

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un conjunto de enfermedades crónicas, no infecciosas, que se clasifican en función del tejido y célula de origen. Su etiología es diversa y está en función de factores tales como predisposición genética, edad, sexo, estilo de vida e influencias ambientales (Arvin, Behrman, Kliegman, & Nelson, 1997). Las personas con cáncer están expuestas a situaciones médicas y psicosociales que pueden alterar su grado de adaptación psicológica y el de sus allegados.

La Psicooncología es una disciplina científica cuyo marco de referencia es el modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad (Arbizu, 2000; Durá & Ibáñez, 2000). Fue desarrollada con la finalidad de brindar asistencia psicosocial al paciente oncológico, su familia y al equipo multidisciplinario asistencial a lo largo de todo el proceso de la enfermedad (Almanza-Muñoz & Holland, 2000; Barbero Gutiérrez, Barreto Martin, Arranz Carrillo de Albornoz, & Bayés Sopena, 1998; Die Trill, 2003b; Ibáñez Guerra, 2004; Holland & Murillo, 2003; Middleton, 2002; Moscoso, 2010; Murillo & Alarcón Prada, 2006; Rivero Burón et al., 2008; Scharf, 2005). Esta disciplina estudia el impacto del diagnóstico de cáncer sobre factores psicosociales y la influencia de éstos sobre la morbilidad y mortalidad de la enfermedad (Barroilhet Diez, Forjaz, & Garrido, 2005; García-Conde, Ibáñez, & Durá, 2008; Holland & Murillo, 2003; Medina Coello & Alvarado Aguilar, 2011; Velázquez Martínez, García Cerón, Alvarado Aguilar, & Ángeles Sánchez, 2007).

El cáncer afecta de manera diferencial a niños, jóvenes y adultos, ya que los primeros están en desarrollo permanente y requieren de métodos distintos de diagnóstico y abordaje, tanto en lo que se refiere a aspectos físicos como psicosociales (Celma, 2009; Fundación Natali Dafne Flexer [FNDF], 2010; Méndez, Orgilés, López-Roig, & Espada, 2004; Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino [ROHA], 2012). En este sentido, la psicooncología infanto-juvenil surge como un campo interdisciplinar (Cruzado, 2003) con el fin de brindar atención ajustada a las necesidades específicas de estos pacientes y sus familias (Bernabeu et al., 2009; Pacheco & Madero, 2003).

A pesar del reconocimiento cada vez mayor de la importancia del rol del psicólogo en el abordaje integral del paciente infanto-juvenil con cáncer y de todas

las personas directa o indirectamente afectadas (familiares, amigos, personal de salud), aún son escasas las investigaciones empíricas en el tema. El presente estudio se propone analizar cuanti y cualitativamente las publicaciones científicas sobre las características de la actividad profesional de los psicólogos que trabajan en psicooncología pediátrica, y conocer su grado de correspondencia con las prácticas concretas de los psicólogos que se desempeñan en esta área en la ciudad de Mar del Plata.

Se espera que los resultados obtenidos a partir de esta investigación constituyan un aporte acerca de la situación actual de la psicooncología infanto-juvenil a nivel local e internacional, y de este modo brindar datos que permitan adaptar las prácticas profesionales a las características de cada población clínica para optimizar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes.

MARCO TEÓRICO

Capítulo I: Cáncer

Definición

Históricamente, el conocimiento sobre el cáncer puede rastrearse desde el año 1600 a.C. en Egipto donde dicha enfermedad era explicada como una maldición por obra de los dioses (Chiozza, 2010). Más tarde, con los aportes de Hipócrates (460-370 a.C) la enfermedad deja de ser una simple causalidad mágica convirtiéndose en la expresión de un fenómeno natural. Hipócrates fue quien describió por primera vez el cáncer utilizando los términos carcinos y carcinoma, señalando la importancia de la influencia ambiental sobre la enfermedad y su grave pronóstico (Newell, 1988).

En la actualidad, el cáncer es entendido como un conjunto de más de 100 de enfermedades crónicas no infecciosas, que se definen en función del tejido y células de origen. Es una patología de origen multifactorial (producto de la combinación de herencia genética, edad, sexo, estilo de vida e influencias ambientales) diferenciándose así de las enfermedades unifactoriales, originadas por un único agente o factor causal (Newell, 1988; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010; Shapiro, 1997).

Todos los cánceres empiezan en las células, las unidades básicas de vida del cuerpo. Las células normales crecen, se dividen y mueren de forma ordenada; su división es particularmente rápida en los primeros años de vida de una persona. Posteriormente la división de las células únicamente se lleva a cabo para reemplazar células desgastadas, dañadas o muertas. Sin embargo, algunas veces este proceso ordenado se descontrola. El material genético (ADN) de una célula puede dañarse o alterarse, provocando mutaciones que afectan el crecimiento y la división normal de las células dando origen a células cancerosas. Las alteraciones genéticas que se producen en las células cancerosas dotan a estas células de una capacidad de división incontrolada e ilimitada pudiendo vivir y colonizar tejidos diferentes del original, diseminándose por la sangre o linfa originando metástasis (Instituto Nacional de Cáncer [INC], 2012a; Méndez et al., 2004; OMS, 2010). La alteración genética

puede ser de tres tipos: (a) oncogenes: son genes mutados que promueven la división celular, (b) genes supresores tumorales: son los encargados de detener la división anormal celular. Cuando se mutan estos genes la célula se divide sin control y se originan tumores, y por último, (c) genes de reparación del ADN: cuando el sistema de reparación es defectuoso como resultado de una mutación adquirida o heredada, la tasa de acumulación de mutaciones en el genoma se eleva a medida que se producen divisiones celulares. Según el grado en que estas mutaciones afecten a oncogenes y genes supresores tumorales, aumentará la probabilidad de padecer neoplasias malignas.

Para que una célula se convierta en cancerosa se necesita la acumulación de varias mutaciones y su transmisión a las células hijas. No basta con la activación de un solo oncogén. Las mutaciones de los genes que se convierten en oncogenes pueden ser heredadas o pueden resultar de la exposición a sustancias del ambiente que causan cáncer (INC, 2012a; Méndez et al., 2004; OMS, 2010; Shapiro, 1997).

Chiozza (2010) describe las seis condiciones necesarias para que se produzca una proliferación cancerosa:

- 1) Autonomía con respecto a las señales que desencadenan el crecimiento: las células normales se reproducen como respuesta a señales que reciben de las células vecinas, las células cancerosas abandonan esa dependencia. Las mutaciones adquiridas las conducen a “desconocer” esos patrones normales del crecimiento y a una multiplicación anómala.
- 2) Evasión de las señales que inhiben el crecimiento: las células normales responden a las señales inhibitoras que mantienen la regulación del crecimiento. Muchas células del organismo permanecen sin dividirse. Las células cancerosas no responden a esas señales, las mutaciones adquiridas interfieren en los patrones de inhibición.
- 3) Evasión de la apoptosis: la apoptosis es una muerte celular programada desde dentro y fuera de la célula, que a menudo se desencadena como consecuencia de que su ADN ha sido dañado y no se ha podido reparar. Las células cancerosas evaden las señales que deberían conducirlos a la apoptosis.
- 4) Potencial replicativo ilimitado: las células normales poseen un dispositivo “contador” autónomo que define un número finito de duplicaciones celulares, que

una vez alcanzado, las conduce a la senectud. Ese dispositivo acorta las partes terminales de la cadena cromosómica (telómeros) en cada replicación del ADN. Las células cancerosas mantienen la longitud de sus telómeros, lo cual conduce a un potencial replicativo ilimitado.

5) Formación de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis): las células normales dependen de una arquitectura vascular que le suministra oxígeno y nutrientes, y que en el adulto mantiene una cierta constancia. Las células cancerosas inducen el crecimiento de nuevos vasos, necesarios para la supervivencia y la expansión de la neoplasia. La alteración del balance entre los inductores y los inhibidores angiogénicos activa lo que ha sido denominado *interruptor angiogénico*.

6) Invasión y metástasis: las células normales mantienen su localización en el cuerpo y, en general, no emigran. La migración de las células cancerosas hacia otras partes del cuerpo es lo que causa el mayor número de muertes por cáncer. Las mutaciones alteran la actividad de las enzimas involucradas en la invasión y también las moléculas que influyen en la adhesión celular-extracelular y hacia las otras células.

Existen dos tipos de tumores: malignos y benignos. Un tumor es benigno (no canceroso) cuando se desarrolla en sentido expansivo y no infiltrado, o sea que a medida que crece aplasta el tejido sano circundante sin infiltrarlo ni invadirlo. Se encuentran encapsulados y no invaden los tejidos vecinos, su crecimiento es lento, y puede interrumpirse o retroceder, generalmente no vuelven a aparecer, y tienen un buen pronóstico. El tumor maligno (canceroso) se caracteriza por estar formado por células anormales que, se dividen sin orden ni control. Estas células cancerosas pueden invadir y dañar tejidos cercanos y diseminarse a otras partes del cuerpo, su crecimiento es rápido y puede provocar la muerte si no se diagnostica y suministra tratamiento (Barriga, 1991; INC, 2012b).

