

Evaluación de la variable Locus de control en la aplicación de un programa psicopedagógico en niños cancerosos

A. POLAINO-LORENTE*, A. DEL POZO ARMENTIA**

RESUMEN: El cáncer infantil constituye en la actualidad un amplio grupo de enfermedades en las que son patentes la influencia y confluencia en su aparición, diagnóstico y tratamiento de aspectos somáticos, psíquicos y sociales. Gracias al avance de los descubrimientos en el ámbito médico, los éxitos en las curaciones aumentan de día en día y preocupa cada vez más no sólo la cuantía de la supervivencia, sino más bien la calidad de vida de los que sobreviven. El Programa de Intervención Psicopedagógica de que aquí se informa, ha sido empleado como recurso para optimizar la eficacia de la hospitalización infantil, evitando los efectos negativos que dicha hospitalización comporta. Uno de estos efectos es la aparición de un Locus de control externo-interno generalmente inadecuado.

Una vez descrito el programa queda establecida la hipótesis de trabajo, que estadísticamente es contrastada, mediante un análisis de covarianza, verificándose que las diferencias alcanzadas no son significativas. Se establece, por tanto, la ineficacia del programa en lo relativo a conseguir un adecuado locus de control externo-interno y la necesidad de replantear el estudio de este componente dentro del conjunto de variables que componen el Programa. **PALABRAS CLAVE:** CÁNCER INFANTIL, LOCUS DE CONTROL, HOSPITALIZACIÓN INFANTIL, CALIDAD DE VIDA, PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN.

ASSESSMENT OF LOCUS OF CONTROL IN A PSYCHOPEDAGOGIC INTERVENTION PROGRAM IN CHILDHOOD CANCER. (SUMMARY): Physical, and social aspects are involved in the appearance, diagnostic and treatment of the childhood cancer. In recent years, advances in the treatment of childhood cancer have produced changes in survival and have increased the concern with improving quality of life for long-term survivors. On the other hand, hospitalization is a very frequent happening in the life of children with cancer. The Psychopedagogic Intervention Program was used like a resource to improve children's life in hospital and preventing negative effects of hospitalization. One of the negative effects is the appearance of inadequated locus of control. The program is described and applied in a sample of children with cancer. The statistic analysis showed the necessity of improving the program in this variable because is not demonstrated the effectiveness of this. **KEY WORDS:** CHILDHOOD CANCER, LOCUS OF CONTROL, CHILDREN'S HOSPITALIZATION, QUALITY OF LIFE.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad, en palabras de Bayés (1), cuantitativamente

importante y cualitativamente temida en nuestra sociedad, que tiende a incrementarse en todo el mundo y para la cual no existe todavía una terapéutica eficaz. En

* *Catedrático de Psicopatología. Sección Departamental de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad Complutense. Madrid.*

** *Doctora en Pedagogía.*

definitiva, una penosa y larga enfermedad con consecuencias y secuelas de largo alcance. Las connotaciones sociales son tan negativas que tan sólo el hecho de nombrarla suele asociarse con la muerte. Este es el estigma o etiqueta del cáncer, que provoca no sólo miedo, sino también repulsión y disgusto. Como tal concepto aparece rodeado de convicciones y también de una profunda ignorancia como se pone de manifiesto, por ejemplo, en el miedo al contagio. Sin embargo, aún se acentúan más los tintes dramáticos de esta situación cuando nos ocupamos, en concreto, del cáncer infantil.

El cáncer puede desarrollarse a cualquier edad, pero en la mayoría de las enfermedades malignas el riesgo aumenta en proporción directa a la edad. A pesar de todo, es reconocido el número cada vez mayor de niños que padecen enfermedades cancerígenas y que requieren, periódicamente, largas temporadas de permanencia en el hospital.

Diferentes trabajos de investigación (2-13) apuntan hacia el hecho evidente de la aparición y presencia de síntomas de ansiedad, de indefensión, de aislamiento, temor, inseguridad, déficits de autoestima, etc., en los enfermos y pacientes con enfermedades crónicas. Estos síntomas son generalizables y extensibles al caso de los pacientes pediátricos, en los cuales se suponen aún más severas las alteraciones emocionales de todo tipo que hacen su aparición como un frecuente efecto de la hospitalización infantil. Dichas alteraciones dependerán de distintos factores (6, 9, 16) tales como diferencias individuales de los pacientes, la edad, la severidad de la enfermedad que se padezca, la duración de la estancia en el hospital, las características y organización del centro hospitalario, las relaciones con el personal sanitario, etc.

