



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Programas europeos de intervención en niños cancerosos hospitalizados: estado actual de la cuestión.

A DEL POZO ARMENTIA* y A POLAINO-LORENTE**

Resumen.—El cáncer infantil tiene características muy especiales y no puede ser analizado de la misma forma que el cáncer que afecta a la población adulta. El reciente aumento en los índices de curación de estos pacientes ha dado lugar a una toma de conciencia mayor acerca de la calidad de vida. Este hecho ha llevado, en los últimos años, a una proliferación y desarrollo de estrategias y técnicas de intervención cuyo objetivo prioritario está dirigido a lograr el adecuado nivel de vida que garantice a la persona enferma, en nuestro caso al niño canceroso, una existencia más digna y decorosa.

Una revisión de la bibliografía científica disponible sobre este particular, ha revelado la existencia de numerosos programas de intervención en estos pacientes. Sin embargo, el enorme desarrollo que en los últimos años han experimentado las investigaciones acerca de los programas de este tipo, nos impide hacer una exposición exhaustiva de todos ellos. En el presente trabajo se detallan explícitamente algunos de los más importantes, siguiendo un orden cronológico. **PALABRAS CLAVE:** Cáncer infantil, calidad de vida, programas de intervención.

Summary.— Specific characteristics conformed the childhood cancer and this special illness cannot be examined in the same way that adult cancer. 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 of childhood cancer. In recent years an increase in the development of multistrategies and interventions programs with the goal of providing quality of life was made. Revision of the literature concerning is the objetiv of this article. **KEY WORDS:** Childhood cancer, children's hospitalization, interventions strategies, quality of life.

ALGUNOS DATOS ESCLARECEDORES

El cáncer infantil no puede ser analizado de la misma forma que el cáncer que afecta a la población adulta. El cáncer infantil tiene características muy especiales. Como afirman Vaughan y col. (1980), aunque en la infancia se han visto neoplasias malignas en casi todas las localizaciones hay algunos puntos de predilección que son muy distintos de los que se observan en el adulto. Cada día se está más de

acuerdo, por tanto, en que el concepto de cáncer pediátrico no es sinónimo de cáncer en un adulto en miniatura, sino que tiene características propias, lo que a su vez exige un tratamiento específico y, en cierto modo, diferente al de el adulto. Estas alteraciones infantiles son diferentes por su origen, por sus manifestaciones biológicas, y, sobre todo, por lo que el niño es en sí, por sus perspectivas de futuro, por las necesidades tan diferentes que tiene respecto del adulto y, también en definitiva, por la misma diversidad de los esquemas y directrices que se emplean en el tratamiento del niño oncológico.

En cualquier caso, también aquí la epidemiología es muy variable y distinta a la del adulto. Mientras en estos últimos predominan los tumores de origen epitelial, la mayoría de las neoplasias en el niño tienen su origen en blastomas derivados del tejido embrionario (Bezanilla 1991), a partir de los cuales se desarrollarán en el futuro los distintos órganos, aparatos y sistemas que constituyen su cuerpo. Las formas más frecuentes de cáncer en la infancia son las leucemias, los tumores cerebrales, los linfomas y los tumores de riñón, músculos y tejido óseo, además de los neuroblastomas y retinoblastomas. Al llegar a la pubertad y adolescencia, comienzan a ser más frecuentes, en cambio, los sarcomas (Polaino y Del Pozo, 1990).

La Asociación Española de Pediatría (Sección de Oncología) facilita los datos epidemiológicos relativos al Registro Nacional de Tumores Infantiles en la población pediátrica española correspondiente a cada año. A estas estadísticas básicas se refieren los casos que se han declarado con fecha de registro/incidencia (equivalente a la primera consulta en el centro informante) entre el 1 de Enero de 1980 y el 31 de Diciembre de 1989. El número de casos censados para el período de 1980-1989 asciende a 5.904. Todos los pacientes de cáncer registrados corresponden a niños menores de 15 años y provienen de diferentes centros oncológicos distribuidos por toda la geografía española.

En la Tabla I se ofrecen las cifras correspondientes al número de casos registrados, en función del año de fallecimiento (desde 1980 a 1989) y de su supervivencia anual.

En la tabla II se recogen las diferentes categorías diagnósticas, ordenadas de mayor a menor frecuencia sin distinción de sexo ni de la edad de los pacientes.

* Doctora en Pedagogía.

** Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense. Madrid.

TABLA I. DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE TUMORES INFANTILES REGISTRADOS EN LA POBLACION PEDIATRICA ESPAÑOLA, (TOTAL DEL PERIODO 1980-1989), EN FUNCION DEL AÑO, DE LAS DEFUNCIONES Y DE LOS SUPERVIVIENTES POR AÑO.

RESUMEN DE DATOS BASICOS A 31 DE DICIEMBRE DE 1989.											
<i>Año de registro</i>	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	Total
CASOS REGISTRADOS	362	415	412	520	535	551	57	582	617	527	5904
CASOS FALLECIDOS											
En el año	41	41	42	56	59	54	50	46	33		
Años anteriores		54	102	94	126	139	139	129	111	101	
Totales	41	95	144	150	185	193	189	175	144	101	1417
CASOS SUPERVIVIENTES CADA AÑO											
Incidentes	254	360	323	388	405	432	448	456	498		
Acumulados		200	404	633	895	1161	1454	1773	2118	2515	
Totales	254	506	727	1021	1300	1593	1902	2229	2616	2515	
COCIENTE M/F											
Masculino/Femenino	1.43	1.24	1.76	1.15	1.42	1.31	1.20	1.28	1.66	1.28	1.35

FUENTE: Registro Nacional de Tumores Infantiles. Asociacion Española de Pediatría. Sección de Oncología. Valencia, 1990

El problema, no obstante su gravedad, ha variado a lo largo de su trayectoria, especialmente durante los últimos años. Aproximadamente, desde hace tan sólo cinco años, diagnosticar un cáncer infantil suponía enfrentarse a una enfermedad de pronóstico fatal en la que el paciente, forzosamente, tenía que tratar de asumir 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 cuando tenían menos años de edad. Y es que, como afirma Die Trill (1987), el aumento de los índices de curación y supervivencia de estos enfermos se debe, principalmente, a los avances de la quimioterapia y radioterapia,

así como a los conocimientos, cada vez más rigurosos, de los especialistas y los padres, en lo que hace referencia, especialmente a la detección precoz del diagnóstico.