Cáncer Infanto-juvenil

Definición y Diferencias con el Cáncer en el Adulto

Esta enfermedad se puede presentar en cualquier etapa de la vida. Cuando es diagnosticada en la niñez o adolescencia se denomina cáncer pediátrico o infantil, y es la segunda causa de muerte en la infancia después de los accidentes. La distribución por sexo en los niños con cáncer muestra una ligera predominancia para el sexo masculino. Se puede presentar a cualquier edad, en lactantes, recién nacidos e incluso diagnosticarse intraútero. Los tipos de cáncer que más afectan a niños y adolescentes son enfermedades hematológicas (leucemias y linfomas) y tumores sólidos (tumores en sistema nervioso central, neuroblastomas, retinoblastomas, neoplasias renales, sarcomas de tejidos blandos y tumores óseos (Fundación Natali Dafne Flexer [FNDF], 2010; ROHA, 2012).

El cáncer afecta de manera diferencial a niños, adolescentes y adultos. El cáncer infantil tiene una incidencia menor: 1/200 adultos. Los cánceres en la niñez suelen aparecer en los primeros años de la vida y a veces, se asocian a malformaciones congénitas. A diferencia del cáncer en adultos, en los niños no está estrechamente vinculado con el estilo de vida (tabaquismo, alimentación, alcoholismo, etc.) o con factores de riesgo ambientales (Barriga, 1991; Celma, 2009; Méndez et al., 2004; Sociedad Americana de Cáncer [ACS], 2013). En cuanto a los tratamientos, los niños responden y toleran mejor los tratamientos con quimioterapia, sin embargo dichos tratamientos pueden causar efectos secundarios nocivos a largo plazo. El pronóstico es más optimista y esperanzador, y la supervivencia es mayor que en adultos (ACS, 2013).

Prevalencia, Incidencia y Mortalidad

La Organización Mundial de la Salud (2008) indica que en Europa, Norteamérica y otras regiones desarrolladas, las tasas de incidencia de cáncer infantil están alrededor de 140 por millón de habitantes. Mundialmente se estiman unos 160.000 nuevos casos, y 90.000 muertes en menores de 15 años de edad cada año. Las mayores tasas de cáncer se observan en los niños menores de 5 años y en los chicos de 15-19 años. Las neoplasias más habituales son la leucemia, los tumores del

sistema nervioso central (SNC) y los linfomas, que en los menores de 20 años de edad abarcan cerca del 57% de los casos en Europa y el 62,6% en Estados Unidos. La frecuencia de presentación varía según el país y el grupo de edad (OMS, 2008).

De acuerdo a los registros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cada año se diagnostican más de 27.000 casos de cáncer en niños menores de 14 años en la región de las Américas y el Caribe y se estiman unas 10.000 muertes a causa de esta enfermedad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010).

La OPS refiere una tasa de supervivencia del 80%, la cual es significativamente menor para quienes viven en entornos de bajos recursos, se calcula que aproximadamente uno de cada dos de estos niños diagnosticados de cáncer fallecerá a causa de la enfermedad. Una de las principales dificultades para lograr mayores tasas de supervivencia en América Latina y el Caribe, es el abandono del tratamiento debido a su costo elevado y a su disponibilidad limitada (OPS, 2010).

Según la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) de Argentina, el cáncer infantil es la segunda causa de muerte entre los 5 y 24 años de edad, luego de las causas externas (Dirección de Estadísticas e Información de Salud [DEIS], 2011). Según los datos aportados por el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino, la tasa de incidencia del cáncer infantil en Argentina es de 12 a 14 casos por 100.000 niños menores de 15 años, y se estima que cada año se detectarán unos 1.400 casos nuevos y unas 450 muertes (ROHA, 2012).

Actualmente, y de acuerdo al tipo de cáncer, la posibilidad de sobrevivir del niño-adolescente ha aumentado gracias al diagnóstico temprano, el tratamiento adecuado y el cuidado integral del paciente, pudiendo obtener la curación en el 70-80 % de los casos, e incluso hasta el 90 % en casos de tumores renales o de retinoblastomas (INC, 2012c).

Dentro de los tipos de cáncer que se desarrollan en la infancia y la adolescencia en Argentina, la leucemia constituye la enfermedad oncológica más frecuente (37%), con una supervivencia de 66%. Le siguen los tumores del sistema nervioso central (18,8%) con una supervivencia a los 36 meses del 46%, y los linfomas (12,8 %), con una supervivencia a los 36 meses de 77% (ROHA, 2012). El progreso de los índices de

supervivencia se debe principalmente a las mejorías en los tratamientos y la alta proporción de pacientes que participan en estudios clínicos (INC, 2012c).

La distribución por sexo en los niños con cáncer muestra una ligera predominancia para el sexo masculino (56%). En el análisis de los niños registrados desde el año 2000 al 2009, el 82% de ellos fueron atendidos en instituciones públicas y el resto en instituciones privadas (INC, 2012c).

Etiología

La etiología del cáncer es multifactorial, es el resultado de la interacción de factores ambientales o exógenos con factores hereditarios o endógenos (Ferris i Tortajada, García i Castell, Alonso López Andreu, & Pellicer Porres, 1999; Pérez Calleja & Palmero Gómez, 2009; ROHA, 2008). Los antecedentes familiares y los factores hereditarios y genéticos pueden jugar un papel importante en ciertos tipos de cáncer infantil. El cáncer es hereditario cuando se desarrolla en un paciente que es portador de una mutación específica en sus células germinales. Las formas genéticas del cáncer poseen en común diversas características como: (a) aparición precoz de la enfermedad, (b) mayor frecuencia de lesiones múltiples dentro de un mismo órgano, (c) afectación bilateral en órganos pares, y (d) múltiples cánceres primarios (Shapiro, 1997).

Si bien las variables relacionadas con el medio ambiente requieren de un tiempo prolongado (de 5 a 20 años) para ejercer su efecto carcinógeno, existen factores de riesgo como contaminación del aire, agua y suelo por productos químicos carcinógenos, malos hábitos alimenticios, radiaciones y agentes infecciosos (INC, 2012h). Estos factores están vinculados al estilo de vida y los niños son especialmente vulnerables debido a la inmadurez de sus sistemas inmunológico, reproductor, digestivo y nervioso (INC, 2012h). Las causales ambientales pueden ser divididas en diversas categorías:

1. Agentes infecciosos (virus o bacterias que provocan el cáncer). Los más comunes son el Virus Papiloma Humano (relacionado con el cáncer de cuello de útero), los virus de la hepatitis B y C (relacionados con los hepatomas) y en menor medida el virus Epstein Barr, agente etiológico de la mononucleosis. La única bacteria a la que se le ha encontrado hasta ahora una relación con el cáncer es

el *Helicobacter pylori*, que puede dar origen a cáncer gástrico en parte por causar úlceras gástricas (INC, 2012h; Pérez Calleja & Palmero Gómez, 2009).

2. Radiaciones. Se dividen en *ionizantes* y *no ionizantes*. Las primeras, en forma de rayos X, son capaces de causar daños en el material genético, desarrollando cáncer en proporción directa a la dosis aplicada, originando el 3% de todas las neoplasias. El mecanismo por el cual realiza la transformación neoplástica es la generación de lesiones en las moléculas de ADN que conducen mutaciones cuando las lesiones son separadas por enzimas celulares. Puede deberse a (a) exposición preconcepcional, (b) exposición transplacentaria y por último, (c) exposición postnatal. Las radiaciones no ionizantes es toda energía en forma de ondas que se propagan a través del espacio y actúan como promotores tumorales. Se trata de campos eléctricos y magnéticos débiles de baja intensidad como: (a) radiación ultravioleta A y B, (b) radiaciones electromagnéticas de baja frecuencia, y (c) ultrasonidos prenatales. Respecto a estos tipos de radiaciones existen escasos estudios por la dificultad de medir la exposición a la radiación no ionizante y los métodos epidemiológico-estadísticos usados (Knave, 1998; ROHA, 2008).

3. Minerales y compuestos químicos. Todas las emisiones de la combustión del petróleo y sus derivados, los pesticidas arsenicales y no arsenicales, las pinturas, el hollín, los aceites minerales, entre otros, han sido asociados al cáncer de pulmón y de piel (INC, 2012h; Pérez Calleja & Palmero Gómez, 2009).

4. Medicamentos. Todas las sustancias con actividad estrogénica (entre ellas ciertos anticonceptivos orales) y compuestos capaces de convertirse en estrógenos en el organismo, como algunos pesticidas (DDT) y en general hidrocarburos clorados han sido relacionados en mayor o menor medida con el riesgo de cáncer en las mamas y el tracto genital femenino (INC, 2012h; Pérez Calleja & Palmero Gómez, 2009).