La Asociación Española de Pediatría (Sección de Oncología) (18) facilita los datos epidemiológicos relativos al Registro Nacional de Tumores Infantiles en la población pediátrica española correspondientes al período 1980-1993. En la tabla 1 aparecen los principales tipos de tumores infantiles registrados ordenados jerárquicamente en función de su mayor o menor frecuencia y distribuidos según sexo. Como puede observarse, la frecuencia, según sexo y categoría diagnóstica, es bastante similar en el niño y en la niña a excepción de los linfomas y otras neoplasias, que son más frecuentes en los varones que en las hembras. En las niñas, como es lógico, la frecuencia de los tumores de células germinales es mayor que en los varones, a pesar de la escasa frecuencia de esta entidad diagnóstica. En las restantes categorías diagnósticas la frecuencia, según sexo, es prácticamente idéntica.

El problema, no obstante su gravedad, ha variado a lo largo de su trayectoria, especialmente durante los últimos años. Desde hace tan sólo aproximadamente 5 años diagnosticar un cáncer infantil suponía asumir una enfermedad de pronóstico fatal en la que el paciente, forzosa-mente, tenía que enfrentarse a una muerte más o menos próxima. En la actualidad, gracias al vertiginoso avance de las ciencias médicas, cada día encontramos más niños y adolescentes, supervivientes, que padecieron esta enfermedad años atrás. Hasta tal punto es esto así, que hoy podemos decir, con palabras de Bayés (13) que *...en la década de los 90 se puede afirmar que en los Países industrializados el cáncer infantil es mayoritariamente una enfermedad crónica.*

El promedio de supervivencia a largo plazo varía según el tipo de cáncer, pero se aproxima al 60%, según los datos aportados por Van Eys y col. (20); más recientes estudios situaban estos índices en el 75-80% de los pacientes menores de

TABLA 1: PRINCIPALES GRUPOS DE TUMORES. TOTAL DEL PERÍODO 1980-1993. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

GRUPOS DE TUMORES	SEXO		TOTAL
	Varón	Mujer	
Leucemias	970	766	1736
Linfomas	756	285	1041
Tumores cerebrales y cerebrospinales	640	442	1082
Sistema nervioso simpático	459	352	811
Retinoblastomas	99	88	187
Riñón	249	238	487
Higado	57	29	86
Hueso	283	247	530
T. tejidos blandos	323	237	560
Gonadales y células germinales	100	123	223
Epiteliales	62	62	124
Otros	68	61	129
TOTAL	4.066	2.930	6.996

Fuente: Registro Nacional de Tumores Infantiles. Asociación Española de Pediatría. Sección de Oncología. Valencia 1994

15 años (21) porcentaje que llega, para algunos tipos de cáncer, al 90% de supervivencia (19).

Es importante señalar, sin embargo, que lo que realmente debe preocuparnos no es, únicamente, la cuantía de la supervivencia en los casos de curación o remisión de la enfermedad, sino más bien, la calidad de vida de los que sobreviven (22). Acontece frecuentemente que el paciente que logra superar el cáncer está como urgido, en muchas ocasiones, a adaptarse a una nueva vida o, en cualquier caso, a modificar su anterior vida, a causa de las consecuencias y secuelas generadas por el hecho de la enfermedad (23-24).

Todo esto supone un esfuerzo adicional en los servicios que deben ofrecerse a estos pacientes que aunque curados continúan afectados en razón de las secuelas que padecen (25, 26). Estos servicios y atenciones deben ser mínima-

mente necesarios de manera que se les garantice un óptimo nivel en su calidad de vida (27). Surge así la necesidad de estudiar e investigar estrategias de intervención cuyos objetivos vayan dirigidos a mejorar la calidad de vida del enfermo afectado (28, 29). De aquí que el criterio que debiera presidir el diseño y desarrollo de este tipo de estrategias ha de ser, en primer lugar, el de la eficacia.