El aumento en los índices de supervivencia ha dado lugar a una toma de conciencia, cada vez mayor, acerca de la calidad de vida de que gozan estos pacientes, tanto si aún padecen la enfermedad como si han logrado superarla alcanzando la curación. Es la calidad de vida la que constituye el objetivo primordial que debemos perseguir en aquellos casos que consiguen sobrevivir a la enfermedad. En los últimos años todo esto ha llevado al desarrollo y proliferación estrategias y técnicas de intervención, cuyo objetivo prioritario está dirigido a lograr el adecuado nivel

TABLA II. DEFUNCIONES INFANTILES CAUSADAS POR EL PADECIMIENTO DE TUMORES DISTRIBUIDOS EN FUNCION DE LAS PRINCIPALES CATEGORÍAS DIAGNOSTICAS, DURANTE EL PERIODO 1980-1989

<i>Grupos de tumores</i>	(a) Total casos	(b) Fallecidos	(c) Letalidad	(d) Casos Segto	(e) Letalidad corregida
Leucemias	840	328	39,05	744	44,09
Linfomas Hodking	122	13	10,66	99	13,13
Linfomas no Hodking	469	187	39,87	408	45,83
Tumores de SNC	702	261	37,18	531	49,15
Neuroblastomas	435	192	44,14	388	49,48
Retinoblastomas	95	15	15,79	80	48,75
Nefroblastomas	313	68	21,73	265	25,66
Tumores óseos	275	107	38,91	210	50,95
Rabdomiosarcomas	208	80	38,46	175	45,71
Tum.tej.blandos	137	38	27,74	103	36,89
Tum.cel.germinales	109	27	24,77	88	30,68
Hepatoblastomas	39	22	56,41	35	62,86
Otros tumores	188	79	42,02	154	51,30
Total	3932	1417	36,04	3280	43,20

FUENTE: Registro Nacional de Tumores Infantiles. Asociación Nacional de Pediatría. Sección de Oncología. Valencia, 1990.

de vida que garantice a la persona enferma una existencia digna y decorosa, una vez que se alcanza su curación.

Así lo aseguran también Gerdenio y col. (1987), quienes afirman que la necesidad de estudiar e investigar estrategias de intervención en el cáncer infantil ha aumentado debido sobre todo a dos circunstancias particulares: de un lado, a la elevada incidencia de esta enfermedad en la población; y de otro, al aumento experimentado en el promedio de la supervivencia de estos pacientes. Así pues, a medida que aumentan los índices de supervivencia es más necesaria la aplicación de estas estrategias de intervención para influir positivamente en la calidad de vida del enfermo infantil canceroso.

Una exhaustiva revisión de la bibliografía científica disponible sobre este particular nos ha permitido conocer la existencia de numerosos programas de intervención en los pacientes. Sin embargo, el enorme desarrollo que en los últimos años han experimentado las investigaciones acerca de los programas de este tipo, nos impide hacer aquí una exposición detallada de todos ellos. Por ese motivo nos ocuparemos sólo de aquellos que, a nuestro juicio, pueden ser más representativos. Seguiremos un criterio cronológico para facilitar nuestra exposición en las líneas que siguen.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN NIÑOS CÁNCEROSOS: UNA PANORÁMICA DE LA REALIDAD EUROPEA.

Nos referiremos en primer lugar a *Austria* por ser el país pionero con la creación, en 1917, de la primera escuela-hospital en Europa (Aigner, 1988). En este país, además de contar con una amplia experiencia desarrollada a lo largo de todos estos años, se introducen progresivamente nuevas ideas y alternativas como, por ejemplo, el Servicio de Asistencia Domiciliaria a Niños de Oncología durante el periodo de descanso de los tratamientos y cuando el niño todavía no se encuentra en condiciones de acudir al colegio. Los profesionales que se dedican a la educación en el hospital se reúnen anualmente para aunar criterios, cambiar experiencias, etc. Incluso los hospitales locales más pequeños cuentan por lo menos con un profesor que asegura mínimamente la asistencia escolar y educativa de los pacientes.

En *Dinamarca*, como respuesta al Acta de Educación de 1962, las autoridades gubernamentales decidieron imponer, en 1965, la obligatoriedad en todos los municipios de la enseñanza dentro de los hospitales. Inicialmente, los profesores que impartían las clases en las escuelas ordinarias, dedicaban parte de su horario laboral a acudir al hospital más cercano y atender a los niños que, circunstancialmente, se encontraban allí hospitalizados. En la actualidad, el 77% de los hospitales daneses cuenta con estos servicios aunque, como reconoce Christiansen (1988), la

cooperación interdisciplinaria entre los diversos estamentos dentro del ámbito del hospital es más bien escasa y, en muchas ocasiones, las funciones desempeñadas por estos profesionales son más de apoyo al niño que las específicas de los verdaderos educadores. De otro lado, reconocen la necesidad que tienen de una preparación más adecuada para estos profesores y pedagogos.

En *Hungría*, Laszlo (1988) informa que la asistencia pedagógica en el hospital de Miskok viene desarrollándose desde hace 20 años. Los objetivos que se han asignado a estas actividades son las siguientes: reducir la angustia en el momento de la hospitalización; prevenir el aburrimiento en los niños hospitalizados; sistematizar los niveles de enseñanza según sea la permanencia del niño en el hospital, es decir, programar individualmente la asistencia a cada niño; y participar, junto con el equipo médico, en todo el proceso de la enfermedad en estrecha colaboración con los demás profesionales aportando su punto de vista.

Otro tipo de programas de carácter más definido (dirigidos a otro elemento o componente importante dentro de la estructura familiar) son los que se ocupan de la atención específica a los hermanos del niño enfermo.

Uno de estos comenzó con un grupo de apoyo terapéutico surgido hace algunos años en el *St Paul Children's Hospital* del Reino Unido. El proyecto surgió como respuesta a las demandas de los padres por encontrar algunas vías de ajuste a las situaciones conflictivas que surgían en el seno de la familia y, en concreto, en los hermanos del niño afectado. Sauer (1984), su promotora, describe este programa del modo siguiente: «el número de componentes que integran cada grupo oscila entre 6 y 13, pero no más de 13, ya que de otro modo se obstaculiza la posibilidad de comunicación entre los miembros del grupo. El margen de edad varía desde los 6 a los 19 años. Las reglas por las que se rige el grupo persiguen únicamente mantener un ambiente de confianza, sin llegar a establecer objetivos fijos para cada sesión de manera que las intervenciones surjan entre los participantes con naturalidad, espontaneidad y libertad. Al final de cada sesión se proporciona el oportuno *feedback* al grupo de padres, para darles así la oportunidad de preguntar acerca de sus hijos y mantenerles puntualmente informados».

