



- ◆ 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)

Modificación de habilidades sociales en niños cancerosos hospitalizados

A. Polaino-Lorente*, A. del Pozo Armentía**

*Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense de Madrid. **Dra. en Pedagogía

Resumen

El cáncer infantil sustituye en la actualidad un amplio grupo de enfermedades en cuya aparición, diagnóstico y tratamiento se pone de manifiesto la influencia y confluencia de aspectos somáticos, psíquicos y sociales. Gracias al avance de los descubrimientos en el ámbito médico, los éxitos en las curaciones de cáncer infantil 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 del que aquí se informa fue utilizado como recurso para optimizar la eficacia de la hospitalización infantil, evitando los efectos negativos que dicha hospitalización comporta. Uno de estos efectos negativos es el déficit en habilidades sociales.

Una vez descrito el programa queda establecida la hipótesis de trabajo, que tras ser sometida a un análisis de covarianza termina siendo aceptada dado el nivel de significación obtenido, estableciéndose, por tanto, la eficacia del programa respecto a un adecuado desarrollo de las habilidades sociales, o por lo menos en evitación de que aparezcan ciertos déficit en ellas, y recomendándose su generalización y empleo por sus virtuales efectos preventivos.

Palabras clave: Cáncer infantil, habilidades sociales, hospitalización infantil, calidad de vida, programas de intervención

(Act Ped Esp 1992; 50: 407-414)

Summary

Physical, psychological 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 deficits in social skills in children.

The program is described and applied in a sample of children with cancer. The statistic analysis showed the effectiveness of this program concerning reduction and preventive effects in the appearance deficits in social skills in children, therefore generalization and use is recommended.

Key words: Childhood cancer, social skills, children's hospitalization, quality of life

(Act Ped Esp 1992; 50: 407-414)

Introducción

El cáncer es una enfermedad, en palabras de Bayés (1985), 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 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 se asocia al término de 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 creencias y también de una profunda ignorancia como en algunas personas, por ejemplo, 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 infantil incluye en la actualidad un amplio grupo de enfermedades, en las que se pone de manifiesto, más que en ninguna otra, la influencia y confluencia en su aparición, diagnóstico y tratamiento, de aspectos somáticos, psíquicos y sociales. La Asociación Española de Pediatría (Sección de Oncología) facilita los datos epidemiológicos relativos al Registro Nacional de Tumores Infantiles en la población pediátrica española correspondientes al periodo de 1980-1989. En estas estadísticas básicas se refieren todos los casos con fecha de registro/incidencia (equivalente a la primera consulta en el centro informante) entre el 1º de enero de 1980 y el 31 de diciembre de 1989. El número de casos censados para este periodo ascendió a 5.904. Todos los pacientes de cáncer registrados aquí son menores de 15 años y provienen de diferentes centros oncológicos distribuidos por toda España.

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

El problema, a pesar de su gravedad, ha variado a lo largo de su trayectoria, especialmente durante los últimos años. Desde hace tan sólo cinco años, aproximadamente, diagnosticar un cáncer infantil suponía afrontar una enfermedad de pronóstico fatal en la que el paciente, forzosamente, tenía que enfrentarse con una muerte más o menos próxima. Actualmente es un hecho contrastado que gracias al vertiginoso avance de las ciencias en general y, de modo particular, al desarrollo e incremento de los descubrimientos en el ámbito médico, los éxitos en las curaciones de cáncer infantil aumentan de día en día, en detrimento de los casos terminales.

Es importante señalar, por tanto, 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. 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 sufrimiento de esta enfermedad.

Todo esto supone un esfuerzo adicional, puesto que la sociedad debe procurar a estos pacientes, —que una vez curados continúan afectados en razón de las secuelas que padecen— los servicios y atenciones mínimamente necesarios para garantizarles un óptimo nivel en su calidad de vida. Surge así la necesidad de estudiar e inves-

Tabla I. Distribución de los casos de tumores infantiles registrados en la población pediátrica española

