más precisos que nos habrían llevado a rechazar o confirmar con más datos, nuestras hipótesis. Además, nos hubiese ayudado a comprender mejor las diferentes consecuencias que sufren aquellos alumnos/as que padecen una enfermedad crónica.

Otra de las limitaciones, también relacionada con el tamaño de la muestra, atañe al hecho de no haber podido realizar un estudio pormenorizado de la variable tipo de enfermedad en relación al resto de variables porque el número de sujetos por enfermedad crónica era pequeño y muy desigual; en algunas había cuatro o cinco sujetos y en otras uno solo. Como indica Mrazek (1992), el emplear un grupo de niños/as sanos pone de manifiesto la capacidad de encontrar

diferencias en diversos factores psicológicos, pero esta estrategia es menos útil para comprender los mecanismos específicos psicológicos que subyacen en el proceso de la enfermedad física. Por ello hubiese sido interesante tener más alumnos/as por cada enfermedad crónica y analizar las diferencias entre ellos.

Por otro lado, los criterios de exclusión establecidos en este trabajo son similares a los empleados en otras investigaciones sobre enfermedades crónicas, por ejemplo, no padecer deficiencia mental (Baum y Creer, 1986), no presentar un trastorno psicopatológico (Baum y Creer, 1986), no padecer otra enfermedad crónica asociada (Butz y Alexander, 1993) o no haber experimentado acontecimientos traumáticos en el último año (Belloch, Perpiñá, Paredes, Giménez, Compte y Baños 1994).

Con respecto a las hipótesis, de manera general, las funciones psicológicas de los niños/as con enfermedad crónica, no son distintas de la variabilidad normal de la población, por lo que puede afirmarse que algunos aspectos psicológicos llamativos del niño o niña crónicos son, en su mayor parte, secundarios a la aparición del trastorno. Así, la delimitación del trastorno crónico es claramente de base somática (disfunción metabólica, fisiológica, muscular, etc.) aunque puedan aparecer elementos psicológicos reactivos que pueden oscilar entre conductas de pasividad y sumisión y las de inquietud e impulsividad. No es extraño encontrar descripciones de niños/as con asma, por ejemplo, con las características de tranquilos, sumisos y dependientes, a la vez que podrán observarse otros más agresivos, exigentes e incluso provocadores.

De esta forma, al ver el perfil obtenido por los diferentes alumnos/as que conforman la muestra experimental (sujetos con enfermedades crónicas), hemos podido ver en nuestro estudio, que la variedad de perfiles es un hecho y que hay alumnos con unos niveles elevados de síntomas de agresividad y problemas de conducta y en cambio otros, tienen un perfil de sumisión, retraimiento y pobres relaciones sociales. Lo mismo sucede si analizamos perfiles de alumnos/as con la misma enfermedad crónica, por ejemplo, unos son más retraídos y otros se caracterizan por un comportamiento muy activo e impulsivo.

Como ya pusieron de manifiesto Ajuriaguerra y Marcelli (1987), no hay un perfil de personalidad propio en los alumnos/as con enfermedades crónicas, aunque por su naturaleza y los cuidados que precisan, algunas afecciones crónicas suscitan cambios o vivencias particulares que hacen que obtengan unos niveles de somatización más altos y otras consecuencias psicológicas, como mayores niveles de ansiedad y depresión. Trabajos como los de Brown, Khan y Mahadi, (2000) así como Dirks, Jones y Finsman (1977), han demostrado que en casi el 40% de los asmáticos existía sintomatología psicológica asociada a estados de ansiedad, aunque no se encontró relación con variables tales como la edad, la duración de la enfermedad o el grado de disfunción del sistema respiratorio. Los

resultados encontrados por Nollet-Clemençon et al., (1995) y Zimmerman-Tansella (1995) también se encaminan en este sentido. En estos estudios se observaron que los problemas psicológicos más frecuentes entre los casos de asma, estaban en la línea ansioso-depresiva y más concretamente, los problemas ansiosos. Pero no sólo en los casos de asma se han encontrado estos resultados, como ya mencionamos más arriba, en otras enfermedades crónicas como la diabetes (Vila et al., 1995) o enfermedades cardíacas (Fernández y Galán 2009), también predominan los síntomas de ansiedad.

