



- ◆ 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)

# Algunos indicadores en la evaluación de la eficacia de un programa de intervención psicopedagógica en niños cancerosos hospitalizados

A. Polaino-Lorente\* y A. del Pozo Armentia\*\*

\* Catedrático de Psicopatología. Sección Departamental de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad Complutense. Madrid (España) \*\* Doctora en Pedagogía.

## Resumen

El hecho dramático de por sí de padecer una enfermedad severa del alcance y envergadura del cáncer, es agravado, aún más si cabe, en aquellos casos en los que el paciente afectado es un niño, quizá por tratarse de una personalidad aún en ciernes y, por tanto, mucho más vulnerable desde cualquier punto de vista. Sin embargo, el impacto psicológico del cáncer infantil se puede y debe combatir a través del diseño y aplicación de estrategias psicopedagógicas que ayuden a paliar o evitar la aparición de síntomas y efectos negativos surgidos como consecuencia de la enfermedad y las hospitalizaciones.

Para este fin se ha procedido al diseño y posterior evaluación de un Programa de Intervención Psicopedagógica en el niño canceroso hospitalizado. La hipótesis que se establece es que la aplicación de dicho programa es efectiva en la reducción de los niveles de ansiedad y depresión del niño canceroso hospitalizado, así como el desarrollo de un mejor autoconcepto infantil, el incremento y desarrollo de sus habilidades sociales y el establecimiento de un adecuado locus de control externo/interno.

Analizando los resultados obtenidos, después del tratamiento estadístico de los datos, se ha comprobado la eficacia de tal programa de intervención, al confirmarse la hipótesis de trabajo en cuatro de los cinco indicadores evaluados.

**Palabras clave:** Cáncer infantil. Ansiedad. Depresión. Habilidades Sociales. Autoconcepto. Locus de control. Hospitalización Infantil. Calidad de Vida. Programas de Intervención.

(Pediátrika. Vol. 15 - nº 8. 383-389, 1995)

## 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.

The program is described and applied in a sample of children with cancer. The statistic analysis showed the effectiveness of this program concerning reduction of anxiety and depression symptoms and preventive effects in the appearance of deficits in Self Concept and Social Skills in children. Instead the Locus of control variable is not altered by the program. Therefore generalization and use of the program is recommended, likewise the revision of the Locus of control variable.

**Key words:** Childhood cancer. Anxiety. Depression. Social Skills. Self Concept. Locus of control. Children's Hospitalization. Quality of Life.

(Pediátrika. Vol. 15 - nº 8.383-389, 1995)

## Algunos indicadores en la evaluación de la eficacia de un programa de intervención psicopedagógica en niños cancerosos hospitalizados

### 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 segura.

El cáncer es 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 al término de muerte. El cáncer podemos decir que constituye un estigma o etiqueta que provoca, no sólo miedo, sino también repulsión y disgusto. Es un concepto rodeado de convicciones y también de una profunda ignorancia, como por ejemplo se pone de manifiesto en el miedo al contagio. Sin embargo, aún se acentúan más los tintes dramáticos de esta situación si nos ocupamos, en concreto, del cáncer infantil.

El cáncer infantil constituye en la actualidad un amplio grupo de enfermedades en las que son patentes, más que en ninguna otra, la influencia y confluencia de aspectos somáticos, psíquicos y sociales en su aparición, diagnóstico y tratamiento.

La Asociación Española de Pediatría (Sección de Oncología) facilita los datos epidemiológicos relati-

vos al Registro Nacional de Tumores Infantiles en la población pediátrica española correspondientes al período 1980-1993. En la tabla I 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 el 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, forzosamente, 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 afirmar, con palabras de Bayés (3), que "...en la década de los 90 se puede afirmar que en los países industrializados el *cáncer infantil* es mayoritariamente una enfermedad crónica" (p.149). El promedio de supervivencia a largo plazo varía según el tipo de cáncer, pero se aproxima al 60%, según datos aportados por Van Eys y col., (4); más recientes estudios situaban estos índices en el 75-80% de los pacientes menores de 15 años (5), porcentaje que llega, para algunos tipos de cáncer, al 90% de supervivencia (3).