5. Dietas: relacionado con malos hábitos alimenticios, obesidad, elevado contenido dietético de grasa, tanto del niño en los primeros años de vida como también de su madre durante el embarazo (INC, 2012h; Pérez Calleja & Palmero Gómez, 2009).

Diagnóstico y Pronóstico: Subtipos y Estadios

El diagnóstico incluye el periodo de tiempo entre que el niño-adolescente ingresa al hospital y sale de alta para continuar con el tratamiento prescrito (Díaz Atienza, 2012). El diagnóstico de cáncer puede ser considerado en general un evento estresante, no solo para quien lo padece sino también para su entorno familiar y social próximo (López-Ibor, 2009). El impacto que provoca el diagnóstico no es igual en todos los individuos, sin embargo, algunas manifestaciones usuales son: temor, ira, incertidumbre, malestar, sensaciones de desamparo, culpa y estrés, y en algunos casos afecciones psicológicas como depresión y ansiedad (Murillo & Alarcón Prada, 2006).

Cuando se sospecha de la existencia de un cáncer, el objetivo inmediato es conocer su naturaleza y extensión (Crist & Heslop, 1997). Los signos y síntomas de los carcinomas infantiles varían según la localización primaria, la localización de las metástasis y los síntomas inespecíficos. El registro de los signos y síntomas persistentes que se manifiestan al inicio en los niños puede colaborar para determinar un diagnóstico precoz, que permita el comienzo temprano del tratamiento y optimice las posibilidades de curación (López Almaraz, 2007).

El cáncer en la infancia suele caracterizarse por ser altamente invasivo y metastatizante. A continuación se describirán los tipos más frecuentes de cáncer en la infancia y en la adolescencia. Estos se dividen en: (a) enfermedades hematológicas (leucemias y linfomas) que se originan en las células indiferenciadas o blásticas, y (b) los tumores sólidos (tumores del sistema nervioso central, neuroblastomas, retinoblastomas, neoplasias renales, sarcomas de tejidos blandos y tumores óseos) que se caracterizan por ser de origen embrionario (Barriga, 1991; Barriga & Las Heras, 1991; INC, 2012d).

Enfermedades hematológicas.

1. Leucemia: este tipo de cáncer puede desarrollarse lenta o rápidamente y se caracteriza por la producción de glóbulos blancos anormales por parte de la médula

ósea¹. Existen diferentes tipos de leucemia tales como la leucemia linfoblástica aguda infantil (LLA) o la leucemia mieloide aguda infantil (LMA) (Crist & Pui, 1997).

2. Linfomas: son neoplasias que afectan el sistema linfático, es la tercera forma de cáncer más frecuente. Puede invadir la médula ósea, hígado, pulmones y huesos. Existen dos tipos, ambos con una incidencia pico en la adolescencia, difieren en sus manifestaciones clínicas, tratamiento y pronóstico:

- El linfoma de Hodgkin, reportado más frecuentemente en gemelos monocigotos, hermanos fraternos, y en infección por el virus de Epstein-Barr.
- Los linfomas no-Hodgkin (LNH), asociados a síndromes de inmunodeficiencia congénita y adquirida y la terapia inmunosupresora. Es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en el sistema linfático. Los ganglios linfáticos producen y almacenan las células que combaten la infección. En la enfermedad del linfoma no-Hodgkin, estas células se convierten en células cancerosas. El bazo (órgano en el abdomen superior que produce linfocitos y filtra los glóbulos deteriorados de la sangre), el timo (órgano pequeño que se encuentra debajo del esternón) y las amígdalas (órgano en la garganta) también son parte del sistema linfático. Debido a que el tejido linfático se encuentra en varias partes del cuerpo, el linfoma no-Hodgkin puede originarse y diseminarse en casi cualquier tejido u órgano del cuerpo (Hudson, 1997).

Tumores sólidos de la infancia.

1. Tumores del sistema nervioso central: son un grupo diverso de enfermedades que se caracterizan por el crecimiento anormal del tejido situado dentro del cráneo o la columna vertebral. Los tumores del sistema nervioso ocupan el segundo lugar entre los niños. Pueden ocurrir entre los 5 y los 10 años, más frecuentes en el sexo masculino, y relacionados con exposición a radiación ionizante y desórdenes

¹ La médula ósea es el tejido esponjoso que se encuentra dentro de los huesos grandes del cuerpo y donde se producen los linfocitos.

genéticos. Las formas más comunes son meduloblastoma, endinoma y astrocitoma. A pesar de que pueda tratarse de un tumor histológicamente benigno, puede estar localizado en una zona de difícil acceso quirúrgico y resultar fatal (Basauri & Las Heras, 1991).

2. Neuroblastoma: es el tumor sólido extracraneal derivado de unas células nerviosas simpáticas que por razones desconocidas se desarrollan de manera anormal. Más de la mitad de estos tumores ocurren en la glándula adrenal, la cual se encuentra localizada en las proximidades del riñón. Su frecuencia es mayor en los niños de 1 a 4 años de edad y es mucho más infrecuente por encima de los 5 años (Santana, 1997).

3. Retinoblastoma: es un tipo de cáncer que se origina en la retina que ocurre generalmente en niños hasta los 3 o 4 años de edad. Puede ser hereditario. Está compuesto de células indiferenciadas, que se expande hacia el nervio óptico con posibilidad de tomar meninges y el cerebro (Pratt, 1997).

4. Neoplasias renales: los tumores renales o cáncer de riñón ocurren principalmente en la niñez (carcinoma de células renales). El tipo más frecuente es el tumor de Wilms, que se presenta mayoritariamente en niños menores de 5 años. El crecimiento local del tumor abarca la glándula suprarrenal, el retroperitoneo, el intestino, hígado, vasos sanguíneos renales y ganglios linfáticos (Shearer & Wilim, 1997).

5. Sarcomas de tejidos blandos: estos se caracterizan por el crecimiento de células cancerosas en el tejido blando del cuerpo. Los tejidos blandos incluyen músculos, tendones, tejidos fibrosos, grasa, vasos sanguíneos, nervios y tejido sinovial. Ellos tienen su mayor incidencia en la infancia para el rhabdomioma, el cual es un cáncer que se forma en las células que normalmente desarrollan los músculos estriados del cuerpo. Es un sarcoma de tejidos blandos característico de la infancia que se forma antes de los diez años. Es de crecimiento rápido y con tendencia a producir metástasis. El sarcoma de Kaposi es causado por el virus del herpes, en el que las células cancerosas y los vasos sanguíneos anormalmente dilatados forman lesiones sólidas en el tejido conectivo (Crist, 1997).

6. Tumores óseos: agrupa de dos tipos de cáncer, con diferentes localizaciones en los huesos, tienen una incidencia pico entre los 13 y los 18 años. El más frecuente es el osteosarcoma que ocurre en el periodo de la adolescencia. Otro tipo es el sarcoma de Ewing que afecta especialmente la pelvis y las costillas. Ocurre entre los 10 y los 25 años, siendo más frecuente en varones (Meyer, 1997).

La mayoría de los cánceres de la niñez y la adolescencia son curables. El pronóstico está relacionado con el tipo de tumor, la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico y la eficacia del tratamiento (Bragado, 2009; Celma, 2009).

A partir de la utilización del sistema TNM (sistema de estadificación) se puede determinar cuál es la gravedad del cáncer basándose en la extensión del tumor (T), la diseminación a ganglios linfáticos cercanos (N), y la ocurrencia de metástasis (M) (INC, 2012e).

Asimismo, según el sistema aceptado por la *International Union Against Cancer* (UICC) y por el *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) la mayoría de los tumores se pueden describir en cuatro estadios (American Joint Committee on Cancer [AJCC], 2012; INC, 2012e):

Estadio I: masa tumoral limitada a un órgano, se trata de una lesión operable, sin metástasis. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 98%.

Estadio II: invasión local a tejidos vecinos, la lesión es operable, evidencia de invasión dentro de la capsula linfática. El índice de supervivencia a 5 años es del 76-88%.

Estadio III: se trata de un tumor primario extenso con fijación en estructuras profundas, invasión ósea o linfática. La posibilidad de sobrevida relativa a 5 años es del 56%.

Estadio IV: se produce cuando el cáncer se ha diseminado a otras estructuras del cuerpo, hay evidencia de metástasis, la lesión es inoperable y existe muy poca capacidad de sobrevida.

Tratamiento

Una vez pasada la etapa diagnóstica y el impacto que conlleva para el niño, su familia y amigos, se inicia la etapa del tratamiento en la que el paciente oncológico deberá enfrentarse a una serie de circunstancias que suponen ciertos cambios a nivel físico, psicológico y social.