Y es que, en relación a los aspectos emocionales, la ansiedad representaría el cuadro reactivo más frecuente. El miedo al dolor, a los tratamientos dolorosos, a la permanencia hospitalaria, a la soledad y a la separación familiar, serían ejemplos ilustrativos de situaciones vinculadas a la enfermedad que podrían desembocar en un trastorno de ansiedad. En nuestro estudio, parece que se confirman estos datos, ya que hay una diferencia significativa entre el grupo de alumnos/as crónicos y el grupo control en la valoración de los niveles de ansiedad. Además en nuestro estudio, a diferencia de los de Dirkse et al. (1977) y Brown et al., (2000); hemos comprobado que la ansiedad sí guarda relación con la edad de los niños/as enfermos, así, a mayor edad, mayores niveles de ansiedad vivencian. Y es que mientras más mayores son, más conscientes son de su problemática y más influencia ejerce sobre ellos el entorno (cambios de rutinas, pérdida de contacto con los amigos, imagen física ante los demás, no poder ir a algunas excursiones, etc).

Los elementos depresivos pueden estar igualmente presentes, como los sentimientos de culpa, tristeza o desesperanza. Han sido muchos los trabajos que han destacado la presencia de síntomas depresivos en los pacientes con diferentes enfermedades crónicas (Staudenmayer, Kinsman, Dirks, Spector y Wangaard, 1979; Miller 1987; Bender, Lerner, Ikle, Comer y Szeffler, 1991; Hernández Ramírez, González, Canseco, Arias y Del Castillo, 2002). En nuestro estudio, en general, no encontramos diferencias significativas entre ambos grupos, pero cuando analizamos las distintas medidas de evaluación en función de las categorías de cada variable, sí las observamos entre ambos grupos. Así, parece ser que la depresión existe en mayores niveles entre el grupo de alumnos/as crónicos y que a mayores niveles de ansiedad, mayores niveles de depresión.

Algunos estudios afirman que los niños/as que han contraído la enfermedad en edades tempranas presentan más trastornos adaptativos y conductuales, y una imagen corporal más pobre que los que han enfermado más mayores (Lizasoáin, 2000). En otros estudios (Anselmi, Piccinini, Barros y Lopes, 2004), se evidencia una fuerte asociación entre número de hospitalizaciones y la presencia de problemas de conducta. En nuestro estudio, las variables propias de

la enfermedad como edad de diagnóstico y número de hospitalizaciones no influían en aspectos psicológicos como los niveles de integración y/o las habilidades adaptativas. Aunque sí se observó que los alumnos/as con enfermedad crónica obtenían peores niveles de adaptación y/o integración que el grupo control, y esta diferencia era significativa.

Por tanto, esto nos lleva a pensar:

- ◆ Que se necesita una muestra más amplia para obtener resultados más detallados.
- ◆ Que pueden ser otras variables propias a la enfermedad (y que no se han valorado en nuestro estudio) las que están produciendo estos peores niveles de adaptación.