En el área específica de atención a la familia y en un hospital de *Gales* (Reino Unido), Cleary (1984) llevó a cabo un programa de colaboración con los padres. El objetivo era involucrar a los padres en la atención de su hijo hospitalizado, realizando las tareas propias del personal sanitario. Previamente se proporcionaba a los padres la posibilidad de realizar un entrenamiento en dichas tareas. Los resultados demostraron los beneficios que esta táctica generaba respecto del ajuste a la enfermedad, tanto en los padres como en los propios niños.

Otra variedad de programas llevado a cabo en *Holanda* por Van Den Borne y col. (1986 y 1987), se basa en el estu-

dio del efecto de la relación paciente-paciente a través de los grupos de apoyo sobre los problemas psicosociales generados por el padecimiento del cáncer. Los datos aportados muestran que contactos regulares entre los pacientes afectados y los pacientes que forman parte del grupo de apoyo (generalmente son pacientes en periodo de remisión de la enfermedad), disminuyen ciertos efectos negativos como la ansiedad y la depresión y aumentan su autoestima.

Otra iniciativa original y que, a modo de programa, pretende facilitar la reincorporación a la vida normal del niño que provisionalmente ha finalizado sus tratamientos, es la realizada por Donfrancesco y col. (1987) en Italia. El equipo de investigación se fundamenta en el hecho de que un porcentaje considerable de pacientes llegan a recuperarse dentro del marco relativo a una "buena salud", puesto que no hay que olvidar las posteriores secuelas de los tratamientos anticancerosos. No obstante, estos niños son capaces de hacer deporte y desarrollar una actividad física adecuada a sus posibilidades. El empleo de la actividad deportiva como terapia ha dado resultados muy positivos hasta ahora, ya que consigue motivar a los niños; disminuye la ansiedad de los padres que ven a su hijo moverse libremente; evita hasta cierto punto la sobreprotección que, en ocasiones, aparece en situaciones de este tipo; y favorece, de una forma espontánea y natural, el proceso de socialización y reintegración de estos niños con otros niños de su edad.

Son innumerables los servicios de atención y los programas de desarrollo en el marco hospitalario, por lo que resulta imposible reseñarlos aquí en su totalidad.

En la misma línea Delvaux y col. (1988) han realizado un pormenorizado estudio de la situación que viven los profesionales que trabajan en Servicios de Oncología. De aquí que para su mejora, propongan una serie de ideas y pautas a desarrollar dentro del hospital, especialmente las encaminadas a la deformación y al soporte psicológico de médicos, enfermeras y demás trabajadores sanitarios en este ámbito.

Antes de pasar al siguiente bloque de programas volvamos a subrayar la necesidad de la intervención pedagógica en el hospital, en lo referente a la atención del paciente infantil canceroso. Somos conscientes de que esta intervención no debe ser una acción fortuita o arbitraria, sino más bien cuidadosamente estudiada y administrada de una forma previamente establecida. Para ello es necesario recurrir a un plan de acción. En las líneas que siguen describiremos un importante grupo de programas que hacen hincapié en el importante papel que desempeñan durante esta etapa de desarrollo y escolarización. Por eso, ante la interrupción obligada del ritmo escolar que impone la enfermedad, han surgido sustitutos de la escuela en los propios hospitales, creándose así las llamadas *aulas hospitalarias*, implantadas ya en casi todos los países de Europa y Norteamérica.

Este hecho ha provocado durante los últimos años la multiplicación y proliferación de programas e iniciativas de carácter educativo y formativo desarrolladas dentro del ámbito del hospital. La mayoría de los profesionales en este campo, reconocen la importancia que para el niño tiene la continuidad del ritmo escolar y sus efectos sobre una más rápida evolución de la propia enfermedad así como, de manera particular, sobre el ajuste psicológico. Estas actividades escolares deben proporcionar una adecuada continuación de la escolarización y evitar la indecisión e inseguridad respecto al futuro retorno del niño al colegio. Continuar los estudios es de vital importancia en los pacientes pediátricos. El retorno a la escuela puede resultar traumático. Por eso, es importante mantener durante el período de las hospitalizaciones la continuidad y el seguimiento de este proceso de escolarización, utilizando para ello todos los recursos al alcance, uno de los cuales es, sin duda alguna, la escuela alternativa.

Es importante, en este sentido, hacer una consideración y es que dentro de este deseo de mantener al niño en contacto con la escuela procurando no romper el hábito de estudio o formación, no podemos olvidar que por encima de todo está siempre la situación y condición física del niño que, lógicamente deberemos anteponer a cualquier otra consideración.

Los programas o iniciativas en este sentido son muy numerosas. Citamos únicamente alguno de ellos por ser los más representativos. Así por ejemplo, el desarrollado en el *Guy's Ilea Hospital School* de Londres (Maxwell, 1988). En este hospital el desarrollo de la atención al niño es considerable y no sólo cuenta con la exclusiva al ámbito de escolarización, sino que gracias a la experiencia de muchos años, cuentan con todo un elenco de actividades extraescolares perfectamente diseñadas y estructuradas.

El *Freeman Hospital School* en Newcastle, Reino Unido (Goodman, 1988), siguiendo la misma línea, cuenta con un importante programa de preparación a la hospitalización, llevado a cabo de un modo totalmente didáctico. Se proporciona también asistencia escolar y se describe el papel del "profesor de hospital" como pilar importante en cualquier programa de atención al niño hospitalizado, insistiendo en la importancia de la colaboración interprofesional.

Hemos mencionado ya en otra ocasión el Primer Seminario Europeo celebrado en Ljubljana (Yugoslavia) en 1988, sobre la Educación y la Enseñanza a Niños Hospitalizados. En este congreso se presentaron trabajos y conclusiones de casi todos los países europeos. Reseñamos algunos de estos programas dirigidos prácticamente en su totalidad, al ámbito de la escolarización y la educación. Dado el gran número de comunicaciones presentadas y la imposibilidad de mencionarlas todas enumeramos sólo algunas de la más relevantes.