Antonio Celma (2009) plantea que sería imposible abordar dicha patología solo desde un abordaje médico. Se deben introducir estrategias que den respuesta a los aspectos psicológicos, sociales y educativos para construir una atención integral lo suficientemente amplia como para responder a las características propias y únicas de cada paciente y su familia. Por tal motivo se sugiere que los tratamientos de los niños y adolescentes con cáncer estén a cargo de un equipo multidisciplinar (López-Ibor, 2009; Méndez, 2005). El diagnóstico precoz y la prevención acompañados de un progreso médico tecnológico a partir de la utilización, de la anestesia y la radioterapia, y posteriormente de la quimioterapia, permitió avanzar en el tratamiento eficaz del cáncer. En otro orden de cosas, la valorización de los factores psicológicos (cognitivos, emocionales y motivacionales) y del estilo de vida de los pacientes, fue positivo para el conocimiento del efecto modulador de estas variables sobre la etiología y evolución de la enfermedad. Todos estos avances permitieron que en la actualidad casi el 80% de niños y adolescentes diagnosticados de una neoplasia alcancen la curación (Barahona, Cañete, Montero, & Castel, 2009; Die Trill, 2003a; Rivero Buron et al., 2008; Veit & Carvalho, 2010).

En oncología pediátrica los pacientes se tratan con protocolos adecuadamente establecidos cuyos objetivos principales son curar o prolongar considerablemente la vida de los pacientes, y garantizar la mejor calidad de vida posible. Los programas de tratamientos más eficaces y eficientes son aquellos que funcionan de forma continua y equitativa, respetan normas de atención basadas en datos probatorios y aplican un enfoque multidisciplinario (OMS, 2013).

Los principales tratamientos médicos para el cáncer son: la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. Las opciones dependen de: (a) el tipo y el estadio del cáncer, (b) los posibles efectos secundarios, (c) las preferencias del paciente, y (d) su estado de salud general (OMS, 2013).

El tratamiento quirúrgico es la primera opción de tratamiento si se puede extirpar del cuerpo una parte o la totalidad del tumor. Antes o después de la cirugía se puede usar radiación, quimioterapia o ambas para reducir el tumor. En neoplasias infantiles las cirugías poseen una doble función: (a) obtener una biopsia del tumor para un diagnóstico histopatológico y realizar estudios genéticos, bioquímicos y/o inmunológicos; y (b) establecer el estadio del tumor (Fernández-Plaza, 2008).

La quimioterapia es un tipo de tratamiento que emplea fármacos que atacan al cáncer. Puede administrarse por vía sistémica (oral o intravenosa) o aplicarse localmente. Los medicamentos de quimioterapia viajan a través del torrente sanguíneo y alcanzan las células cancerosas que pudieron haberse propagado a otras partes del cuerpo. De acuerdo con el momento de administración este tipo de tratamiento recibe diferentes nombres:

- Quimioterapia adyuvante: consiste en administrar quimioterapia sistémica tras el control local del tumor primario mediante cirugía y/o radioterapia en pacientes con alto riesgo de recaída metastásica (como los que presentan tumores de gran volumen). Su finalidad es eliminar la enfermedad microscópica presente al diagnóstico que no se elimina con el tratamiento convencional. Debe iniciarse de forma precoz ya que, un excesivo retraso para permitir al paciente la recuperación de una intervención quirúrgica o de la radioterapia, puede comprometer sus posibilidades de curación.

- Quimioterapia neoadyuvante o de inducción: se inicia antes de cualquier tratamiento quirúrgico o de radioterapia con la finalidad de evaluar la efectividad in vivo del tratamiento. Disminuye el estadio tumoral pudiendo mejorar los resultados de la cirugía y de la radioterapia.

- Quimioterapia de rescate: se administra cuando una enfermedad no responde o reaparece después de la quimioterapia de primera elección.

La quimioterapia se administra generalmente en ciclos: el paciente recibe el tratamiento durante uno o varios días y descansa un período antes de recibir una nueva dosis. Esta pauta se repite varias veces hasta completar el tratamiento (ACS, 2013; Fernández-Plaza, 2008; INC, 2012f).

Los efectos secundarios de la quimioterapia generalmente son: náuseas, vómitos, falta de apetito, pérdida del cabello y llagas en la boca. Debido a que la

quimioterapia puede dañar las células productoras de sangre de la médula ósea, es posible que los pacientes presenten bajos recuentos de células sanguíneas y una serie de consecuencias tales como: (a) alto riesgo de infecciones (debido a la reducción de glóbulos blancos), (b) sangrado o hematomas graves después de cortaduras o lesiones (por la disminución de las plaquetas), y (c) cansancio extremo o fatiga (ACS, 2013).

La radioterapia consiste en la administración de radiaciones ionizantes de alta energía para matar las células cancerosas. La utilizada más frecuentemente es la radiación externa en la que una máquina emite rayos sobre el sujeto que penetran a través de la piel hasta alcanzar al tumor. En otras ocasiones se emplea la radioterapia interna, que consiste en la colocación (mediante cirugía) dispositivos de material radiactivo (agujas, alambres o catéteres) en el interior del abdomen que atacan directamente al tumor. Es un tratamiento que no causa dolor, no obstante tiene efectos secundarios como irritación de la piel y cansancio extremo (ACS, 2013; INC, 2012 f).

Existen otros tipos de tratamiento, menos frecuentes, que se utilizan para tratar el cáncer como:

- Terapias dirigidas: son fármacos u otras sustancias que bloquean el crecimiento y la diseminación del cáncer al interferir con moléculas específicas denominadas “blancos moleculares” implicadas en el crecimiento y avance de tumores. Requiere de la identificación de buenos blancos (que tienen una función clave en el crecimiento y la supervivencia de las células de cáncer), para luego diseñar la terapia. La mayoría de las terapias dirigidas pueden ser fármacos de molécula pequeña o anticuerpos monoclonales (INC, 2012f).

- Trasplantes de médula ósea y trasplantes de células madres de sangre periférica: se trata de procedimientos que restauran las células madre que se destruyeron por las dosis elevadas de quimioterapia o de radioterapia. Después de ser tratado con dosis elevadas de fármacos anticancerosos, el paciente recibe las células madre que se cosecharon, las cuales viajan a la médula ósea y comienzan a producir nuevas células de la sangre. Se utiliza en el tratamiento de la leucemia y del linfoma, especialmente cuando están en remisión (Crist & Heslop, 1997; INC, 2012f).

• Vacunas contra el cáncer: son medicamentos que modifican la respuesta biológica y se utilizan para reforzar la capacidad natural del cuerpo para defenderse por medio del sistema inmunitario de las células cancerosas. Hay dos tipos de vacunas contra el cáncer: (a) vacunas preventivas o profilácticas que impiden el desarrollo del cáncer en las personas sanas actuando sobre los agentes infecciosos que contribuyen al desarrollo del cáncer, y (b) vacunas terapéuticas destinadas a tratar un cáncer existente mediante el fortalecimiento de las defensas naturales del organismo (INC, 2012f).

Prevención

La prevención y la detección precoz son dos estrategias claves para poder emprender la lucha contra el cáncer. Prevenir implica anticiparse al proceso que conduce al cáncer, lo cual implica que la comunidad conozca y participe activamente, y conozca cuáles son las características del proceso de enfermar, sus riesgos y tratamientos posibles. En este sentido, contar con información actualizada sobre el tema nos permite tomar conciencia acerca de cuáles son las herramientas con las que se cuenta (INC, 2012g).

Existen tres tipos de prevención del cáncer (Ortega García et al., 2008):

1. Prevención primaria: dirigida a eliminar o reducir la exposición a los carcinógenos físicos, químicos y biológicos. Constituye la prevención más efectiva y beneficiosa en términos sanitarios, económicos y socioculturales. Se logra evitando la introducción de agentes carcinogénicos en el medio ambiente, en nuestro hábitat. Los grupos más beneficiados con este tipo de prevención son: (a) los supervivientes de cáncer pediátrico por el mayor riesgo de segundos tumores y recaídas a largo plazo, (b) los familiares de personas con síndromes hereditarios, y (c) los pacientes con inmunodeficiencias congénitas o adquiridas.
2. Prevención secundaria: dirigida a individuos con evidencia de progresión preneoplásica que aún no presentan signos y síntomas clínicos de franca malignidad. Esta modalidad está destinada normalmente a grupos poblacionales específicos en los que se pretende obtener el máximo beneficio mediante técnicas complementarias que proporcionen el diagnóstico precoz.

3. Prevención terciaria: focalizada en disminuir la morbilidad y la mortalidad entre los pacientes que ya presentan la patología. Se basa en la utilización de fármacos o drogas quimioterápicas para evitar recidivas o segundos cánceres.

Argentina cuenta con diversos organismos avocados a la investigación y prevención del cáncer infanto- juvenil. En el año 2000 se crea el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA) cuya finalidad es conocer la incidencia del cáncer infantil en nuestro país. El ROHA, en conexión con los proveedores de salud en hemato-oncología infantil, la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), el Registro Institucional de Tumores de Argentina (RITA), y los Registros de Cáncer de Base Poblacionales (RCBP), registra los nuevos casos, su tendencia y modificación en el tiempo para obtener una epidemiología completa de la situación actual del país.