DESCRIPCIÓN Y DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

El programa de intervención psicopedagógica de que aquí se informa ha sido empleado como recurso para optimizar la eficacia de la hospitalización infantil, evitando en lo posible la aparición de los efectos negativos que, en general, en todos los niños (pero de manera particular en los afectados por una enfermedad cancerosa), comporta dicha hospitaliza-

ción (30). El objetivo perseguido por el programa se concreta en lograr el adecuado ajuste personal, familiar, académico y de adaptación a la enfermedad por parte del niño enfermo de cancer (31).

La alteración del ritmo de vida causado por la enfermedad y la hospitalización originan cambios comportamentales importantes (32, 33), algunos de los cuales suscitan un conjunto de características o rasgos que, sin embargo, ciertos autores consideran atribuibles a la personalidad del paciente canceroso y, en nuestro caso concreto, al niño canceroso. Estos rasgos, junto a determinados efectos negativos que la misma enfermedad y los tratamientos causan en el organismo, van configurando la personalidad del niño. Aunque muchas de estas características no siempre pueden verificarse, no obstante, algunas de ellas sí que pueden comprobarse con bastante frecuencia, considerándose, por su intensidad y calidad, como patológicas hasta el punto de poder generar conductas inadaptadas. De aquí que, hasta cierto punto, pueda hablarse de un perfil psicopatológico del paciente canceroso, siempre que se esté dispuesto a hacer todas las salvedades y matizaciones que cada caso exija. Este hecho es importante y debe tenerse en cuenta ya que, en mayor o menor grado, la consideración de la personalidad como algo patológico o no, forzosamente hará sentir su peso sobre la evolución global de todo el proceso de la enfermedad.

Entre los rasgos que van siendo habituales están la aparición de un fuerte sentido de inseguridad, pérdida de control, incapacidad para seguir funcionando con normalidad (5), confusión y desorientación en lo relativo al futuro próximo y remoto.

El programa, por tanto, pretende incidir de forma positiva en la reducción de estos efectos negativos, tratando de generar en el niño una actitud positiva ante la enfermedad, de manera que desarrolle al

máximo todas sus facultades para tratar así de afrontarla mejor psicológicamente. De este modo, podrá ejercer un cierto control sobre el conjunto de conductas alteradas que anteriormente hemos mencionado.

Es por esta razón, precisamente, que la intervención comienza el mismo día del ingreso. Se considera de una gran importancia el establecimiento de un buen *rapport* entre el pedagogo encargado de administrar el programa y el propio niño. Para lograr este objetivo, y como una estrategia inicial en la intervención, se realiza una primera entrevista con el niño que deberá ir precedida de la presentación y de un cambio de impresiones entre el pedagogo y los padres del niño. En la entrevista, durante un período aproximado de quince minutos, se abordarán las siguientes cuestiones: Introducción-presentación, se le explica quién es el pedagogo, qué hace en el hospital, etc. Una segunda parte, en la que se le pregunta por sus gustos, aficiones, familia, etc. Una tercera parte, cuyo núcleo será el motivo de su hospitalización (si tiene dolores, etc.), explicándosele que hay otros niños de su edad que también están allí, que los médicos y enfermeras le van a curar, que procurarán no hacerle daño, que podrá jugar y estudiar, etc. Por último, la cuarta parte, en la que tiene lugar la explicación del programa, tanto de la parte académica como de la psicológica.

Previamente, como ya se ha apuntado, se mantiene una entrevista con los padres, informándoles de las normas y rutinas de la clínica, horarios, turnos, reglas establecidas, etc., así como de la actuación pedagógica que se desarrolla en la planta y en la cual es aconsejable la participación de su hijo.

Se les anima a participar en la experiencia hospitalaria del niño y a mantener un contacto constante con él, explicándoles que esto puede reducir de manera

significativa la ansiedad y las respuestas desadaptativas que suelen aparecer en el niño y haciéndoles saber que todo ello reporta una mejor recuperación y la reducción de los potenciales trastornos psicológicos. También se les advierte que tanto las reacciones psicológicas como las respuestas parentales, sean del tipo que sean, influyen decisivamente sobre su hijo. Por consiguiente, si los padres experimentan miedo, temor o ansiedad, dichas alteraciones emocionales pueden transmitirse con facilidad al niño. Por último, se les explica el programa y sus objetivos, y se les anima a contactar diariamente, tanto a ellos como al niño, con el responsable del programa. Después de esta primera fase de contacto con el niño y los padres, continuamos con el desarrollo del programa.