En *Yugoslavia* (Belgrado) donde seis centros cuentan ya con este tipo de atención escolar dentro del marco hospitalario, van tomando cada día mayor relieve este tipo de actividades. El plan de estudios desarrollado en el hospital es similar al seguido en el resto de las escuelas ordinarias, lógicamente dentro de un marco flexible que viene dado por la situación específica y particular de cada niño (Andrija, 1988).

Respecto a la situación en *Suiza*, Urner (1988) informa que el modo de financiar la educación en los hospitales en su país es diverso: con recursos privados, con recursos estatales, a través de compañías de seguros y por último organismos también estatales. Tal variedad en la financiación da idea de la importancia que se concede a la actividad pedagógica con la que está relacionada.

En *Noruega*, Lauvas (1988) afirma que en su país la educación en los hospitales está regulada por disposiciones legales y la responsabilidad administrativa, a este respecto, es compartida por dos ministros de Gobierno: el de Educación y el de Sanidad. Si bien hay mucho que hacer en este ámbito, ya que este tipo de servicios no existe en todos los hospitales del país, sin embargo, se cuenta a nivel legislativo con una ordenación y estructuración que parecen ser las adecuadas.

En *Ankara (Turquía)*, Bilir (1988) desarrolla en su hospital un programa de preparación a la hospitalización en el que participan pediatras, enfermeras, educadores y padres. Los niños previstos para intervención quirúrgica cuentan con un programa adicional más completo y referido a la dolencia específica y a la intervención a la que se le va a someter. En este programa es de vital importancia la cooperación del personal médico junto con los educadores.

Orts (1988), en *Alemania*, afirma que proporcionar asistencia escolar a los niños hospitalizados es un objetivo común en el que trabajan juntos pediatras, pedagogos y enfermeras. La escuela en el hospital cuenta con una amplia organización distribuida en grupos de trabajo según los diferentes departamentos, como por ejemplo, Neurología, Cirugía, Oncología, Ortopedia, etc...

En un hospital de Gran Bretaña, en *Hampshire*, se llevó a cabo una original iniciativa en la que los niños tenían la oportunidad, durante el tiempo que debían permanecer ingresados, de aprender con y entre los adultos que, al igual que ellos permanecían también hospitalizados. Entre unos y otros intercambiaban experiencias y aprendizajes. Y el resultado de esta experiencia, en palabras de su promotor Ferguson (1988), es que cualquier hospital, grande o pequeño, es una increíble fuente de aprendizajes. Es el profesor quien deberá canalizar y estructurar todo este potencial para sacar así el mayor partido a esa situación.

En *Yugoslavia* (Maribor), Petrovic (1988) concreta la actividad pedagógica en el hospital a través de tres objetivos principales: ocupación y atención de los niños que deben permanecer en cama, desarrollo de las lecciones con aque-

llos que pueden levantarse y verificación y evaluación de los conocimientos adquiridos.

Verri (1988), en *Italia* (Pavia), asegura que es fundamental, en este tipo de trabajo, la colaboración del personal de enfermería y los educadores (pedagogo, maestro, etc.), con un constante intercambio de información por ambas partes respecto de un único objetivo: mejorar la vida del niño hospitalizado, sea cual sea el rango profesional que se tenga.

A continuación reseñamos otro bloque de programas referidos específicamente a niños afectados de cáncer. Kurz y col. (1988) de la Universidad de Graz, *Austria*, describen los problemas concretos que, desde el punto de vista psicopedagógico, ha de afrontar el profesional que atiende a estos niños. Hace una distinción de estos problemas y destaca tres categorías:

A) *Problemas generales*: incertidumbre y presentimiento de una posible muerte. El profesor debe contar, dadas las fluctuaciones en el número de pacientes, en las edades y las situaciones tan particulares que se presentan que dificultan la continuidad del proceso de enseñanza, con una experiencia pedagógica y un alto grado de empatía. El profesor es un elemento más dentro de todo el conjunto de terapeutas que atienden al niño y, por tanto, debe adaptarse al sistema interdisciplinario.

B) *Problemas especiales*: comunes, por otra parte, a todos los niños con trastornos crónicos, pero que hacen su aparición de manera más dramática en los niños de oncología. El hecho de ser una enfermedad tan larga conduce al paciente, de forma progresiva a una pérdida de interés por todo y, en ocasiones, pueden aparecer rasgos depresivos. El profesor debe ser aquí un verdadero amigo y lograr, a través de actividades mentalmente creativas, estimularle y proporcionarle nuevas aspiraciones cada día. A menudo la reintegración en la escuela habitual resulta sumamente difícil. Por eso es conveniente mantener una estrecha relación con el colegio del niño durante el tiempo que dure la enfermedad.

C) *Problemas específicos*: en muchas ocasiones se prescriben períodos de aislamiento para estos niños, dado el alto grado de riesgo a infecciones que tienen por el estado de debilidad generalizado del organismo. El profesor, por tanto, debe observar estrictamente las normas higiénicas. La enseñanza deberá ser, en estos casos, individualizada. En ocasiones la carga psicológica que niños y padres se ven obligados a soportar es de tal envergadura que se impone la necesidad de un mecanismo de desahogo y escape, y el profesor puede llegar a ser este punto clave.

En *Ljubljana (Yugoslavia)*, Wabra (1988) lleva a cabo un trabajo específico en el departamento de hematología/oncología. A los niños de este servicio se les brinda la oportunidad de participar en una educación intelectual con materias y disciplinas concretas: actividades terapéuticas, —sobre todo estéticas— música, arte, literatu-

ra y, por último, discusiones terapéuticas sobre temas libremente elegidos. Estas discusiones pueden ser planificadas previamente o también espontáneas. El objetivo fundamental de este tratamiento individual y personalizado es el de ofrecer una ayuda psicosocial al niño y a sus padres.

Rawlings (1988), de *Leicester*, Gran Bretaña, afirma que el aumento en la incidencia del cáncer en la población infantil ha suscitado problemas entre los profesores de hospital ya que surgen necesidades y demandas para las cuales no se encuentran debidamente preparados. Un estudio acerca de las consecuencias psicossociales que la infancia debe afrontar en estas circunstancias ha introducido algunos aspectos relevantes en la formación del profesor de hospital. Algunos de ellos, por ejemplo, es el estudio y conocimiento por parte del profesor de los estadios de aflicción y dolor, así como de sus componentes. Actitudes como afrontar la hospitalización, pasar de la negación a la aceptación, luchar contra el sentimiento de rabia, el miedo y el sentimiento de culpabilidad, deben ser provocadas en el niño para facilitar su proceso de adaptación. Los profesores de hospital, afirma este autor, deben conocer las estrategias adecuadas para ser capaces de suscitar este tipo de reacciones. Debe darse también, un cambio de mentalidad en la escuela, para poder acoger al niño cuando vuelva del hospital, sin que éste tenga que sentirse rechazado o desprotegido. De esta forma, si se facilita la vuelta al colegio dentro de una total normalidad, el niño no tenderá a permanecer en su casa contando únicamente con el apoyo de los suyos.