Resumen de datos básicos a 31 de diciembre de 1989											
Año de registro	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	Total
Casos registrados	362	415	412	520	535	551	573	582	617	527	5.904
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	1.417
Casos supervivientes cada año*											
Incidentes	254	360	323	388	405	432	448	456	498		
Acumulados		200	404	633	895	1.161	1.454	1.773	2.118	2.515	
Totales	254	506	727	1.021	1.300	1.593	1.902	2.229	2.616	2.515	
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
Seguimiento de los casos*											
a) Porcentaje de casos sin observación en el último aniversario: 7,1% (280 casos)											
b) Porcentaje de casos perdidos (sin información en los dos últimos aniversarios): 9,5% (372 casos)											
c) Porcentaje de casos en situación desconocida a+b excluidos de supervivencia: 16,6% (652 casos)											

(Fuente: Registro Nacional de Tumores Infantiles. Asociación Española de Pediatría. Sección de Oncología. Valencia, 1990)

tigar estrategias de intervención cuyo objetivo vaya dirigido a mejorar la calidad de vida del enfermo afectado (Polaino-Lorente, 1987). De aquí que el criterio que preside el diseño y desarrollo de este tipo de estrategias deba ser el de la eficacia de la intervención.

Descripción y diseño de un programa de intervención

El programa de intervención psicopedagógica de que aquí se informa fue utilizado 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) dicha hospitalización comporta. Los objetivos perseguidos por el programa se concretaban en lograr el adecuado ajuste personal, familiar, académico y a la enfermedad por parte del niño enfermo canceroso.

La alteración del ritmo de vida causado por la enfermedad y la hospitalización originan cambios comportamentales importantes, 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, 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 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 en el niño afecto de cáncer están las dificultades para el contacto social. Es bien sabido que la enfermedad cancerosa lleva consigo una serie de connotaciones negativas que producen en el público sentimientos de pena y compasión hacia la persona que lo padece, mientras que en otros se da también un cierto rechazo o conducta de aversión hacia los enfermos. Esto suscita en el paciente un cierto repliegamiento en sí mismo y una tendencia a no querer comunicar abiertamente su enfermedad prefiriendo, por el contrario, mantenerla en secreto. Esta situación no es muy frecuente en el caso del niño, pero también llega a darse. Por otro lado, las consecuencias y efectos que la enfermedad va produciendo en el aspecto físico del niño alteran su imagen corporal y amenazan gravemente la

autoestima del paciente (alopecia, delgadez extrema, debilidad generalizada, amputación de algún miembro, etc.). Estas circunstancias favorecen y refuerzan además el aislamiento inicial, que puede tener consecuencias funestas para el futuro desarrollo social y psicológico del niño, de forma particular, en cuanto al ámbito de relación con otros niños de su edad y, en general, en toda la evolución de su proceso de socialización.

Este es uno de los mayores problemas de adaptación a la enfermedad. Es importante crear en el niño un positivo y adecuado autoconcepto para evitar, en la medida de lo posible, estos riesgos. En muchas ocasiones, ante la calvicie, consecuencia casi generalizada de los tratamientos quimioterápicos, el niño se ve obligado a llevar gorro o peluca para atenuar así el impacto social negativo que produce ver a un niño calvo. Pero esto no soluciona el problema. Es más, en algunos casos lo que hace es acentuar la curiosidad de sus compañeros, ante la que incluso el niño se siente tentado a explicar a los demás su situación pero, sin embargo, no sabe cómo hacerlo por lo que puede sentirse avergonzado de sí mismo. He aquí una de las razones principales de que en ocasiones estos niños se sientan tan reacios a entablar nuevas relaciones sociales. Todo esto supone un serio obstáculo para establecer el necesario contacto personal con otros compañeros de su edad.

También puede ocurrir que sean los mismos padres quienes favorezcan este supuesto ostracismo, ejerciendo una sobreprotección sobre su hijo e impidiéndole el desarrollo de actividades y juegos con otros niños por temor a posibles caídas, golpes, infecciones, etc. Como afirman Zelter y col. (1984): «...algunos padres expresan sus propias ansiedades llegando a ser los protectores de su hijo enfermo de cáncer, al desaprobar cualquier separación de su lado o al bloquear ciertas oportunidades en las que el niño pudiera ejercer un cierto autocontrol».

Por último, las frecuentes visitas al médico, los largos periodos en que debe permanecer hospitalizado y el propio malestar físico que la enfermedad y los tratamientos le producen, obligan al niño a interrumpir —en ocasiones durante largas temporadas— la actividad escolar, impidiendo la asistencia regular a clase y su actividad cotidiana, la relación con sus amigos y familiares, etc. A esto se añade la privación a que está sometido en los momentos de recreo y expansión, a que nos hemos referido anteriormente, condicionando una importante disminución en lo que se refiere al contacto social.