A nivel cognitivo, considerando que la inteligencia de cada persona es un complejo edificio formado por habilidades ordenadas de modo jerárquico, donde unas han posibilitado la construcción de otras a un nivel superior, y que esa construcción y aprendizaje se debe a la acción sobre el entorno; los aspectos de percepción, atención, memoria, razonamiento, pensamiento y lenguaje, como habilidades cognitivas en sí, forman parte de la diversidad social, no estando supeditadas las deficiencias que pudieran darse a nivel físico a la enfermedad en sí, como factor causal, aunque sí puede influir la enfermedad en el uso que el enfermo haga de estas capacidades intelectuales y que tiene su reflejo en el ámbito escolar. De este modo, si tenemos en cuenta las circunstancias que rodean a algunas enfermedades crónicas como son la hospitalización, las secuelas de la enfermedad, de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos (Díaz, 1993; Barahona, 1999), podemos hablar de ciertas consecuencias a nivel de dificultades de aprendizaje y de resultados académicos. Esto es lo que ha sucedido en nuestro estudio con los alumnos/as que padecen alguna enfermedad crónica, al compararlos con un grupo control. Aunque, también es cierto, que no hemos podido confirmar que las variables propias de la enfermedad estudiadas (tiempo desde que se diagnosticó la enfermedad y número de hospitalizaciones) sean las que influyen sobre las dificultades de aprendizaje y las calificaciones en lengua y matemáticas. Esto nos lleva a plantearnos de nuevo dos cuestiones:

- ◆ La necesidad de mayor número de sujetos en la muestra con enfermedad crónica para ver realmente la influencia de estas variables.
- ◆ Que hay otras variables o circunstancias asociadas a la enfermedad crónica que en este estudio no se han valorado y que son las que condicionan la existencia de mayores dificultades de aprendizaje en alumnos/as crónicos y de peores calificaciones en lengua y matemáticas. En este sentido, según Polaino-Llorente 1983, el rendimiento en suma, estará más en relación con una integración de aspectos:

- ➔Gravedad del cuadro, que implique apartamiento de las rutinas diarias.
- ➔Afectación de la enfermedad en las capacidades propias intelectuales y en la personalidad. En este sentido, en nuestro estudio hemos comprobado una relación clara entre variables relacionadas con el rendimiento y variables emocionales. Así, mientras peores notas en lengua y matemáticas mayores niveles de ansiedad.
- ➔Indicadores de ajuste personal y familiar, así como la estructura y relaciones del núcleo familiar.
- ➔Marco de apoyo sobre la familia y la persona con el trastorno.

La diversidad de consecuencias en el desarrollo de niños/as que sufren enfermedades crónicas es enorme. Prueba de ellos son los diversos resultados que nos han aportado las muchas investigaciones que se han comentado en este estudio. Pero de todas ellas se puede sacar una idea común y es que la influencia de la enfermedad crónica en la vida y desarrollo del niño/a, depende, en gran medida, de la propia condición física y limitaciones de la enfermedad que sufren, pero también de los recursos personales, familiares y sociales de que disponen.

Para concluir, nos gustaría hacer referencia al papel que la escuela tienen ante un niño/a de estas características. La escuela, y más concretamente el maestro-tutor, es una parte importante de la educación de un niño/a. Por eso los lazos e interacciones que se creen entre maestro-alumno, serán fundamentales a la hora de responder a las necesidades planteadas por estos alumnos/as. Ya sabemos que hoy en día la escuela se caracteriza por una gran diversidad de alumnado, con diferentes problemáticas y necesidades. Pero el maestro, como educador, debe poseer una actitud positiva ante cualquier problemática que se le pueda plantear. En el caso de los alumnos/as que sufren algún tipo de enfermedad crónica la primera reacción del maestro-tutor ha de ser la aceptación de la enfermedad, aunque el rendimiento del alumno/a disminuya y su comportamiento empeore, se debería valorar siempre sus aspectos positivos y fomentarlos para que el niño/a se sienta más seguro y aceptado ante una situación que le produce inestabilidad e inseguridad.

Por tanto, una vez analizados los resultados obtenidos en nuestro estudio, nos planteamos la necesidad de seguir investigando qué variables o circunstancias, que rodean a las enfermedades crónicas, son las que están haciendo que los alumnos/as que las padecen, tengan un peor rendimiento académico, peores niveles de integración y mayores índices de ansiedad. Podríamos por tanto, que incluir variables como estilos educativos de los padres, número de hermanos, existencia de otras enfermedades en la familia, estilo de afrontamiento de la enfermedad por parte del alumno/a y de los padres, nivel

socio-económico, estilo educativo del maestro-tutor etc. Son muchas las variables que pueden estar influyendo en estos resultados y que sería interesante tenerlas en cuenta en próximas investigaciones.