El niño comparte diariamente con el resto de los niños ingresados actividades desarrolladas por los pedagogos tales como el estudio a primera hora de la mañana, actividades lúdicas, manualidades, paseos, etc., siempre que sus condiciones físicas lo permitan. Por otro lado, y con el fin de reducir el estrés, la ansiedad y, siempre que sea posible, el dolor físico que los tratamientos producen en el niño, se aplica el paquete de técnicas de intervención que a continuación enumeramos:

1. LA RELAJACIÓN. Se procede a aplicar una sesión de relajación en el niño, explicándole cómo se hace y qué es lo que se pretende con ella. En un primer momento se dirige la sesión y al concluir se le invita a que, en un segundo momento, elegido por él a lo largo del día, intente poner en práctica lo aprendido en ausencia del pedagogo. El hecho de que utilizemos la relajación como técnica concreta de intervención se debe a los efectos beneficiosos que dicha estrategia produce en estos pacientes. Por lo general, los niños se sienten más cooperativos a la

vez que disminuyen los síntomas de ansiedad y aumenta su tolerancia al dolor físico. Lo que se pretende es llegar a conseguir en el niño la habilidad de relajarse y de hacerle tomar conciencia de la conveniencia de utilizar dicho procedimiento en momentos de dificultad o de dolor, sin esperar a la ayuda del pedagogo.

2. TERAPIA COGNITIVA. Hemos elegido, en concreto, el procedimiento de la imaginación controlada. El objetivo es que el niño a través de la aplicación de esta técnica pueda reinterpretar o asimilar el dolor que los tratamientos le producen, como algo menos terrible de lo que en realidad es. De este modo, procurando que el niño se encuentre cómodamente sentado o acostado, se le da una breve explicación haciéndole saber que a través de un juego de su imaginación y fantasía vamos a ayudarlo a sentir menos dolor, al tiempo que conseguirá divertirse y entretenerse. Seguidamente, comienza el entrenamiento, teniendo en cuenta la situación particular del niño y adaptándonos, en todo lo que sea posible, a sus gustos y características. Por último, al igual que ocurría con la relajación, se le anima a que intente repetir la experiencia por sí solo, siempre que se encuentre preocupado o angustiado.

3. PREPARACIÓN ("PREPAREDNESS"). En un momento previo a la administración de los fármacos o de los tratamientos de quimioterapia o radioterapia, una de las enfermeras (por lo general la que mantiene un mayor contacto con el niño) o el mismo pedagogo, le proporciona una información real sobre los procedimientos médicos a que va a ser sometido, explicándole lo que va a experimentar y lo que va a sentir para, de este modo, reducir considerablemente su ansiedad.

4. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES. Se lleva a cabo un programa de entrenamiento en habilidades sociales, seleccionando para cada niño aquellas

habilidades específicas que se encuentren en él más deterioradas. Previamente al entrenamiento, se detectan cuáles son éstas mediante la administración de una escala de habilidades sociales. Las habilidades sociales más comunes sobre las que se trabaja son las siguientes: Pedir favores, dar una negativa, hacer preguntas, ciertas interacciones con otros niños y con personas de otros estatus, entablar conversaciones, establecer contacto visual, etc.

Diariamente el pedagogo que administra el programa comienza por el ejercicio de relajación, empleando en ello aproximadamente diez minutos. Esta sesión de relajación es acompañada bien por el entrenamiento en habilidades sociales, bien por la aplicación de la imaginación controlada, en días alternativos.