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 (6). Es frecuente que el paciente que logra superar el cáncer se vea forzado 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 sufrimiento de esta enfermedad (7-8). Todo esto supone un esfuerzo adicional en los servicios que deben procurarse a estos pacientes que, aunque curados, continúan afectados en razón de estas secuelas (9-10). Estos servicios y atenciones deben ser los mínimamente necesarios, de manera que se les garantice un óptimo nivel en su calidad de vida. Surge así la necesidad de estudiar e investigar estrategias de intervención cuyos objetivos vayan dirigidos a mejorar la calidad de vida del enfermo afectado (11-12). De aquí que el criterio que debiera presidir el diseño y desarrollo

TABLA I

**Principales grupos de tumores. Total del período 1980-1993. Distribución por sexo.**  
(Fuente: Registro Nacional de Tumores Infantiles. Asociación Española de Pediatría. Sección de Oncología. Valencia 1994).

Grupos de tumores	Sexo		Total
	Varón	Mujer	
Leucemias	970	766	1.736
Linfomas	756	285	1.041
Tumores cerebrales y cerebroespinales	640	442	1.082
Sistema nervioso simpático	459	352	811
Retinoblastomas	99	88	187
Riñón	249	238	487
Hígado	57	29	86
Hueso	283	47	530
T tejidos blandos	323	237	560
Gonadales y células terminales	100	123	223
Epiteliales	62	6	124
Otros	68	61	129
Total	4.066	2.930	6.996

## A. Polaino-Lorente y A. del Pozo Armentia

de este tipo de estrategias ha de ser, en primer lugar, el de la eficacia.

### Diseño de un programa

Este programa de intervención psicopedagógica 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 hospitalización (13). El objetivo que preside este programa se concreta en lograr el adecuado ajuste personal, familiar, académico y de adaptación a la enfermedad del niño enfermo de cáncer (14).

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 de la intervención, se realiza una primera entrevista con el niño que deberá ir precedida a su vez de la presentación y cambio de impresiones entre el pedagogo y los padres del niño. En la entrevista, durante un período aproximado de unos quince minutos se desglosarán las siguientes partes: Introducción-presentación, se le explica quien es el pedagogo, qué hace en el hospital, etc. Una segunda parte, en la que se le pregunta por sus gustos, aficiones, preguntas acerca de su familia, etc. Una tercera parte cuyo núcleo será el motivo de su hospitalización si tiene dolores, explicarle 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, así como de la actuación pedagógica que se desarrolla en la planta y de la cual puede participar también su hijo. Se les anima a participar en la experiencia hospitalaria del niño y a mantener un contacto constante con él (15), explicándoles que esto puede reducir de manera significativa la ansiedad y las respuestas desadaptativas que suelen aparecer en él y haciéndoles saber que todo ello reporta una mejor recuperación y 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. Consiguientemente, 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 objeti-

vos, y se les anima a contactar diariamente, tanto a ellos como al niño, con el responsable del programa.

Diariamente el niño comparte 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 las condiciones físicas del niño 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 le producen, 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 sin la presencia del pedagogo. El motivo de utilizar la relajación como técnica concreta de intervención se debe a los efectos beneficiosos que dicha técnica procura en estos pacientes: hace que se sientan más cooperativos, a la vez que disminuyen los síntomas de ansiedad y aumenta la tolerancia al dolor físico. Lo que se pretende es llegar a conseguir en el niño la habilidad de la autorelajación y hacerle tomar conciencia de la conveniencia de utilizar él mismo dicha técnica en momentos de dificultad o de dolor, sin necesidad de contar con 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 imaginación y fantasía vamos a ayudarlo a sentir menos dolor, a la vez que conseguirá divertirse y entretenerse. Seguidamente se aplica la estrategia teniendo en cuenta la situación particular del niño y adaptándonos en todo lo que sea posible a sus gustos y características propias. 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, sobre lo

## Algunos indicadores en la evaluación de la eficacia de un programa de intervención psicopedagógica en niños cancerosos hospitalizados

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 en habilidades sociales seleccionando para cada niño aquellas habilidades específicas que se encuentren más deterioradas. Para ello se detectan, previamente, cuáles son éstas mediante la administración de una escala de habilidades sociales. Las habilidades sociales más comunes sobre las que se trabaja son: pedir favores, dar una negativa, hacer preguntas, interacciones con otros niños y con personas de otros estatus, entablar conversaciones, entablar contacto visual, etc.

Diariamente el pedagogo que administra el programa comienza por el ejercicio de relajación empleando para ello aproximadamente unos 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. Por tanto, un día se aplica la relajación junto con el programa de habilidades sociales y el día siguiente el programa comienza igualmente con la relajación pero continúa con la imaginación controlada.

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 desapercibidas. Algunas de las conductas sobre las que debe prestar atención son: 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 según el modo ya 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, como ya se ha apuntado, un sistema de *economía de fichas*.