En *Alemania* (Tubingen), Hacker (1988) desarrolla también su trabajo como pedagogo enseñando a niños con cáncer que se encuentran hospitalizados. Su objetivo, afirma, es orientar la enseñanza de acuerdo en cada momento a las necesidades del alumno. Estas necesidades vienen determinadas, principalmente, por los tratamientos y el estado físico del niño. Uno de los aspectos más importantes en las vidas de estos niños es el de mantener el mismo ritmo de aprendizaje o escolarización que sigue en su propia clase. El pedagogo imparte las lecciones en los momentos en que el niño no está recibiendo los tratamientos. Este hecho puede parecer poco importante en un momento en que otros eventos como el estrés de la quimioterapia, los trasplantes, las intervenciones quirúrgicas, el deterioro de las condiciones físicas del niño, o incluso la muerte de otro niño, requieren toda la atención. Sin embargo, tiene sentido si la función del profesor no se limita únicamente a dar clase. De hecho, no se trata de ser profesor, sino de ser educador, así tendrá tanta importancia aprender un contenido como acompañar en un momento difícil al niño que va a morir en un futuro próximo. El desempeño de esta tarea exige grandes esfuerzos por parte del profesor, así como una revisión continua de su propia actuación y el significado y limitaciones de su propia vida. La estima e importancia que se da a este tipo de actividad entre el personal clínico y la

colaboración estrecha de todos son los dos requisitos imprescindibles con los que cuenta para lograr un buen trabajo.

Below (1988) de *Alemania* (Dormunt), expone el hecho de que la aplicación de los tratamientos en el cáncer ha variado. Hace algunos años los niños con cáncer se veían obligados a permanecer largos períodos en el hospital. Hoy en día ingresan por 3 o 6 semanas para el diagnóstico y el inicio de los tratamientos. Después, los reingresos son periódicos, pero muy reducidos, alternando con períodos en casa. Por supuesto que la enseñanza de estos niños debe ser adaptada a la cadena de tratamientos que recibe. Lógicamente, deberá consistir en un sistema de ayuda pedagógica para cada niño y, por supuesto, contar con la cooperación entre el personal médico, el profesor ordinario y el profesor de hospital.

En *Austria* (Viena), Beatrix (1988) plantea la necesidad de afrontar el tema de la muerte. Afirma que la educación para la muerte es para todos y no se refiere únicamente al que muere o va a morir próximamente, ya que también tiene relación con los sentimientos acerca de la muerte. El primer objetivo de la educación para la muerte es el de pensar, reflexionar e ir al fondo del significado de la vida en muchas de sus manifestaciones. La muerte ha llegado a ser un tabú en nuestra sociedad. Es obvio que problemas relativos a pacientes moribundos son hoy día mucho más espectaculares de lo normal. Una de las razones que explican este hecho puede deberse a los avances técnicos que, por su marcado impacto en el proceso de agonía preocupan a los pacientes por su cuidado. En estos casos la forma mejor de ayudarles es afrontando la realidad. La propia ansiedad y sensibilidad del profesional sobre la agonía y la muerte son pertinentes en el trabajo con niños terminales. La educación para la muerte ayuda a aprender cómo luchar contra la muerte y cómo afrontarla. También se advierte sobre la importancia de actuar con justicia, apertura y sinceridad en el trato con los niños terminales, estar atentos y escuchar a estos niños y saber responder a sus demandas. Generalmente, los niños terminales están más asustados, deprimidos, y expresan su rabia de manera más explícita que otros niños hospitalizados. Los miedos varían, lógicamente, en función de su edad cronológica. Estos niños a menudo experimentan cambios de actitud y su autoconcepto apunta hacia una mayor conciencia de su situación. Es preciso ayudarles en este difícil proceso y es éste, precisamente, el objetivo de la educación para la muerte.

ALGUNOS DATOS SOBRE LA REALIDAD ESPAÑOLA

Para completar el elenco de programas e iniciativas al que hemos aludido, mencionamos ahora algunas acciones llevadas a cabo en nuestro país, en el ámbito de la atención al niño hospitalizado. Las iniciativas, al igual que afirmábamos en el apartado anterior, son aquí muy variadas y apuntan a aspectos muy diversos unos de otros.

Antes de seguir adelante en esta descripción permítasenos afirmar que la información de que disponemos a este respecto no es completa. Las acciones de este tipo serán, sin duda alguna, más numerosas de las que aquí consignamos. La revisión realizada por Martínez Balsalobre y col. (1988) sobre la situación de las escuelas hospitalarias en España, manifiesta que del 20,5% de todos los hospitales españoles (los que han respondido a la estadística), sólo un 9% de ellos dispone de servicios escolares o similares para los niños hospitalizados. Por consiguiente, lo que aquí reseñamos es sólo una pequeña parte de la realidad que no parece sino ir en progresivo aumento y mejora en favor de los verdaderos beneficiarios de estas acciones: los niños enfermos hospitalizados.

Comenzamos por un programa desarrollado en el Hospital de *San Juan de Dios* de Manresa, *Barcelona* (Admetlla y col., 1988). Se trata de un programa de preparación psicológica para la intervención quirúrgica en el niño. Consiste en una entrevista con los padres y un diagnóstico psicológico del niño, previos a la preparación propiamente dicha. Se hacen después sesiones preoperatorias, una de las cuales corre a cargo de una de las enfermeras de quirófano, y de otras sesiones postoperatorias. También se hace un seguimiento del niño al cabo de seis meses de la operación para descubrir si ha habido trastornos reactivos a la cirugía. Los datos obtenidos hasta ahora han sido satisfactorios en cuanto a la reducción del temor y la ansiedad en los niños.