6. CONCLUSIONES

Las conclusiones de nuestro estudio al comparar una muestra de alumnos/as con enfermedad crónica y una muestra de alumnos/as sin enfermedad, son las siguientes:

Con respecto a las Hipótesis que dan sentido a nuestro primer objetivo en esta investigación;

- ➔ Los niños/as con enfermedades crónicas, presentan mayores dificultades de aprendizaje.
- ➔ Los niños/as con enfermedad crónica tienen notas más bajas en las asignaturas instrumentales de lengua y matemáticas, que los niños/as que no tienen enfermedad crónica.
- ➔ El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad no parece influir en la presencia de dificultades de aprendizaje.
- ➔ El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad no parece influir en las peores notas en lengua y matemáticas.
- ➔ El número de hospitalizaciones no parece influir en la presencia de dificultades de aprendizaje.

Con respecto a las Hipótesis que dan sentido a nuestro segundo objetivo en esta investigación;

- ➔ Los niños/as con enfermedades crónicas tienen peor índice de integración social.
- ➔ Los niños/as con enfermedad crónica tienen mayores niveles de ansiedad.
- ➔ Los niños/as con enfermedad crónica tienen mayores niveles de depresión.
- ➔ El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad no parece influir en el peor índice de integración social.
- ➔ El número de hospitalizaciones no parece influir en el peor índice de integración social.

Otros resultados encontrados:

- ➔ Tanto en niños/as enfermos como sanos, a peores notas en lengua, peores notas en matemáticas y viceversa.
- ➔ En la muestra de alumnos/as con enfermedad crónica, a mayores niveles de ansiedad, mayores niveles de depresión.
- ➔ En el grupo de alumnos/as crónicos a mayor edad, mayores niveles de ansiedad.
- ➔ En el grupo de alumnos/as crónicos, mientras peores notas en lengua y matemáticas mayores niveles de ansiedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D.: *Psicopatología del niño*. Barcelona, Ed. Masson, 1987.
- Anselmi, L., Piccinini, C. A., Barros, F. y Lopes, R. "Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2004, 45, 779-788.
- Barahona, T. "Calidad de Vida y Supervivencia". *Entretodos*, 1999, 10, 68-70.
- Baum, D. y Creer, T.L.. "Medication compliance in children with asthma". *Journal of Asthma*, 1986, 23, 49-59.
- Belloch, A., Perpiñá, M., Paredes, T., Giménez, A., Compte, L. y Baños, R. "Bronchial asthma and personality dimensions: A multifaceted association". *Journal of Asthma*, 1994, 31, 161-170.
- Bender, B.G., Lerner, J.A., Ikle, D., Comer, C. y Szeffler, S. "Psychological change associated with theophylline of asthmatic children: A 6 month study". *Pediatric Pulmonology*, 199, 11, 233-242.
- Brown, E.S., Khan, D.A. y Mahadi, S. "Psychiatric diagnosis in inner city outpatients with moderate to severe asthma". *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2000 30, 319-327.
- Butz, A.M. y Alexander, C. "Anxiety in children with asthma". *Journal of Asthma*, 1993, 30, 199-209.
- Díaz, H. "El cáncer infantil: un corte radical en la vida familiar". Primeras jornadas Internacionales de Atención Multidisciplinar al Niño con Cáncer. Valencia. Aspanion, 1993.