### Muestra, método, instrumentos y procedimientos de evaluación

La muestra ha sido tomada en el 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 cuáles se les aplica el Programa de Intervención.

Grupo B= 15 niños, los cuáles no son sometidos al programa y siguen las rutinas habituales del centro.

La distribución de las personas en ambos grupos se efectúa de manera aleatoria y en el momento de iniciar la investigación quedó determinado de la siguiente forma: 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 en la serie serán asignados al grupo de no tratamiento. De esta forma queda establecido:

Grupo Experimental o A= sujetos impares  
Grupo Control o B= sujetos pares.

### Método

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 el conjunto de variables dependientes y así 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

Este es el diseño por el que hemos optado en el caso de las variables con medida pre y postest que son las siguientes: Ansiedad-Estado, Ansiedad-Rasgo, Depresión, Habilidades Sociales, Autoconcepto y Locus de Control.

### Instrumentos de medida

Para determinar los instrumentos adecuados en la medición de todas las variables que componen el diseño se procedió a la elaboración, tras un exhaustivo examen de la bibliografía (16), de una batería de escalas y cuestionarios compuesta por pruebas ya existentes y baremadas en nuestro país, pruebas adaptadas y traducidas de otros idiomas y pruebas creadas para este uso por el Equipo de Investigación de Hospitalización Infantil.

Procedemos a continuación a una breve descripción de los instrumentos utilizados.

## A. Polaino-Lorente y A. del Pozo Armentia

### Escalas aplicadas:

1. Cuestionario De Ansiedad Infantil (*State-Trait Anxiety Inventory For Children*): CAI.  
Autor: C. D. Spielberger y col., Copyright: Consulting Psychologists Press. Palo Alto, California (17). Adaptación española: M. García Giral; E. Cuesta y J. Toro. (Departamento de Psiquiatría. Universidad de Barcelona, 1986).
2. Cuestionario De Depresión Infantil (*Children's Depression Inventory*): CDI.  
Autor: Kovacs y col., (18).  
Aparición en España: *Las depresiones Infantiles*. A. Polaino Lorente y col., Morata, 1987.
3. Cuestionario De Habilidades Sociales (*The Matson Evaluation Of Social Skills With Youngsters*): MESSY.  
Autor: J. L. Matson; A. C. Rotari y W. J. Helsel.  
Fuente: Matson J. L. y col., (19) Development of a Rating Scale to Measure Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behavior Research and Therapy*, 21, 335-340.  
Traducción y Adaptación: O. Lizasoain y A. Polaino, 1988.
4. Escala De Locus De Control (A Locus Of Control Scale For Children): LCSC.  
Autor: S. Nowicki y B.R. Strickland (20)  
Fuente: Nowicki, S. y Strickland, B. (1973). A Locus of Control Scale for Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 148-154.  
Traducción y adaptación: O. Lizasoain y A. Polaino, 1989.
5. Cuestionario De Autoconcepto (*Piers-Harris Children's Self Concept Scale*): PH.  
Autor: E. V. Piers y D. B. Harris. (21)  
Fuente: Piers, E. V. (1969). *Manual for the Piers-Harris Children's Self Concept Scale*. Nashville Tennessee. Counselor Recording and Tests.  
Traducción y adaptación: A. Fierro, 1976.

La batería de escalas se administra en el momento en el que el niño ingresa en la clínica. En el primer momento se administra el Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAI estado) para detectar la ansiedad en el preciso instante del ingreso.

A continuación, se administran las siguientes escalas: Inventario de Expectativas ante la Hospitalización para Niños (IEH-N); Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAI rasgo); Cuestionario de Depresión Infantil (CDI); Cuestionario de Autoconcepto (PH); Cuestionario de Locus de Control (LOC) y Cuestionario de Habilidades Sociales (MESSY). Cuando finalizan su estancia en la clínica se aplican de nuevo: CAI; CDI; PH; LOC y MESSY.

### Procedimiento de evaluación

El análisis de covarianza de los datos obtenidos permite tomar en cuenta las diferencias iniciales entre los grupos, ajustando a ellas las diferencias finales. Es decir, a la hora de decidir si las diferencias finales son o no significativas se toma en consideración la existencia de las posibles diferencias iniciales que podrían enmascararlas. Así ocurre en el caso concreto de las variables Ansiedad-Estado, Ansiedad-Rasgo, Depresión, Habilidades Sociales, Autoconcepto y Locus de Control, que han sido evaluadas al inicio del tratamiento y al finalizar éste. En todas estas variables se cuenta, por tanto, con una medida pretest y postest.