Al mismo tiempo, todo el programa va acompañado de un *Entrenamiento en Autocontrol*. Para ello se pide al niño que autoevalúe los propios comportamientos específicos que a través del programa se pretenden modificar, implantar o extinguir, de modo que sea más consciente de sus propias respuestas y logre que éstas no le pasen inadvertidas. Algunas de las conductas sobre las que el niño debe prestar atención son la adhesión al programa, relajación, reducción de miedos y ansiedades, ejercitación en determinadas habilidades sociales, etc. Con este propósito se le entrega al niño, al inicio del programa, una hoja de registro, preparada para este fin, en la que va recogiendo sus propias conductas y actuaciones de un modo previamente establecido. Este registro permite luego, en función de los logros alcanzados, la administración de refuerzos (elegidos previamente por cada niño) para gratificar de un modo concreto este tipo de conductas autocontroladas. En la aplicación de estos refuerzos se establece un sistema de *Economía de Fichas*.

MUESTRA, MÉTODO E INSTRUMENTOS

La hipótesis planteada en esta investigación es la siguiente: Los niños con cáncer en los que se aplica el programa tendrán un Locus de control externo-interno más adecuado que los niños con cáncer no sometidos al programa.

La muestra ha sido tomada del Servicio de Pediatría de la Clínica Universitaria de Navarra. La muestra se compone de treinta cancerosos repartidos en dos grupos de 15 niños cada uno:

Grupo A= 15 niños, a los cuales se les aplica el Programa de Intervención.

Grupo B= 15 niños, los cuales no participaron en el programa y siguieron las rutinas habituales del centro.

La distribución de los niños, en ambos grupos, se efectuó de manera aleatoria y en el momento de iniciar la investigación para la asignación a uno u otro grupo, quedó establecido del siguiente modo: todos los sujetos, a medida que ingresan en el centro y cuyo número respecto del orden de ingreso sea impar, serán sometidos al programa. De igual modo, todos los sujetos a cuyo ingreso se les adscribe un número par serán asignados al grupo no tratado. De esta forma queda establecido:

Grupo Experimental o A= sujetos impares

Grupo Control o B= sujetos pares.

El diseño de la investigación es de dos grupos, como ya se ha observado: Grupo experimental y grupo control. A través de este diseño se trató de comparar los resultados en ambos grupos para determinar la influencia de la variable independiente (el programa) sobre la variable dependiente (locus de control) y evaluar su eficacia. El paradigma del diseño puede quedar gráficamente representado de la siguiente forma:

SUJETOS	GRUPO	PRETEST	TRATAMIENTO	POSTEST
AZAR	EXPERIMENTAL	T1	PROGRAMA	T3
AZAR	CONTROL	T2	NO PROGRAMA	T4

El instrumento que se ha considerado más adecuado para la medición de esta variable ha sido la Escala de locus de Control (34).

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN:

El análisis de covarianza de los datos nos permitió tener en cuenta las diferencias de las puntuaciones obtenidas inicialmente por los niños de ambos grupos, ajustando a ellas las diferencias finales. Es decir, para decidir si las diferencias entre las puntuaciones finales resultantes son o no significativas se tomaron en consideración las diferencias de las puntuaciones iniciales que, de no haberse considerado, podrían enmascarar el análisis de los resultados obtenidos. Se

consideró conveniente aplicar un análisis de covarianza, a fin de comprobar si existen diferencias significativas entre ambos grupos y si además dichas diferencias, caso de existir, pueden atribuirse al tipo de tratamiento recibido.

En el siguiente cuadro se reflejan los resultados obtenidos en el cálculo del análisis de covarianza para la variable Locus de control. Como puede apreciarse el valor crítico de F exigible para el rechazo de la hipótesis nula, tanto para el nivel del 0,05 como para el 0,01, y para 1 y 27 grados de libertad, es de 4,21 y 7,68, respectivamente, valores ambos sensiblemente superiores a los que se obtuvieron en el cálculo de la covarianza de esta variable, que fue concretamente de $F=0,09$.

Resultados del Análisis de Covarianza para la Variable LOCUS DE CONTROL

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	CUADRADOS MEDIOS	F
Tratamiento	0,55	1	0,55	0,09
Error	157,48	27	5,83	

En consecuencia, se debe aceptar la hipótesis nula según la cual para la variable Locus de Control la diferencia de tratamiento en los grupos experimental y control no establece diferencias significativas en base a los resultados obtenidos entre ambos grupos.