En el año 2010 se funda el Instituto Nacional de Cáncer (INC), que junto al Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Reporte del Cáncer (SIVER-Ca), recopilan información acerca de la ocurrencia de la enfermedad, las características de los pacientes y los resultados de la atención en los servicios de salud, con el objetivo de obtener información útil para la planificación de políticas de control y evaluación de impacto (ROHA, 2008; INC, 2012g).

Más allá del tipo y el estadio de cáncer, de la etiología y del tratamiento de la enfermedad, la forma en la que cada paciente lo experimenta dependerá de sus recursos psicológicos y de su entorno sociocultural. Las creencias, los valores, las metas de cada persona podrán explicar el sentido que cada una le asigne a su padecimiento (Barroilhet Diez et al., 2005; Bragado, 2009; Die Trill, 2003a). En esta dirección, surge una nueva disciplina para atender a estos aspectos del enfermar: la psicooncología.

Capítulo II: Introducción a la Psicooncología

Definición

La Psicooncología es una disciplina que estudia las respuestas emocionales y comportamentales de los pacientes con cáncer (Greer, 1994 citado en Cruzado, 2003), y brinda asesoramiento y apoyo a la familia y al equipo de salud que asiste al paciente a lo largo de todo el proceso de enfermedad (Almanza-Muñoz & Holland, 2000; Barbero Gutiérrez et al., 1998; Die Trill, 2003b; Holland & Murillo, 2003; Ibáñez Guerra, 2004; Middleton, 2002; Moscoso, 2010; Murillo & Alarcón Prada, 2006; Rivero Burón et al., 2008; Scharf, 2005). La psicooncología incorpora conocimientos de la medicina, la psicología y otras ciencias sociales para ofrecer un tratamiento comprensivo a los enfermos oncológicos tomando como marco de referencia el modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad (Arbizu, 2000; Durá & Ibáñez, 2000).

Algunos autores conciben la psicooncología como una subespecialidad de la psicología (Barroilhet Diez et al., 2005; Díaz Atienza, 2012; Die Trill, 2003b; Sharf, 2005; Torrico Linares et al., 2002; Velázquez Martínez et al., 2007), otros como una subespecialidad de la oncología (Llantá Abreu, Grau Abalo, & Massip Pérez, 2012; Murillo & Alarcón Prada, 2006; Rivero Burón et al., 2008; Robert, Álvarez, & Valdivieso, 2013; Sanz & Modolell, 2004), un tercer grupo de autores la comprende como la intersección entre la psicología y la oncología (Barbosa, 2005; Medina Coello & Alvarado Aguilar, 2011; Veit & Carvalho, 2010), mientras que otros la conciben dentro del campo de la psiquiatría de enlace (Lugo, Alizo, Martínez, & Sojo, 2006; Alvarado, Genovés, & Zapata, 2009; Rojas- May, 2006; Vidal y Benito, 2006). No obstante existe consenso en concebirla como una disciplina que requiere del trabajo en equipos multidisciplinarios con profesionales de la salud especializados en oncología (Almanza-Muñoz, 2001; Almanza-Muñoz & Holland, 2000; Alvarado et al., 2009; Alvarado-Aguilar & Ochoa-Carrillo, 2011; Barbero Gutiérrez et al., 1998; Cruzado, 2003; Estapé, 2004; Gil, Novellas, Barbero, Hollenstein, & Maté, 2004; Rivero Burón et al., 2008; Holland & Murillo, 2003; Ibáñez Guerra, 2004; Medina Coello & Alvarado Aguilar, 2011; Murillo & Alarcón

Prada, 2006; Robert et al., 2013; Royas-May, 2006; Sanz & Modolell, 2004; Veit & Carvalho, 2010; Velázquez Martínez et al., 2007).

La psicooncología tiene en cuenta dos variables: (a) los factores psicosociales (como las creencias o las representaciones sociales sobre el cáncer) y conductuales del paciente y su familia en los diversos estadios de la enfermedad; y (b) la influencia de dichos factores en relación a la morbilidad (calidad de vida) y mortalidad (supervivencia) de la enfermedad (Barroilhet Diez et al., 2005; García-Conde et al., 2008; Holland & Murillo, 2003; Medina Coello & Alvarado Aguilar, 2011; Velázquez Martínez et al., 2007).

Psicooncología en el Mundo

La psicooncología se inicia formalmente en Estados Unidos en la década del `70, sin embargo los rudimentos de la disciplina se pueden hallar en los antiguos escritos de medicina. Hipócrates señaló que el alma influye sobre el cuerpo, y a su vez éste sobre ella, considerando al medio ambiente social como factor etiológico de la enfermedad. Por su parte Galeno (150 años a. C.) fue el primero en expresar en su tratado sobre tumores, la influencia de la personalidad en el cáncer. Asimismo, la medicina Rusa de los siglos XVI y XVII, mencionaba que la pena prolongada era una causa remota del padecimiento de cáncer (Bayés, 1999; Holland & Murillo, 2003; Ibáñez, 2007; Sanz & Modolell, 2004; Velázquez Martínez et al., 2007).

En Estado Unidos los primeros indicios que se registran son de 1937 con la creación del Instituto Nacional de Cáncer el cual forma parte de los Institutos Nacionales de la Salud y se dedica a la investigación del cáncer y a la formación profesional en este campo (INC, 2012i). En 1948, Faber informó los primeros casos de remisiones temporales de leucemia aguda infantil con aminopterina, lo cual llevo a buscar nuevos fármacos quimioterapéuticos, y para 1950, se logró la primera cura del cáncer con la aplicación de la quimioterapia, que con el tiempo se fue combinando con otros tratamientos como la cirugía y la radioterapia, permitiendo considerar los efectos a largo plazo en oncología, priorizando la calidad de vida del paciente (Robert et al., 2013). En la década de 1960, la psiquiatra Elizabeth Kúbler-Ross describió una serie de fases que atraviesan las personas cuando son

diagnosticadas de una enfermedad maligna: (a) negación y aislamiento, (b) ira, (c) pacto, (d) depresión y (e) aceptación. La duración de cada etapa dependerá de la personalidad del paciente y del sistema de apoyo con el que cuente. El conocimiento de estas fases incentivó a la humanización de la atención sanitaria, promoviendo que los profesionales de la salud comenzaran a escuchar las preocupaciones de los pacientes y conocieran sus sentimientos ante la muerte (Middleton, 2011).

A partir de 1977 cuando Jimmie Holland se hace cargo del servicio de psiquiatría del *Memorial Sloan-Kettering Cáncer Center* de Nueva York (MSKCC) se comenzaron a hacer las primeras investigaciones sobre cáncer y los efectos que provoca en el sujeto, cuyas teorizaciones fueron los cimientos de la psicooncología como subespecialidad de la oncología (Almanza-Muñoz & Holland, 2000; Alvarado-Aguilar & Ochoa-Carrillo, 2011; Medina Cohello & Alvarado Aguilar, 2011; Sanz & Modolell, 2004). Entre las temáticas a indagar surge la necesidad de que el paciente pudiera dar su consentimiento informado para que se le administre el tratamiento correspondiente.

También surgen los grupos de apoyo integrados por personas que padecen cáncer, a los cuales luego se incorporaron enfermeras que brindaban contención a los pacientes y sus familias frente a los miedos, dolores e incertidumbres que estos manifestaban (Middleton, 2011).

Dichos avances se dieron en virtud de los adelantos en el diagnóstico y en el tratamiento de la enfermedad que promovieron:

1. Mayor optimismo acerca de la curación y supervivencia del cáncer. Se renuncia a la asociación de la enfermedad con la idea inmediata de muerte o sufrimiento, y se deja de percibir al paciente como alguien incapaz de adaptarse al nivel de vida que estaba acostumbrado (Hernández, 2007; Sanz & Modolell, 2004).

2. Progresos en la capacitación y comunicación médico-paciente-familia-equipo sanitario. Se revaloriza la importancia de comunicar al paciente el diagnóstico de la malignidad de la patología y su pronóstico, brindándole la posibilidad de participar en la toma de decisiones respecto a las alternativas de tratamientos médicos y psico-oncológicos para mejorar su calidad de vida (Alvarado et al., 2009; Middleton, 2002, 2011).

3. Abordajes en equipos transdisciplinarios (Oblitas Guadalupe & Palacios Espinosa, 2011), o multidisciplinarios. Como complemento de los tratamientos exclusivamente médicos se comienzan a incorporar intervenciones terapéuticas focalizadas en aspectos psicosociales y espirituales de los pacientes con cáncer, sus allegados y el equipo sanitario involucrado (prevención del Burnout) (Carvallo & Urbani, 2007; Pérez Cárdenas, 2000; Rodríguez Ibarra, Ruiz Suarez, & Restrepo Forero, 2004).

4. Inclusión de los aspectos sociales de la enfermedad oncológica. Se reconoce que los aspectos vinculados al estilo de vida del paciente constituyen factores de riesgos para el origen y desarrollo del cáncer. Asimismo se suma el interés por la calidad de vida y también la calidad de muerte del paciente (Almanza-Muñoz & Holland, 2000; Casalod Royo, 2013; Cruzado, 2003; Die Trill, 2003a; Durá & Ibañez, 2000; Holland & Murillo, 2003; Ibañez & Soriano, 2008; Middleton, 2002; Murillo & Alarcón Prada, 2006; Scharf, 2005; Veit & Carvalho, 2010).