Comenzando por la tabla II que refleja los resultados obtenidos en el cálculo del análisis de covarianza para la variable *Ansiedad-Estado*, se puede apreciar que tanto para el nivel del 0,05 como para el 0,01 y para 1 y 27 grados de libertad, el valor crítico aproximado de F en la tabla, para el rechazo de la hipótesis nula es de 4,21 y 7,68, respectivamente, valores ambos sensiblemente más pequeños que el obtenido en el cálculo de la covarianza de esta variable que es concretamente de  $F=48,98$ .

TABLA II

#### Resultados del Análisis de Covarianza para la variable Ansiedad Estado

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Cuadrados medios	F
Tratamiento	232,65	1	232,65	40,98*
Error	128,4	27	4,75	

\* $p < 0,01$

Esta misma interpretación puede hacerse de la variable *Ansiedad-Rasgo*, cuyo valor de F calculado en el análisis de covarianza en la tabla III, es igual a 21,49, es decir, significativamente superior a los valores que toma F en la tabla.

TABLA III

#### Resultados del Análisis de Covarianza para la variable Ansiedad Rasgo

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Cuadrados medios	F
Tratamiento	372,21	1	372,21	21,4*
Error	467,52	27	17,32	

\* $p < 0,01$

## Algunos indicadores en la evaluación de la eficacia de un programa de intervención psicopedagógica en niños cancerosos hospitalizados

En la variable *Depresión*, cuyos resultados aparecen en la tabla IV, la F calculada, con un valor de 14,81, supera ampliamente también los límites de la significación.

TABLA IV

### Resultados del Análisis de Covarianza para la variable Depresión

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Cuadrados medios	F
Tratamiento	78,78	1	78,78	14,81*
Error	143,77	27	5,32	

\*p<0,01

En la variable *Habilidades Sociales* se comprueba, a través de los datos aportados por la tabla V, que la F calculada con un valor de 10,64 es superior a la F de las tablas para ambos niveles de significación.

TABLA V

### Resultados del Análisis de Covarianza para la variable Habilidades Sociales

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Cuadrados medios	F
Tratamiento	2201,74	1	2201,74	10,64*
Error	5588,39	27	206,98	

\*p<0,01

Por último, en la variable *Autoconcepto* también se obtiene un valor de F superior al necesario para determinar que es significativa. En la tabla VI se puede apreciar que la F obtenida en el análisis de covarianza para esta variable es de 66,92.

TABLA VI

### Resultados del Análisis de Covarianza para la variable Autoconcepto

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Cuadrados medios	F
Tratamiento	529,36	1	529,36	66,92*
Error	213,63	27	7,91	

\*p<0,01

No ocurre así, sin embargo, con la variable *Locus de Control* cuyos resultados aparecen en la tabla VII. En este caso, el valor calculado de F en el análisis de covarianza no alcanza el nivel necesario para ser significativo. Por el contrario, con un valor de 0,09 queda muy por debajo del valor de la F en la tabla, tanto para el nivel de significación del 0,05 como para el del 0,01.

TABLA VII

### Resultados del Análisis de Covarianza para la variable Locus de Control

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Cuadrados medios	F
Tratamiento	0,55	1	0,55	0,09
Error	157,48	27	5,83	

\*p<0,01

### Indicadores de la eficacia del programa de intervención

A la vista de los resultados obtenidos se puede concluir lo siguiente: Se acepta la hipótesis planteada en este trabajo según la cual los niños con cáncer en los que se aplica el programa presentan niveles significativamente más bajos de ansiedad y depresión que los niños con cáncer no sometidos al programa. Además sufren un menor deterioro en el desarrollo de sus habilidades sociales y mantienen un autoconcepto superior al de los niños con cáncer que no han participado en el programa. Por el contrario, no se han encontrado diferencias significativas entre unos y otros en relación a la variable Locus de control.

En opinión de los autores, los resultados obtenidos coinciden con los esperados, dado que se ha obtenido la significación en cuatro de las cinco variables que se trataba de modificar. Es por tanto conclusiva la aportación de esta comunicación, 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 estos pacientes. La principal aportación de esta investigación consiste en haber demostrado que con la *relajación*, la *terapia cognitiva*, el *entrenamiento en habilidades sociales* y las *tareas de preparación* ("preparedness"), es posible en la práctica (tal y como hemos obtenido en nuestro trabajo), la modificación de la

## A. Polaino-Lorente y A. del Pozo Armentia

ansiedad, de la depresión, del autoconcepto y de las habilidades sociales. Por otra parte, se demuestra que resulta imposible la modificación del *Locus de control*.