- Dirks, J.F., Jones, N.F. y Finsman, R.A. "Panic-fear: A personality dimension related to intractability in asthma". *Psychosomatic Medicine*, 1997, 39, 120-126.
- Fernández, B. y Galán, C. Aspectos Psiquiátricos en niños con patología cardiaca crónica, 2009.
- García, F. y Suárez, A. "Guía para la atención a la infancia con problemas crónicos de salud". Edita: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 1997.
- Grau, C. "Atención Educativa al alumnado con enfermedades crónicas o de larga duración". Ediciones Aljibe, 2004.
- Hernández, M., Ramírez, C., González, S.N., Canseco, C., Arias, A. y del Castillo, O. "Perfil Psicológico del paciente pediátrico con asma". *Revista de Alergia de México*, 2002,49, 11-15.
- Ley 9/1999, de 18 de Noviembre, de Solidaridad de la Educación (BOJA N° 140, página 15429).
- Lizasoáin, O. *Educando al niño enfermo. Perspectivas de la Pedagogía Hospitalaria*. Pamplona. Ediciones Eunate, 2000.
- Martínez-Chamorro, M.J., Lastra, I. y Luzuriaga, C. "Características psicosociales de los niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1". *Anales Españoles de Pediatría*, 2001,55 406-412.
- Martínez-Chamorro, M.J., Lastra, I, Luzuriaga, C. "Psicopatología y evolución de la diabetes mellitus tipo 1 en niños y adolescentes". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2002, 30, 175-181.
- Martínez, M.J., Lastra, I. y Luzuriaga. C. "Aspectos sicosociales de las enfermedades crónicas en niños y adolescentes". *Informaciones Psiquiátricas*, 2002, 170.
- Miller, B. D. "Depression and asthma: A potentially letal mixture". *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 1987,80, 481-486.
- Mrazek, D.A. "Psychiatric complications of pediatric asthma". *Annals of Allergy*, 1992, 69, 285-290.
- Navarro, J. "Asistencia hospitalaria al niño con enfermedad crónica". III Simposio de Salud Materno-Infantil . Escuela de Salud Pública.Granada, 1992.
- Nollet-Clemençon, C., Vila, G., De Blic, J., Mouren-Siméoni, M.C. y Scheinmann, P. "Emotional and behavioral disorders in asthmatic children". 10th International Congress Utrecht (Abstract). European Society of Child and Adolescent Psychiatry, 1995.

- Polaino-Llorente, A. "La atención educativa a los niños hospitalizados". Libro de actas. V Jornadas de Pedagogía Hospitalaria. Oviedo, 1983.
- Reynolds, C.R. y Kamphaus, R.W. "*Sistema de Evaluación de la conducta de niños y adolescentes*". Manual BASC. Ediciones TEA, 2004.
- Staudenmayer, H., Kinsman, R.A., Dirks, J.F., Spector, S.L. y Wangaard, C. "Medical outcome in asthmatic patines: Effect of airways hyperactivity and symptom- focused anxiety". *Psychosomatic Medicine*,(1979). 41, 109-117.
- Vila, G., Robert, J.J, Mouren-Siméoni, M.C. "Diabète insulino-dépendant et troubles psychopathologiques. Entretiens de Bichat". *Thérapeutique*, 1995,262-263.
- Web de Cardiopatías Congénitas del Dr. Fernando Villagrás: <http://www.cardiopatiascongenitas.net>
- Web de la Federación Española de Enfermedades Neurológicas: <http://www.feeneurologia.com>
- Web de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria: <http://www.Samfyc.es>
- Web de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica: <http://www.separ.es>
- Zimmerman-Tansella, C. "Factores psicosociales en las enfermedades crónicas en la infancia". En J. Rodríguez-Sacristán. Psicopatología del niño y del adolescente. Tomo II. Sevilla. Universidad de Sevilla. 1995.

Cristina Reina Cano

Orientadora del EOE de Villamartín, Cádiz

Correo electrónico: mcristinareina@hotmail.com

Teléfono de contacto: 652181537



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons. Los textos aquí publicados puede copiarlos, distribuirlos y comunicarlos públicamente siempre que cite la autoría y a [claveXXI](#), no los utilice para fines comerciales y no haga con ellos obra derivada.