En 1977 Holland funda la primera unidad de psicooncología del mundo, y en 1984 la Sociedad Internacional de Psicooncología (IPOS), con el ánimo de crear una red de conexiones a nivel internacional con los interesados en el tema (Die Trill, 2003b; Robert et al., 2013; Sanz & Modolell, 2004).

En 1985 Ramón Bayés escribió el primer libro en castellano sobre el tema denominado Manual de Psicología Oncológica. En 1989 Holland y Rowland publican su primer libro de texto de Psicooncología (Handbook of Psychooncology) publicado por Oxford University Press y reeditado posteriormente en 1998. Ambas obras sirven de base para las publicaciones de autores españoles como Gil, García-Camba y María Dié Trill (Bayés, 1999; Die trill, 2003b; Ibañez & Soriano, 2008).

En los ochenta países como Inglaterra y Dinamarca seguirán los pasos de Estados Unidos, y en los noventa, Japón, Turquía, Portugal y España darán inicio a esta disciplina.

En 1995 Holland junto a Die Trill y patrocinadas por la Sociedad Internacional de Psicooncología, crearon en Madrid un modelo de formación curricular en Psicooncología (Ibañez & Soriano, 2008). En España la Psicooncología es denominada como Oncología Psicosocial basada en un modelo psicoeducacional de

prevención, intervención psicoterapéutica, rehabilitación y reintegración a la vida cotidiana (Cruzado, 2003). El cambio en la designación se debe a que en los años 70 el eje investigativo giraba en torno a los aspectos biológicos del cáncer, y a partir de los años 80 serán los aspectos sociales y ambientales los que causaran la preocupación de los científicos (Durá & Ibáñez, 2000). La primera unidad de psicooncología, fue creada en 1996 por María Die Trill en el Hospital Universitario Gregorio Marañón en Madrid, en 1997 la Sociedad Española de Psicooncología (SEPO), luego la Unidad de Psicooncología, del Instituto Catalán de Oncología (ICO) de Barcelona en 1998 y continuaron desarrollándose por todo el país (Sanz & Modolell, 2004).

En Latinoamérica al igual que en Estados Unidos, se reconoce la especialidad con la designación de Psicooncología en vez de Oncología Psicosocial (Holland & Murillo, 2003; Medina Coello & Alvarado Aguilar, 2011; Murillo & Alarcón Prada, 2006; Oblitas Guadalupe, 2008; Oblitas Guadalupe & Palacios Espinosa, 2011), y cuenta con varios referentes que contribuyeron al desarrollo de la disciplina.

En Chile, Jennifer Middleton desde 1979 se ocupa de atender a personas con cáncer y sus familias, entendiendo al sujeto como un todo integrado; actualmente dedicada a la formación y capacitación de profesionales (Middleton, 2011).

En México, los primeros pasos datan de 1980 de la mano de Juan Ignacio Romero Romo y Arturo Beltrán Ortega, integrantes del Instituto Nacional de Cancerología de México (I.N.can). Ambos inician las clínicas del dolor y las unidades de cuidados paliativos en el país. Sustentan una disciplina basada en los modelos inter-multi y transdisciplinarios para la atención psicosocial del paciente oncológico con el apoyo de oncólogos, cirujanos, radioterapeutas, psiquiatras y psicólogos. En 1987 se funda la Sociedad Mexicana de Psicooncología (SMEO). En el Instituto se dio inicio a la formación de recursos humanos con la primera generación de la especialidad en 1989 (Almanza-Muñoz, 2001; Alvarado-Aguilar & Ochoa-Carrillo, 2011; Alvarado et al., 2009; Méndez Venegas, 2005; Sociedad Mexicana de Oncología [SMEO], 2013).

En Brasil se organiza el segundo encuentro brasilero de psicooncología en 1992. Las temáticas giraron en torno a la relación de la Psicología Oncológica con problemáticas como el SIDA y los cuidados paliativos, promoviendo un tipo de

psicooncología psicoeducativa que concientice a las personas sobre los estilos de vida nocivos para la salud (Gonçalves Giménez & Barros Petrilli, 2013).

En 1993 la Sociedad Argentina de Cancerología propuso la creación de la Federación de Sociedades de Cancerología del Mercosur y Chile, integrada por la Sociedad Argentina de Cancerología, la Sociedad Brasileira de Cancerología, Sociedad Chilena de Cancerología, la Sociedad de Oncología de Paraguay y la Sociedad de Oncología Médica y Pediátrica del Uruguay (Federación de Sociedades de Cancerología de América del Sur [FESCAS], 2013).

Actualmente la tendencia en el mundo es que los hospitales, los centros de salud y las clínicas que posean unidades oncológicas brinden formación y capacitación constante a los profesionales que conforman los equipos de sanidad en el área de salud mental en psicooncología (Die Trill, 2003b). Se enfatiza en la necesidad de una formación específica en psicooncología, con el interés de fundamentar la práctica profesional del en los resultados obtenidos en la investigación básica (Die Trill, 2003b; Durá & Ibáñez, 2000; Middleton, 2002). Las perspectivas futuras sobre la investigación en esta área giran en torno una mayor difusión de información al público (Cruzado, 2003), y a los avances en los tratamientos en psicooncología para crear modelos y teorías propias que justifiquen su existencia como disciplina independiente (Ibáñez & Soriano, 2008).

El reto se focalizará en: (a) la consolidación de currículas académicas que incluyan los procedimientos y técnicas psicológicas de tratamiento que hayan demostrado empíricamente su eficacia clínica, y (b) el desarrollo de equipos psicooncológicos multidisciplinares (Almanza-Muñoz & Holland, 2000; Cruzado, 2003; Die Trill, 2003b; Durá & Ibáñez, 2000; Gil et al., 2004). Middleton (2011) plantea que es necesario pasar de una psicooncología reactiva que se focaliza en el manejo del dolor, los cuidados paliativos y la elaboración del duelo a una psicooncología proactiva que indague en los estilos de vida de los pacientes, y desarrolle políticas de prevención para el bienestar de la sociedad en su conjunto (Middleton, 2011).

Psicooncología en Argentina.

La psicooncología como disciplina se inicia en Buenos Aires en la década del '50 con la necesidad de indagar acerca de los aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer. Los referentes más destacados son médicos y psicólogos como José Schavelzon, María Langer, José Bleger e Isaac Lucchina (Gatto & Marino, 2012; Schavelzon, 1965).

En 1950 el servicio de Salud Mental del Hospital Oncológico María Curie comienza a organizar reuniones con diversos profesionales para estudiar los aspectos emocionales del cáncer, ya que hasta el momento solo se hacía hincapié en los aspectos físicos de la enfermedad (Gatto & Marino, 2012). En 1964 -luego de una revisión bibliográfica que constató las escasas publicaciones psicológicas en el tema y como resultado del primer encuentro de la Sociedad Argentina de Cancerología- se publicó el primer libro (Psicología y Cáncer) dedicado al estudio de los factores psicológicos intervinientes en el desarrollo de las oncopatías (Schavelzon, 1965).

Las actividades llevadas a cabo por el equipo multidisciplinar del Hospital María Curie se caracterizaron por: (a) administrar entrevistas antes y durante el tratamiento médico para evaluar aspectos emocionales del paciente y brindar asistencia terapéutica precoz, (b) brindar tratamiento psicoterapéutico individual, grupal y familiar para pacientes con cáncer mamario y ginecológico, (c) brindar asistencia psiquiátrica, (d) organizar cursos y ateneos de formación en psicooncología (Gatto & Marino, 2012).

En Argentina existen diversas asociaciones que investigan sobre el cáncer y que se relacionan con instituciones internacionales y nacionales posibilitando el avance de la especialidad. Una de ellas es la Sociedad Argentina de Cancerología (SAC) que desde 1996 funciona como asociación civil.

Otra es la Asociación Argentina de Oncología Clínica (A.A.O.C.) que inicia sus actividades en 1967 y se encarga de organizar los Congresos Argentinos de Oncología Clínica donde se abordan las problemáticas actuales relacionadas con la disciplina. Además desde 1996 publica una revista de Oncología Clínica -reconocida por instituciones médicas a nivel mundial- que incluye trabajos de oncología experimental y clínica de máxima calidad. Actualmente están diseñando un

protocolo para que todos los enfermos oncológicos puedan acceder a psicoterapias debido a que son pocos los que pueden contar con un tratamiento y/o acompañamiento terapéutico (Sociedad Argentina de Cancerología [SAC], 2012; Asociación Argentina de Oncología Clínica [AAOC], 2014; Murillo & Holland, 2003). En la AAOC, la comisión de psicooncología se ha desarrollado como una subespecialidad de la oncología desde un abordaje multidisciplinario, y tiene como finalidad aliviar el distress emocional de las personas involucradas en el proceso de salud-enfermedad. En otro orden de cosas, en el año 2011 esta Asociación organizó en Mar del Plata el primer Congreso Latinoamericano de Psicooncología, desarrollado en el ámbito del XX Congreso Argentino e Internacional de Oncología Clínica (AAOC, 2014).