También en *Barcelona* existe un programa de preparación psicológica a la intervención quirúrgica en el Hospital San Juan de Dios. Bassets (1988) entiende por preparación psicológica el conjunto de actividades dirigidas a orientar al niño y a sus padres en el proceso que vivirán en el hospital con ocasión de la intervención, a fin de que soporte mejor la experiencia de la operación y se sienta más tranquilo emocionalmente. Desde 1979 se viene desarrollando este programa que consiste en la proyección de un audiovisual conocido con el nombre de *Historia de Andrés*, cuyo protagonista narra su experiencia personal cuando fue operado en el hospital. Seguidamente se entabla un coloquio dirigido a los padres y niños. Las edades de los niños que participan en este programa oscilan entre los 3 y los 12 años. El programa se concreta además con el envío de una carta acompañada de una motivadora invitación a las familias de los niños programados o previstos para intervención quirúrgica, convocándoles por este medio a la sesión informativa.

En otra línea, surge en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de *Sevilla* una actividad dirigida a los padres de los niños ingresados (Sánchez-Salas, 1988). En Enero de 1986, surgió esta iniciativa en el hospital y se inició con el nombre de *Aula de Salud*. Las personas que organizan y animan esta escuela son el personal de enfermería, los trabajadores sociales, los médicos, una maestra, el jefe de

personal subalterno y un representante de formación continuada. El *Aula de Salud* consiste en una invitación a los padres de los niños que permanecen en el hospital, que se hace tres veces por semana, para acudir a una especie de conferencia-coloquio en la que se tratan temas de interés general y también temas específicos referentes, casi siempre, al mundo de los niños. Se ofrece, para quien lo precise, una orientación y apoyo, bien sea en grupo o individual, en todos los problemas, preocupaciones, etc. que puedan surgir en estos padres.

En *Valencia* ha surgido, como respuesta a las necesidades demandadas por los niños hospitalizados—en sus largas horas de aburrimiento y soledad—, un grupo heterogéneo de personas compuesto por médicos, enfermeras y asistentes sociales denominado «Colectivo La Mel». Su trabajo se concreta en la realización de un conjunto de actividades cuyo objetivo es intentar que el niño se sienta lo más cerca posible de su ambiente cotidiano, y que el hospital deje de ser un lugar frío y extraño. De este modo se desdramatiza, en lo posible, su permanencia en la institución. Los promotores del programa se ocupan exclusivamente del área recreativa y de entretenimiento y la diversión.

Como puede verse las iniciativas son variadas y, en muchas ocasiones, originales. Este es el caso del *Hospital General de Albacete*. En dicho hospital (Díaz Martínez, 1988), mediante la presencia de un animador sociocultural, intentan cubrir y atender estas necesidades. Presentan la animación sociocultural como una alternativa pedagógica inicial en hospitales de poca capacidad. El animador sociocultural, en este caso, intenta compaginar las actividades propiamente escolares con las lúdicas y recreativas.

Por otro lado, Torres (1988) afirma que la atención hospitalaria ha de ser lo más completa y humana posible. Pero acontece que por falta de tiempo y las numerosas obligaciones profesionales el aspecto humano queda, en ocasiones, desatendido, y aparecen las lagunas de horas vacías donde el enfermo, y de manera particular el niño, no sabe qué hacer en estas “vacaciones forzadas” que le son impuestas. Cuando el hospital por falta de recursos económicos, no se hace cargo de contratar los servicios de los profesionales adecuados para cubrir este aspecto, surge como alternativa la figura del *Voluntario Social*, como una pieza más del engranaje hospitalario. En América esta alternativa está solucionando graves problemas de atención, de manera especial en los servicios a los enfermos geriátricos. De esta forma el llamado Voluntariado Social está formado por personas mayores que, libre, gratuitamente y de forma altruista ofrecen sus servicios y tiempo libre en la atención a personas necesitadas. Este personal voluntario es adiestrado y formado adecuadamente en las tareas que debe desempeñar y, de este modo, los costes en la atención de estos pacientes se reducen considerablemente (Montgomery y col. 1987). En España que, como hemos dicho, comienza a desarrollarse este servicio, concreta-

mente en Barcelona, el voluntariado no pretende ser una intromisión sino, por el contrario, un eficaz colaborador del médico, la enfermera y el pedagogo dentro del hospital.

También en el *Hospital de Santa Creu y Sant Pau* en Barcelona (Picañol, 1988), se están llevando a cabo dos tipos de iniciativas diferentes, pero ambas estrechamente relacionadas. Una de ellas es un curso denominado *Infancia y Salud* dirigido a los educadores, que consiste en un programa de educación para la salud en la escuela. La otra iniciativa son las visitas escolares organizadas a este hospital que, con un doble objetivo, permiten, por una parte, una aproximación y mayor conocimiento de la estructura y el funcionamiento de un hospital general y, por otra, un conocimiento directo de un monumento artístico importante aprovechando la circunstancia del enclave físico en que se ubica el hospital: el Palacio de Muntaner en Barcelona. Hay que matizar además que el primer objetivo (el conocimiento y acercamiento al funcionamiento del hospital) tiene más importancia de la que en principio pueda parecer, ya que respecto del niño esta aproximación puede actuar como factor preventivo en el hipotético caso en que aquel, deba afrontar en el futuro, un nuevo ingreso hospitalario. El hecho de haber tenido un primer contacto agradable y divertido puede evitarle muchos de los temores y ansiedades que tan frecuentemente aparecen en estas situaciones.

En esta misma línea, en el *Hospital Materno Infantil de San Juan de Dios de Barcelona* (Vallina, 1988) se viene desarrollando desde hace algunos años un programa de Educación Sanitaria en la Escuela cuyos efectos han demostrado ser beneficiosos y positivos.

Por último, nos referiremos ahora a programas o actividades específicas del ámbito escolar.

En el *Hospital Clínico de Barcelona* (Marín, 1988) se ha creado una Escuela de Educación Especial (*Cátedra de Pediatría*). El motivo de la creación de esta escuela fué, sin duda, la atención al niño enfermo desde el punto de vista escolar con el fin de lograr la incorporación posterior del niño a su vida normal y a su escuela de procedencia con el menor desajuste posible, evitando el alejamiento del proceso educativo durante la hospitalización. El horario escolar se distribuye entre el aula y los dormitorios infantiles, siendo imprescindible contar en todo momento con un amplio margen de flexibilidad.