En opinión de los autores, los resultados obtenidos no coinciden con los esperados, dado que no se ha obtenido ninguna modificación del Locus de control que era, precisamente, la variable que se

trataba de modificar. No obstante, la aportación de esta comunicación sí que es conclusiva, puesto que pone de manifiesto la relevancia irrenunciable e innegociable de introducir estrategias específicas en los paquetes procedimentales que se diseñen para la modificación de conducta.

De aquí que los autores propongan un "enriquecimiento" de los diseños estratégicos y procedimentales que en el futuro se diseñen para el cambio del

Locus de control en estos pacientes. La principal aportación de esta investigación, consiste en haber demostrado que con sólo la *relajación*, la *terapia cognitiva*, el *entrenamiento en Habilidades Sociales* y las tareas de preparación ("*preparedness*"), resulta imposible, en la práctica, (tal y como hemos obtenido en nuestro trabajo), la modificación del Locus de control.

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos se puede concluir lo siguiente:

Se ha comprobado que los niños con cáncer en los que se aplica el programa no presentan necesariamente un Locus de Control más adecuado que el que puedan tener los niños con cáncer no sometidos al programa. Se concluye, de este modo, que el programa no ha

demostrado ser efectivo en lo referente a lograr un adecuado Locus de Control, o a modificar, de forma significativa, el que ya existía previamente.

A nuestro juicio, la razón por la cual se ha alcanzado una insuficiente significación en el contraste de hipótesis, se debe al hecho de no haber incluido en el desarrollo del programa aplicado una estrategia de intervención que impactase específicamente sobre la variable Locus de Control. Y esto debido a que se consideraba que la variable en cuestión debería verse modificada por efecto indirecto de las estrategias que conformaban inicialmente el programa.

Es patente, por tanto, la necesidad de proceder a la revisión y reformulación de esta variable en el planteamiento global del programa, a fin de poder diseñar e introducir en él una estrategia efectiva que posibilite la verificación de la hipótesis que nos planteamos.

BIBLIOGRAFÍA

1. BAYES, R.: *Psicología Oncológica*. Barcelona. Ed. Martínez Roca. 1985.
2. SUSMAN, E.J.; HOLLENBECK, A.R.; STROPE, B.E.; HERSH, S.P.; LEVINE, A.S. Y PIZZO, P.A.: "Separation Deprivation and Childhood Cancer: A Conceptual Re-evaluation." *Psychosocial Aspects of Childhood Cancer* 1981; 155-170.
3. SUSMAN, E.J.; HOLLENBECK, A.R.; NANNIS, E.D. Y STROPE, B.E.: "A Developmental Perspective on Psychosocial Aspects of Childhood Cancer". *Psychosocial Aspects of Childhood Cancer* 1981; 11: 129-142.
4. SUSMAN, E.J.; DORN, L.D. Y FLETCHER, J.C.: "Reasoning About illness in ill and Healthy Children and Adolescents". *J Dev Behav Pediatr* 1987; 8: 266-273.
5. LEVINE, A. Y HERSH, S.P.: "The Psychological Concomitants of Cancer in Young Patients". *Pediatr Oncol* 1984; 15: 367-386.
6. CUISINIER, M.C.J.; VAN EIJK, J.M.; JONKERS, R. Y DOKTER, H.J.: "Psychological Care and Education of the Cancer Patient". *Patient Education and Counseling* 1986; 8: 15-16.
7. COPELAND, D.R.: "Psychosocial Ramifications of Childhood Malignancy for the Child and Family". *Head and Neck Surgery* 1986; 8: 142-145.
8. COPELAND, D.R. Y WORCHEL, F.: "Psychosocial Aspects of Childhood Cancer". *Cancer Update* 1986; 82: 46-48.
9. HOLMES, B.: "Psychological Evaluation and Preparation of the Patient and Family". *Cancer* 1987; 60: 2021-2024.
10. KAPLAN, S.; GROSMAN, P.; LANDA, B.; SHENKER, R. Y WEINHOLD, C.: "Depressive Symptoms and Life Events in Physically ill Hospitalized Adolescents". *J Adolesc Health Care* 1986; 7: 107-111.
11. KAPLAN, S.; BUSNER, J.; WEINHOLD, C. Y LENON, P.: "Depressive Symptoms and Life Events in Physically ill Hospitalized Adolescents". *J Am Academic Child and Adolescent Psychiatry* 1987; 26, 5, 782-787.
12. REED, W.H. Y JACOBSEN, P.B.: "Emotions and Cancer". *Cancer* 1988; 62: 1871-1879.
13. SARAVAY, S.; LOVETTE, E.; TANENBAUM, C.; MCCARTNEY, L.; ROSENBLATT, I. Y SHAPIRO, I.: "Psychotherapeutic Approaches to the Cancer Patient". *Clinical Social Work Journal* 1988; 16, 1, 43-51.
15. DIE TRILL, M.: "Efectos Psicosociales del Cancer en el Enfermo Pediátrico y su Familia". *Jornadas Internacionales de Atención Multidisciplinaria al Niño con Cáncer*, Valencia 1993.