Otra de las contribuciones en nuestro país han sido las *Pautas de diagnóstico y tratamiento para el seguimiento de pacientes oncológicos* publicadas en el 2012 por el Instituto de Oncología Angel Roffo dependiente de la Universidad de Buenos Aires, con el objetivo de contribuir al conocimiento sobre esta patología y a la inclusión de psicólogos y psiquiatras en los equipos asistenciales de medicina paliativa y psicooncología (Instituto de Oncología Ángel Roffo, 2013).

La Fundación Kaleidos es otra institución reconocida en nuestro país que en el año 2000 funda el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA), con el fin de nuclear a 91 fuentes que obtienen datos epidemiológicos sobre oncopatías en niños y adolescentes entre 0-19 años (datos clínicos, filiatorios y anatomopatológicos, e información sobre centros tratantes y migración asistencial), permitiendo describir la situación actual de la patología en el país (ROHA, 2008).

El Instituto Nacional del Cáncer de la Argentina (INC) es otra entidad dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, que desde el 2010 es el responsable de implementar políticas de salud y coordinar acciones para la prevención y control para disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer en Argentina, y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas (INC, 2013j).

Dentro de las instituciones privadas, nuestro país cuenta con el Instituto de Inmuno-oncología a cargo del Dr. Ernesto J. V. Crescenti que cuenta con sedes en varias provincias. Este centro está dedicado a la atención multidisciplinaria para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer y con enfermedades

del sistema inmunológico. Cuenta con un Servicio de psicooncología, cuyo objetivo es la atención integral del paciente oncológico y su familia (Instituto de Inmunología Ernesto J. V. Crescenti, 2013).

Otro acontecimiento de relevancia para la disciplina en nuestro país ha sido la inclusión de la 2ª Jornada de Psicooncología y Cuidados Paliativos dentro del XII Congreso Argentino de Cancerología celebrado en Buenos Aires en el año 2006 (Barcia et al., 2006).

Psicooncología Infanto-juvenil

La psicooncología pediátrica es un campo interdisciplinar que surge en los años '80 con el fin de brindar respuestas a las necesidades de niños y adolescentes que padecen enfermedades cancerígenas. Dichas necesidades son diferentes a las del adulto y deben ser evaluadas por un agente especializado. Por este motivo, se nutre de conceptos de la Psicología de la Salud, la Psicología Clínica y la Psicología de Desarrollo (Bernabeu et al., 2009; Cruzado, 2003; Guana Vásquez, 2011; Ibáñez & Baquero, 2009; Pacheco & Madero, 2003).

La psicooncología infanto-juvenil investiga el impacto psicosocial de la patología oncológica en los pacientes pediátricos y sus familias, y proporciona asistencia médico-psicológica a quienes padecen actualmente la enfermedad, a los supervivientes de cáncer infantil, a sus allegados y al equipo sanitario interviniente (pediatras, neuropediatras, oncólogos infantiles, psicólogos, psiquiatras, neuropsicólogos, fisioterapeutas, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, enfermeros, asistentes sociales) (Bernabeu et al., 2009; Celma, 2009; Fernández et al., 2009; Medín, 2009; Rodríguez et al., 2009).

El trabajo del equipo tratante debe ser un continuo desde el diagnóstico hasta la curación o muerte. La atención psicológica se debe adaptar a cada momento de la enfermedad: el diagnóstico, la hospitalización, la vuelta a casa y al colegio, la supervivencia a largo plazo, las recaídas, la muerte y el duelo (Bragado, 2009; Celma, 2009; Federación Española de Padres de Niños con Cáncer [FEPNC], 2009; López-Ibor, 2009; Orgilés et al., 2009; Rodríguez Ibarra et al., 2004).

Ortigosa, Méndez, & Riquelme (2009) describen diversas funciones que el psicólogo debe cumplir en el servicio de oncología, entre ellas se pueden citar: (a) intervenir en las dificultades de adaptación a la enfermedad en sus distintas fases, (b) minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, (c) reducir el malestar psicológico, (d) prevenir comportamientos y actitudes desadaptativas y, (e) oficiar de intermediario entre el médico y la familia del paciente esclareciendo aspectos comunicacionales que favorezca la empatía en la relación médico-paciente/familia.

Para poder hacer efectivas dichas intervenciones se debe tener en cuenta tres puntos significativos: (a) características personales del paciente como edad, nivel de desarrollo psico-evolutivo y grado de comprensión de la enfermedad; (b) características de la patología (tipo de cáncer, fase, estadio, tratamientos y pronóstico), y (c) aspectos sociales relacionados con la adaptación familiar al diagnóstico tales como la dinámica familiar y la escolaridad (Hernández, López, & Durá, 2009).

Asimismo es menester como psicólogos mantener una comunicación clara y eficaz acerca de la condición médica en términos adaptados a la madurez cognitiva del niño o el adolescente, y en función de ello, indagar cuáles son sus preocupaciones y las del grupo familiar. El eje de la intervención debe fundamentarse en que el niño/adolescente oncológico forme parte involucrada -junto con el equipo sanitario y su familia- en la toma de decisiones respecto a su situación actual (Barr, 2001; Bernabeu et al., 2009; FEPNC, 2009; Fernández et al., 2009; Medín, 2009; Rodríguez et al., 2009).

La investigación en psicooncología pediátrica es un área de interés que se va desarrollando lentamente y promueve la creación de protocolos estructurados de intervención (Bragado, Hernández-Lloreda, Sánchez-Bernardos, & Urbano, 2008; Rodríguez Ibarra et al., 2004). Es indispensable continuar investigando con el fin de obtener una mayor evidencia empírica que sustente las técnicas psicológicas y médicas que se aplican ante situaciones estresantes asociadas a la enfermedad, su tratamiento y consecuencias. Asimismo es importante adecuar la investigación considerando el nivel evolutivo, la singularidad de los síntomas y las diferentes etapas de la enfermedad (Bragado, 2009; Méndez, 2005; Méndez Venegas, 2005; Noel, 2011; Salas, Gabaldón, Mayoral, Arce, & Amayra, 2004).

En síntesis, es primordial que los estudios científicos en este campo continúen, y que se desarrollen programas de formación académica como especialistas en psicooncología pediátrica para un abordaje integral de las necesidades de estos pacientes y sus familias (Méndez Venegas, 2005). Asimismo se requiere una mayor difusión de las actividades y servicios que brindan los equipos de psicooncología pediátrica dentro de los centros médicos, clínicas y hospitales, para que se conozcan los beneficios que éstos pueden suministrar a la calidad y esperanza de vida de los pacientes oncológicos infanto-juveniles y sus familiares (Méndez Venegas, 2000).

Resiliencia en Oncología Infanto-juvenil

La resiliencia es una noción que proviene de la física y la ingeniería civil. Se la define como la capacidad que poseen los metales para recuperar su forma original luego de haberse sometido a una presión deformadora (Becoña, 2006; Oudshoorn, 2007; Vinaccia, Quiceno, & Moreno San Pedro, 2007).

Las ciencias sociales adoptan dicho término con el fin de caracterizar a aquellas personas que a pesar de vivir situaciones adversas de alto riesgo, pueden superarlas mediante la utilización de sus capacidades adaptativas positivas, y el despliegue de respuestas inéditas surgidas a raíz del dolor, la desesperación y el sufrimiento. Estas situaciones adversas también les permiten desarrollarse psicológicamente sanos, construir un ajuste psicosocial positivo al entorno y afrontar futuros conflictos (Barbosa, 2005; Rozenfeld, 2012).

Actualmente la resiliencia se aborda desde la psicología privilegiando los aspectos positivos, creativos, saludables y resilientes de las personas, la familia, la escuela y la comunidad. Se trata de superar el modelo de enfermedad propio de la psicología tradicional, cambiándolo por una perspectiva que promueva y valore potencialidades, capacidades, talentos y recursos (Barbosa, 2005). La resiliencia tiene dos componentes importantes: la resistencia a la destrucción y la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o factores adversos (Barbieri, 2011; Torres Suárez & Bautista, 2007).

La resiliencia se construye a partir de la interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que le

permiten superar el riesgo y la adversidad (Barbieri, 2011; Barbosa, 2005; Torres Suárez & Bautista, 2007).

La resiliencia debe ser entendida como un proceso en el que interactúan factores de riesgo y factores protectores, ya sean individuales o ambientales (Barbosa, 2005; Kern de Castro & Moreno-Jiménez, 2007).