También en el hospital madrileño de *La Paz* (Carrera, 1988) se está trabajando en este sentido. Se trata de una escuela enclavada concretamente en el servicio de rehabilitación y traumatología del Hospital General La Paz (*Madrid*). Todos los pacientes infantiles, en este caso los alumnos de esta peculiar escuela, comparten sus habitaciones indiscriminadamente con los adultos y ancianos. De aquí la preocupación de que los niños salgan de las habitaciones, al menos durante algunas horas al día, y se encuentren con otros niños en un ambiente relajado y

agradable. Las edades oscilan de 6 a 16 años y la estancia media de permanencia en el hospital es de 30 días y la mínima de 10.

Por último, citamos una iniciativa llevada a cabo en el término municipal de Móstoles, *Madrid* (Gordillo y col., 1988). Se trata de un programa de atención educativa a niños que continúan su convalencia en el hogar después de haber permanecido hospitalizados. El objetivo es evitar la desconexión del niño con la vida escolar, mantener los hábitos de trabajo, paliar el retraso escolar, etc. A los dos años de haberse iniciado esta experiencia, los datos obtenidos son muy positivos, constatando que un elevado porcentaje de los alumnos no presentan graves dificultades en el momento de incorporarse al aula.

Para concluir este sucinto inventario nos referimos ahora al caso concreto donde hemos desarrollado nuestras investigaciones, de cuyos resultados hemos venido informando recientemente (Del Pozo y Polaino, 1990; Polaino y Del Pozo, 1990). Se trata de una experiencia pedagógica innovadora nacida en la Clínica Universitaria de Navarra. En palabras de González Simancas (1990), «es una experiencia real, concreta que se está llevando a cabo de una manera formalizada desde 1979, y en la que confluyen dos departamentos, el Departamento de Pediatría (Facultad de Medicina) y el Departamento de Didáctica y Orientación (Facultad de Filosofía y Letras)». La experiencia consiste en la atención educativa que se presta a los niños y adolescentes hospitalizados (cancerosos o no) en la planta de pediatría con carácter preventivo respecto de las posibles consecuencias psicopatológicas generadas por el hecho de la hospitalización y/o por los tratamientos aplicados.

Después de una década de trabajo continuado, -aunque un tanto irregularmente diseñado-, los resultados obtenidos son muy elocuentes: disminución de la ansiedad y de la depresión, incremento de las habilidades sociales, mejora del ajuste a la hospitalización y de la adherencia a los tratamientos recomendados, etc.

Los programas hasta ahora implantados con una satisfactoria validez empírica, se limitan a dos: uno específico de preparación a la hospitalización infantil, y otro más complejo e integrado, específicamente diseñado para la intervención en el niño canceroso. El reto del futuro es, sin embargo, mucho más ambicioso de lo que aquí se ha expuesto, por lo que aseguramos la generación de nuevos programas de intervención, a los que resulta fácil predecir un feliz resultado, siempre que su diseño sea muy cuidadoso y específico, y siempre que se dispongan de procedimientos rigurosos para evaluar su eficacia, cualquiera que sea el ámbito o los contenidos que se evalúen.

BIBLIOGRAFIA

1. ADMETLLA, I: «Preparación para la intervención quirúrgica». *III Jornadas de Pedagogía Hospitalaria*. Barcelona, 1988.