16. DEL POZO, A. Y POLAINO-LORENTE, A.: "Hacia una Nueva Propuesta en la Evaluación del Niño Canceroso en los Servicios de Pediatría". *Acta Pediatr Esp* 1988; 46: 7-10.
18. REGISTRO NACIONAL DE TUMORES INFANTILES. Asociación Española de Pediatría. Sección de Oncología. Valencia 1994.
19. BAYES, R.: "Calidad de Vida y Cáncer Infantil". *Jornadas Internacionales de Atención Multidisciplinar al Niño con Cáncer*. Valencia. 1993.
20. VAN EYS, J.: "Living Beyond Cure". *Am J Pediatr Hematol-Oncol* 1987; 9: 114-118.
21. OAKHILL, A.: "Avances en el Tratamiento de Tumores Óseos". *Encuentro Internacional para el cuidado del Niño y Adolescente con Cáncer*. Bilbao. 1991
22. POLAINO-LORENTE, A. Y DEL POZO, A.: "Programas de Intervención en Niños Cancerosos" en *Modificación de Conducta y Salud*. Eudema Madrid 1990; 15: 341-367.
23. COOK, A. Y BURKHARDT, A.: "The Effect of Cancer Diagnosis and Treatment on hand Function". *American Journal of Occupational Therapy* 1994; 48: 836-839.
24. GOLDENKREUTZ, D. M. Y ANDERSEN, B. L.: "Coping with Cancer and Beyond". *Contemporary Psychology* 1994; 39: 825.
25. MARSE, M. E. J.: "The Health of the Nation-Strategy for Action for Cancer Prevention". *J Royal Society of Health* 1994; 114, 5, 281.
26. BLOOM, J.R. Y KESSLER, L.: "Emotional support Following Cancer". *J of Health and Social Behavior* 1994; 35, 2.
27. SCOTT, C. B.; STETZ, J.; BRUNER, D. B. Y WASSERMAN, T. H.: "Radiation Therapy Oncology Group Quality of Life Assesment". *Quality of life Research* 1994; 3: 199-206.
28. POLAINO-LORENTE, A.: *Educación para la salud*. Barcelona. Herder 1987.
29. POLAINO-LORENTE, A.: "La Pedagogía Hospitalaria desde la Perspectiva Médica". En *Pedagogía Hospitalaria*. (Madrid) 1990; 2: 27-78.
30. MELNYK, B. M.: "Coping with Unplanned Hospitalization-Effects of Informational Interventions on Mothers and Children". *Cancer Nurs* 1994; 43: 50-55.
31. DEL POZO, A. Y POLAINO-LORENTE, A.: "Intervención Psicopedagógica y Cáncer Infantil". En *Pedagogía Hospitalaria*. (Madrid) 1990; 5: 142-172.
32. HARPAM, W. S.: "After Cancer. A Guide to Your New Life". *Library Journal* 1994; 119: 114.
33. MADANSWAIN, A.; BROWN, R. T.; SEXSON, S. B.; BALDWIN, K.; PAIS, R. Y RAGAB, A.: "Adolescent Cancer Survivors Psychosocial and Familial Adaptation". *Psychosomatics* 1994; 35: 453-459.
34. NOWICKY, S Y STRICKLAND, B.R.: "A Locus of Control Scale for Children LCSC". *J Counsult Clin Psychol* 1973; 40: 148-154.

Petición de separatas:

Dr. AQUINIO POLAINO-LORENTE
C/ Ponzano, 69
28003 MADRID