Casi siempre aparece un déficit en las habilidades sociales estrechamente relacionado con las dificultades para el contacto social. Actualmente, se da una gran importancia al desarrollo en los niños de las denominadas habilidades sociales. En recientes y abundantes investigaciones (Gil, 1986; Polaino-Lorente, 1987 y 1988 b) se han encontrado robustas relaciones entre el nivel de competencia social en la infancia y el posterior funcionamiento social, académico y psicológico del niño.

Se ha comprobado que los niños que carecen de los adecuados comportamientos sociales experimentan aislamiento y rechazo. En palabras de Michelson y col. (1987), las habilidades sociales no sólo son importantes por lo que se refiere a las relaciones con los compañeros, sino que también permiten que el niño asimile los papeles y normas sociales. Sin embargo, hemos visto que en el niño afectado de cáncer las conductas de retraimiento, aislamiento, evitación, etc., son relativamente habituales como consecuencia de la situación particular que le impone la enfermedad. A causa de ello, se produce una merma en la actividad social del niño y en relación con los demás, en perjuicio del desarrollo de estas habilidades sociales que, precisamente en el periodo de la infancia y adolescencia, se encuentran en pleno desarrollo y evolución. Piaget y col. (1969) y Erikson (1964) enfatizan la importancia de los factores sociales, especialmente los de tipo ambiental, que rodean al niño y que influyen en el curso del crecimiento. Por otra parte, los déficit en habilidades sociales se han relacionado con una baja autoestima, con un *locus* de control externo y con la aparición de rasgos o síntomas de depresión (Polaino-Lorente, 1984 y 1988 a y b), por lo que podemos afirmar y concluir que el niño con cáncer, dado el conjunto de rasgos y síntomas conductuales que caracterizan su situación particular, adolecerá de las necesarias habilidades sociales, lo que puede repercutir si no se toman las medidas pertinentes en el desarrollo de su vida futura.

Como medio de evitar estos efectos o reducir los síntomas, la intervención comienza el mismo día del ingreso. Se considera de una gran importancia el establecimiento de un buen *rappor*t entre el pedagogo encargado de administrar el programa y el propio niño. Para lograr este objetivo, y como primera estrategia de intervención, se realiza una primera entrevista con el niño que habrá sido precedida de una presentación inicial y de un cambio de impresiones entre el pedagogo y los padres del niño. En la entrevista, durante un periodo 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.), explicándole 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 consta de la explicación del programa tanto en lo que se refiere a lo académico como a lo psicológico. Previamente, como 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 puedan aparecer en el niño, haciéndoles saber al mismo tiempo que también suele reportar una mejor recuperación y la reducción de los trastornos psicológicos. También se les advierte, tratando de concienciarles, de 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 realizar una sesión de relajación con el niño, explicándole cómo se hace y qué es lo que se pretende con ello. En un primer momento se dirige la sesión y al concluir se le invita a que en un segundo momento, elegido por él mismo 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 cooperadores y disminuyen los síntomas de ansiedad al tiempo que 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 él mismo dicho procedimiento en momentos de dificultad o de dolor insoportable sin necesidad de esperar a la ayuda del pedagogo.

2. Terapia cognitiva. Aquí hemos elegido en concreto 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 del 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 adaptándola

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 independientemente, 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, 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, etcétera.

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. 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, tratando de lograr que éstas no le pasen inadvertidas. Algunas de las conductas a 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 él mismo 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, como ya se ha apuntado, un sistema de economía de fichas.

Muestra, método e instrumentos

Para lo que aquí importa, el objetivo del programa de intervención queda resumido en la siguiente hipótesis: Los niños con cáncer en los que se aplica el programa obtendrán puntuaciones más altas en una escala de evaluación de habilidades sociales 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 niños cancerosos repartidos en dos grupos de 15 personas cada uno:

- Grupo A = 15 personas, sometidas al Programa de Intervención.