### Conclusión

Se establece así la eficacia de tal programa de intervención en los cuatro indicadores: Ansiedad (estado y rasgo), Depresión, Habilidades Sociales y Autoconcepto, por lo que se recomienda su generalización y empleo dados los virtuales efectos preventivos que ha demostrado en su aplicación. Por lo que respecta a la variable *Locus de control*, se procederá a la revisión de la misma en el planteamiento global del programa para detectar el motivo por el que no se ha logrado la significación.

### Bibliografía

1. BAYES, R.: *Psicología Oncológica*. Barcelona. Ed. Martínez Roca. 1985.
2. REGISTRO NACIONAL DE TUMORES INFANTILES.: *Asociación Española de Pediatría. Sección de Oncología*. Valencia. 1994.
3. BAYES, R.: *Calidad de Vida y Cáncer Infantil*. Jornadas Internacionales de Atención Multidisciplinar al Niño con Cáncer. Valencia. 1993.
4. VAN EYS, J.; COPELAND, D. R.: *The Staffing Conference in Pediatric Oncology*. En: *Childhood Cancer*. Plenum Publishing Corporation. 1984.
5. OAKHILL, A.: *Estrategias Terapéuticas en el niño con Cáncer*. 1 Encuentro Internacional para el cuidado del Niño y Adolescente con Cáncer. Bilbao. 1991.
6. POLAINO LORENTE, A.; DEL POZO, A.: *Programas de Intervención en Niños Cáncerosos*. En: *Modificación de Conducta y Salud*. Madrid, Eudema. 1990; 15:341-367.
7. GOLDENKREUTZ, D. M.; ANDERSEN, B. L.: *Coping with Cancer and Beyond*. *Contemporary Psychology*, 1994; 39:8, 825.
8. COOK, A.; BURKHARDT, A.: *The Effect of Cancer Diagnosis and Treatment on hand Function*. *American Journal of Occupational Therapy*, 1994; 48, 9:836-839.
9. MARSE, M. E. J.: *The Health of the Nation-Strategy for Action for Cancer Prevention*. *Journal of the Royal Society of Health*, 1994; 114, 5:281.
10. BLOOM, J. R.; KESSLER, L.: *Emotional support Following Cancer*. *Journal of Health and Social Behavior*, 1994; 35, 2.
11. POLAINO-LORENTE, A.: *Educación para la salud*. Barcelona. Herder. 1987.
12. POLAINO-LORENTE, A.: *La Pedagogía Hospitalaria desde la Perspectiva Médica*. En: *Pedagogía Hospitalaria*. Madrid. Narcea, 1990; 2:27-78.
13. MELNYK, B. M.: *Coping with Unplanned Hospitalization- Effects of Informational Interventions on Mothers and Children*. *Cancer Nurs* 1994; 43, 1:50-55.
14. DEL POZO, A.; POLAINO-LORENTE, A.: *Intervención Psicopedagógica y Cáncer Infantil*. En: *Pedagogía Hospitalaria*. Madrid. Narcea, 1990; 5:142-172.
15. HARDY, M. S.; AMSTRONG, F. D.; ROUTH, D. K.; ALBRECHT, J.; DAVIS, J.: *Coping and Communication Among Parents And Children with Human Immunodeficiency Virus and Cancer*. *J Dev Behavi Pediatr* 1994; 15, 3:49-53.
16. SPIELBERGER, C. D.: *State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, Ca. Consulting Psychologists Press. 1970.
17. KOVACS, M.: *Rating Scales to Assess Depression in School Aged Children*. *Acta Paedopsychiatrica*, 1981; 46, 305-315.
18. MATSON, J. L.; ROTARI, A. C.; HELSEL, W. J.: *Development of a Rating Scale to Measure Social Skills with Youngsters (MESSY)*. *Behavior Research and Therapy*, 1983; 21:335-340.
19. NOWICKI, S.; STRICKLAND, B. R.: *A Locus of Control Scale for Children*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1972; 40:148-154.
20. PIERS, E. V.; HARRIS, D. B.: *Manual for the Piers-Harris Children's Self Concept Scale*. Nashville, Tennessee, Counselor Recording and Tests. 1964.

---

Correspondencia:  
Dr. A. Polaino-Lorente  
C/ Ponzano, 69-6  
28003 Madrid