2. AIGNER, I : «The Teaching of ill Children in Austria». *I European Seminar on Education and Teaching in Hospital*. Yugoslavia, 1988.
3. AMDRIJA, J : «Education and Teaching of Children in Belgrade's Hospital». *I European Seminar on Education and Teaching in Hospital*. Yugoslavia, 1988.
4. BASSETS, J : «Preparación Psicológica a la Intervención quirúrgica». *III Jornadas de Pedagogía Hospitalaria*. Barcelona, 1988.
5. BEATRIX, V : «Death Education». *I European Seminar on Education and Teaching in Hospital*. Yugoslavia, 1988.
6. BELOW, U V : «Hospital Teacher and Home Tuition: A System of Paedagogic Care of Children with Cancer». *I European Seminar on Education and Teaching in Hospital*. Yugoslavia, 1988.
7. BEZANILLA, J L : «Evolución de la Oncología Pediátrica en España». *I Encuentro Internacional para el Cuidado del Niño y Adolescente con Cáncer*. Bilbao, 1991.
8. BILIR, S : «Staff Cooperation in Preparing Children for Hospital». *I European Seminar on Education and Teaching in Hospital*. Yugoslavia, 1988.
9. CARRERA, G : «Nuevo Método de estudio de la Escuela-Hospital». *III Jornada de Pedagogía Hospitalaria*. Barcelona, 1988.
10. CHRISTIANSEN, B Z : «Teaching of Children in Danish Hospitals». *I European Seminar on Education and Teaching in Hospital*. Yugoslavia, 1988.
11. CLEARY, J ; GRAY, O P ; HALL, D J ; ROWLANDSON, P H ; SAINSBURY, C y DAVIES, M : «Parental Involvement in the Lives of children in Hospital». *Archives of Disease in Childhood*, 61, 779-787. 1986.
12. DEL POZO, A y POLAINO-LORENTE, A : «Hacia una nueva propuesta en la Evaluación del Niño Canceroso en los Servicios de Pediatría». *Acta Pediátrica Española*, 46(1), 7-10. 1990.
13. DELVAUX, N ; RAZAVI, D y FARVCQUES, C : «Cancer Care A Stress for Health Professionals». *Social Science and Medicine*, 27 (2), 159-166. 1988.
14. DIAZ-MARTINEZ, J : «La Animación Sociocultural como Alternativa Pedagógica». *III Jornadas de Pedagogía Hospitalaria*. Barcelona, 1988.
15. DIE TRILL, M : «Niños y Adolescentes con Cáncer». *Humanidades Médicas*, 23, 35-39. 1988.
16. DONFRANCESCO, A ; MIANO, C ; CALZOLARI, A ; DRAGO, F ; TURCHETTA, A ; BIONDI, G ; PUCCI, S y ROSATI, D : «Leucemia Acuta Infantil: Possibilita di Avviamento dei Soggetti off-therapy ad Attività Sportive anche di tipo Agonistico». *Rivista Italiana de Pediatria*. 13, 384-388. 1987.
17. FERGURSON, G : «Hospital: An Opportunity for Community Learning». *I European Seminar on Education and Teaching in Hospital*. Yugoslavia, 1988.
18. GERDENIO, M M ; ROTH, S ; KEEFE, F J y BRANTLEY, B A : «Coping with Cancer». *Journal of Human Stress*, 13(4), 149-158. 1987.
19. GONZALEZ-SIMANCAS, J L : «Aproximación epistemológica a la pedagogía Hospitalaria». *Pedagogía Hospitalaria*, 6, 173-201, Madrid, Narcea, 1990.
20. GOODMAN, S : «Hospital Teachers: Medical Interpreters or Raffia Maffia». *Archives of Disease in Childhood*, 63(3), 333-338. 1988.
21. GORDILLO, F ; MORAGA, F y FRESNILLO, G : «Atención Educativa Domiciliaria a Niños Convalecientes». *III Jornadas de Pedagogía Hospitalaria*. Barcelona, 1988.
22. HACKER, W : «Teaching Children with Cancer in Hospital Schools». *I European Seminar on Education and Teaching in Hospital*. Yugoslavia, 1988.
23. KURZ, R : «Problems in Teaching Hospitalized Children with Malignomas». *I European Seminar on Education and Teaching in Hospital*. Yugoslavia, 1988.
24. LASZLO, V : «The Role of the Teacher in Hospital». *I European Seminar on Education and Teaching in Hospital*. Yugoslavia, 1988.
25. LAUVAS, K : «Education of Children in Hospitals in Norway». *I European Seminar on Education and Teaching in Hospital*. Yugoslavia, 1988.
26. MARIN, M : «Cobertura Psicopedagógica en el Hospital Clínico Provincial de Barcelona». *III Jornadas de Pedagogía Hospitalaria*. Barcelona, 1988.
27. MARTINEZ BALSALOBRE, F y PEREZ EGEEA, E : «Trabajo de Investigación sobre la situación actual de las Aulas Hospitalarias en España». *III Jornadas de Pedagogía Hospitalaria*. Barcelona, 1988.
28. MAXWELL, G : «Ponencia a las III Jornadas de Pedagogía Hospitalaria». Barcelona, 1988.
29. MAYOR, J y LABRADOR, F J : «Manual de Modificación de Conducta». Ed. Alhambra, Madrid, 1986.
30. MEDINA, I : «Preparación Psicológica para la Intervención Quirúrgica». *III Jornadas de Pedagogía Hospitalaria*. Barcelona, 1988.
31. MONTGOMERY, R J V y HACHT, L R : «The Feasibility of Volunteers and Families Forming Partnerships for Caregiving». *Aging Health and Family*, Sage Publications 9, 143-161. 1987.
32. MORENO, C : «Colectivo La Mel: Otra Escuela Pública». *III Jornadas de Pedagogía Hospitalaria*. Barcelona, 1988.
33. ONCOLOGIA CLINICA. *Unión Internacional Contra el Cáncer*. Ed. Alhambra. Madrid, 1982.
34. ORTS, J : «One Week of Paedagogical Every Day Life in a School for Sick Children in Stuttgart». *I European Seminar on Education and Teaching in Hospital*. Yugoslavia, 1988.
35. PETROVIC, S : «Education and Teaching of Sick Children at the Department for Childhood Diseases in Maribor Yugoslavia». *I European Seminar on Education and Teaching in Hospital*. Yugoslavia, 1988.
36. PICAÑOL, J : «El Hospital de Santa Creu y San Pau y la Educación para la Salud en los Niños». *III Jornadas de Pedagogía Hospitalaria*. Barcelona, 1988.
37. POLAINO-LORENTE, A y DEL POZO, A : «Programas de Intervención en Niños Cancerosos». *Modificación de Conducta y Salud*, 15, 341-367. Eudema, Madrid, 1990 a.
38. POLAINO-LORENTE, A y DEL POZO, A : «La Pedagogía Hospitalaria desde la Perspectiva Médica». *Pedagogía Hospitalaria*, 2, 27-78. Narcea, Madrid, 1990 b.
39. RAWLINGS, H : «Children with Cancer in Hospital Schools». *I European Seminar on Education and Teaching in Hospital*. Yugoslavia, 1988.
40. REGISTRO NACIONAL DE TUMORES INFANTILES. *Asociación Española de pediatría*. Sección de Oncología. Valencia, 1990.
41. RODRÍGUEZ SACRISTAN, J y PARRAGA, J : «Técnicas de Modificación de la Conducta». *Anales de la Universidad Hispalense*. Sevilla, 1982.
42. SALAZAR, N : «Unidad de Estimulación Hospitalaria». *III Jornadas de Pedagogía Hospitalaria*. Barcelona, 1988.
43. SANCHEZ-SALAS, M : «Aula de Salud: Experiencias con Padres de Niños Ingresados». *III Jornadas de Pedagogía Hospitalaria*. Barcelona, 1988.
44. SAUER, S : «Siblings of Children who Have Died». *Chronic Illness and Disabilities in Childhood and Adolescence*, 11, 177-189. Grune Stratton, 1984.
45. TORRES, J M : «El Voluntariado: Una Pieza más en el Engranaje Hospitalario». *III Jornadas de Pedagogía Hospitalaria*. Barcelona, 1988.
46. URNER, M : «The Present State of Teaching of Children in Hospitals of Switzerland». *I European Seminar on Education and Teaching in Hospital*. Yugoslavia, 1988.
47. VALLINA, E : «La Educación Sanitaria a través de un Hospital Materno-Infantil». *III Jornadas de Pedagogía Hospitalaria*. Barcelona, 1988.
48. VAN DEN BORNE, H W ; PRUYN, J F A y MEY, K D : «Self Help in Cancer Patients: A Review of Studies an the Effects of Contacts Between Fellow Patients». *Patient Education and Counseling*, 8, 367-385. 1986.

49. VANDENBORNE, H W; PRUYN, J F A, y HEUVEL, V D: «Effects of Contacts Between Cancer Patients on their Psychological Problems». *Patient Education and Counseling*, 9, 33-51. 1987.
50. VAUGHAN, V C; MCKAY, R J, y NELSON, W E: «Tratado de Pediatría». Salvat Mexicana de Ediciones S.A. México, 1980.
51. VERRI, R : «Relation Between Nurse and Teacher». *I European Seminar on Education and Teaching in Hospital*. Yugoslavia, 1988.
52. WABRA, T : «Beside Education of a Child in University Medical Centre Department of Oncology and Hematology». *I European*

Seminar on Education and Teaching in Hospital. Yugoslavia, 1988.

Dirección del autor:

Aquilino Polaino-Lorente.
C/Ponzano, 69-6º
28003 Madrid.