- Grupo B = 15 personas, las 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 el modo establecido en el momento de iniciar la investigación para la asignación a uno u otro grupo, quedó establecido, mediante el lanzamiento al aire de una moneda, del siguiente modo: todos los sujetos, a su ingreso en el centro, recibían un número si éste era impar respecto del orden de ingreso, eran sometidos al programa; de igual modo, todos los sujetos con número par eran asignados al grupo no tratado. De esta forma quedó 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 visto: grupo experimental y grupo control. A través de este diseño se trata de comparar los resultados en ambos grupos para determinar la influencia de la variable independiente (el programa) sobre la variable dependiente (las habilidades sociales), y así evaluar su eficacia. El paradigma del diseño puede quedar gráficamente representado de la siguiente forma:

Sujetos	Grupo	Pretest	Tratamiento	Postest
Azar	Experimental	71	Programa	73
Azar	Control	72	No programa	74

El instrumento utilizado en la evaluación de esta variable ha sido el Cuestionario de Habilidades Sociales *The Mattson Evaluation of Social Skills with Youngsters MESSY*. Cfr. J.L. Matson; A.C. Rotari y W.J. Helsel. (1983). *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.

Procedimiento de evaluación

El análisis de covarianza realizado nos permitió tener en cuenta las diferencias de las puntuaciones obtenidas inicialmente por los niños de ambos grupos, ajustando a

Tabla II. Resultados del análisis de covarianza para la variable Habilidades Sociales en niños cancerosos sometidos o no al tratamiento psicopedagógico

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

ellas las diferencias finales. Es decir, para decidir si las diferencias entre las puntuaciones finales resultantes eran o no significativas se tomó en consideración las diferencias de las puntuaciones iniciales que, de no tenerse en cuenta, podrían enmascarar el análisis de los resultados obtenidos.

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

Consecuentemente con ello se procedió a rechazar la hipótesis nula y a aceptar la hipótesis alternativa, admitiendo la existencia de diferencias significativas entre los dos grupos, en lo que se refiere a la variable evaluada Habilidades Sociales.

Conclusión

Se acepta la hipótesis planteada en este trabajo según la cual los niños afectos de cáncer en los que se aplica el programa sufren un menor deterioro en el desarrollo de sus Habilidades Sociales que los niños afectos de cáncer no sometidos al programa. De aquí se concluye que el programa es efectivo respecto al adecuado desarrollo de Habilidades Sociales, o por lo menos evita que aparezcan ciertos déficit en ellas, durante el periodo de hospitalización.

Referencias bibliográficas

- R Bayes. *Psicología Oncológica*. Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1985.
- E Erikson. *Childhood and Society*. New York, Norton, 1984.
- F Gil. «Entrenamiento en Habilidades Sociales». *Manual de Modificación de Conducta*. Mayor y Labrador. Ed. Alhambra, 1986.
- JL Matson, AC Rotari, WJ Helsel. «Development of a Rating Scale to Measure Social Skills with Youngsters (MESSY)». *Behavior Research and Therapy* 1983; 21: 335-340.
- L Michelson, DP Sugai, RP Wood, AE Kazdin. *Las Habilidades Sociales en la Infancia*. Martínez-Roca, Barcelona, 1987.
- J Piaget, B Inhelder. *The Psychology of the Child*. New York Bass Books, 1969.
- A Polaino-Lorente. *Depresión: Actualización Psicológica de un Problema Clínico*. Ed. Alhambra, Madrid, 1984.
- A Polaino-Lorente. *Educación para la salud*. Barcelona. Herder, 1987.
- A Polaino-Lorente. *Las Depresiones Infantiles*. Ed. Morata. Madrid, 1988 a.

- A Polaino-Lorente. «Retraso Mental y Habilidades Sociales: una Carencia Injustificada en los Programas de Intervención». *CEFAES. Jornadas nacionales para padres de deficientes mentales: Esperanzas objetivas* 1988 b; 83-110. Pamplona.
- Registro Nacional de Tumores Infantiles. Asociación Española de Pediatría. Sección de Oncología. Valencia, 1990.
- L Zeltzer, S Le Baron. «The Adolescent with Cancer». *Chronic Illness and Disabilities in Childhood and Adolescence* 1984; 20: 375-395. Grune & Stratton.

A. Polaino-Lorente
Facultad de Educación
Paseo Juan XXIII, s/n
Universidad Complutense
28040 Madrid