Los factores de riesgo son aquellas condiciones propias del niño y/o el ambiente que incrementan la probabilidad de que no logre adecuarse exitosamente a una situación dando lugar al sufrimiento físico y psicológico (Barbieri, 2001; Barbosa, 2005; Becoña, 2006; Oudshoorn, 2007). Los factores protectores son aquellos que funcionan como defensa ante las situaciones negativas y reducen las consecuencias adversas. Pueden provenir del niño, la familia o el entorno, y ser internos (personalidad, aptitudes y habilidades, autonomía, autoestima, autoeficacia, responsabilidad, perseverancia, flexibilidad, empatía, amplio repertorio de estrategias de afrontamiento) o externos (apoyo social de familia, amigos y/o, compañeros de estudio) (Barbieri, 2001; Barbosa, 2005; González Arratía et al., 2009; Grau Rubio 2002; Kern de Castro & Moreno-Jiménez, 2007; Lazarus, & Folkman, 1986; Torrico Linares et al., 2002).

Las adversidades que ponen en juego la resiliencia de las personas pueden provenir de situaciones muy diversas tales como robos, catástrofes naturales, pérdida de empleo, pobreza, guerras, violencia, divorcios, abusos, y enfermedades, como es el caso del cáncer (Grotberg, 1996). El diagnóstico de una patología oncológica en niños y adolescentes, es un acontecimiento emocional traumático, que impacta no solo en quien lo padece sino también a su entorno próximo: familia, amigos, docentes, vecinos y equipo de salud (Barbieri, 2001; Barbosa, 2005; Espada & Grau, 2012; Grau Rubio, 2002). Enfermar de cáncer implica enfrentarse a diversos procedimientos médicos invasivos y dolorosos, cambios físicos y de rutinas, y a una mayor probabilidad de experimentar dificultades psicosociales y trastornos psicológicos o psiquiátricos a corto y largo plazo (Barbosa, 2005; Bragado, et al., 2008; Fernández et al., 2009; González Arratía, Nieto & Valdez, 2011; Grau Rubio, 2002; Kern de Castro & Moreno-Jiménez, 2007; López-Ibor, 2009). En este sentido, los adolescentes son particularmente más vulnerables al diagnóstico de cáncer, dado que tienen mayor comprensión de la enfermedad y deben enfrentarse a ella junto con

sus propios retos evolutivos (autonomía e independencia del medio familiar, formación de la propia identidad y sexualidad, conciencia de la imagen corporal, etc.) que se ven interrumpidos o alterados por todas las circunstancias que rodean al cáncer (Barbieri, 2001; Bragado Álvarez, 2010; Celma, 2009; Grau Rubio, 2002; Medín, 2009; Rodríguez et al., 2009).

La resiliencia, no es un atributo que nace con la persona ni una capacidad absoluta o estática, sino que puede fomentarse continuamente en niños y adolescentes mediante la estimulación cognitiva, afectiva y conductual, a partir del refuerzo de conductas saludables a temprana edad (Fiorentino, 2008; Huerta Ramírez & López Peñaloza, 2012), y de la adquisición de cualidades positivas que se forjan en la interacción cotidiana con los adultos. Por lo tanto, se considera importante fomentar la resiliencia en los pacientes oncológicos, sus familias, en la escuela y en los equipos sanitarios desde el momento del diagnóstico y durante todo el tratamiento (Barbosa, 2005).

Psicooncología Infanto-juvenil en la Ciudad de Mar del Plata

En Argentina existen Fundaciones que brindan asesoría y asistencia psicosocial a niños y adolescentes con cáncer y sus familias durante todo el proceso enfermedad. Particularmente la ciudad de Mar del Plata cuenta con instituciones como la Asociación Filantrópica por Amor a los Niños fundada en 1989. Es una asociación civil sin fines de lucro que desarrolla su labor en el área de oncohematología del Hospital Materno Infantil (HIEMI) colaborando con el Centro Único Coordinador de Ablación e Implante Provincia de Buenos Aires (CUCAIBA) en la promoción para el Registro Internacional de Células Progenitoras Hematopoyéticas (Asociación Filantrópica por Amor a los Niños, 2013).

El Programa de Apoyo y Asistencia para Niños (PAANET) creado en 1996 desde el rectorado de la Universidad Nacional de Mar del Plata cuenta con el apoyo de organizaciones e instituciones como UNICEF Argentina, la Sociedad Argentina de Pediatría Filial Mar del Plata, el Rotary Club Internacional, el Colegio de Psicólogos, el Centro Médico Mar del Plata, y la Fundación Médica de Mar del Plata,

entre otras. Su finalidad es generar una red de contención, apoyo, asistencia, y ayuda para lograr una mejor calidad de vida en niños y adolescentes con cáncer y sus familias. Para ello capacita voluntarios como recursos humanos idóneos en el acompañamiento de estos pacientes. Ofrece un servicio gratuito de banco de donadores de sangre, forma grupos de acompañamiento, tiene una ludoteca y una biblioteca, brinda servicios de apoyo domiciliario y de consejería familiar, además de realizar actividades de difusión, prevención y capacitación a la comunidad (Programa de Apoyo y Asistencia para Niños [PAANET], 2013).

Por otra parte, el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Don Victorio Tetamanti (HIEMI) forma parte de los centros asistenciales que brindan información oficial al Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino para poder obtener un diagnóstico de situación de la oncología infantil en nuestro país, así como también conocer los movimientos migratorios de nuestros pacientes (ROHA, 2008).

El presente estudio se enmarca dentro de la psicooncología infanto-juvenil, se propone conocer las características de la actividad profesional de los psicólogos que trabajan en este campo y pretende ser un aporte acerca de la situación actual de este campo disciplinar a nivel internacional y local.

Capítulo III: Objetivos, Hipótesis y Metodología

Objetivos

Objetivo General

1. Analizar las características de la actividad profesional de los psicólogos que trabajan en el área de psicooncología infanto-juvenil.

Objetivos particulares:

1. Identificar en la literatura científica de los últimos quince años los objetivos terapéuticos buscados y las estrategias de intervención utilizadas por los psicólogos que trabajan en el área de psicooncología infanto-juvenil.

2. Identificar en la literatura científica de los últimos quince años la formación teórico-técnica y los dispositivos asistenciales en los que trabajan los psicólogos en el área de psicooncología infanto-juvenil.

3. Describir los objetivos terapéuticos buscados, las estrategias de intervención utilizadas, la formación teórico-técnica y los dispositivos asistenciales de los psicólogos que trabajan en el área de psicooncología infanto-juvenil en la ciudad de Mar del Plata.

4. Analizar el grado de correspondencia entre las prácticas concretas de los psicólogos (objetivos terapéuticos, estrategias de intervención, formación teórico-técnica y dispositivos asistenciales) que trabajan en el área de psicooncología infanto-juvenil en la ciudad de Mar del Plata y el estado del conocimiento científico en esta área de trabajo.

Metodología

El estudio se basa en un diseño no experimental, exploratorio-descriptivo en dos etapas:

1. Identificar y analizar las publicaciones científicas sobre la actividad profesional del psicólogo en el área de psicooncología infanto-juvenil.
2. Caracterizar la actividad profesional de los psicólogos que trabajan en psicooncología infanto-juvenil en la ciudad de Mar del Plata y analizar su grado de correspondencia con el estado del conocimiento científico en dicha área de intervención.

Primera etapa

En la primera etapa se llevó a cabo una revisión bibliográfica de las investigaciones publicadas sobre intervenciones del psicólogo en esta disciplina en 9 bases de datos especializadas: Dialnet, Doaj, Lilacs, Medline, PsycINFO, Psyke, Redalyc, Scielo y Scopus desde el 01/01/2000 hasta el 30/06/2014 (últimos 15 años). Las bases fueron seleccionadas de acuerdo a la accesibilidad y al idioma de publicación. Los trabajos finalmente seleccionados para este estudio fueron 45 artículos completos publicados en idioma español.

Para realizar la búsqueda se confeccionó una lista de descriptores ajustados al idioma y a los tesauros de cada una de las bases de datos (Anexo 1). A pesar de realizar búsquedas avanzadas con límites delimitados, hubieron algunos artículos que tuvieron que ser revisados y excluidos de la muestra final debido a que no respondían a los criterios de inclusión:

- Idioma español
- Población pediátrica (0-21 años)
- Referirse a objetivos terapéuticos y/o intervenciones psicológicas
- Acceso al texto completo

Además los artículos aparecían repetidos en varias bases de datos o en una misma base de datos cuando se hacía la búsqueda con diferentes descriptores, por lo cual se realizó una depuración de los trabajos encontrados.

Finalmente se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de las publicaciones seleccionadas y se identificó: (a) tipo de publicación, (b) objetivos terapéuticos, c) intervenciones psicológicas, (d) orientación teórico-técnica, (e) destinatarios de las intervenciones, y (f) dispositivos asistenciales.

Los objetivos e intervenciones terapéuticas no aparecían explícita y claramente bajo esos nombres en todas las publicaciones científicas. Por tal motivo se realizó un análisis cualitativo pormenorizado del contenido, creando etiquetas bajo las cuales se fue clasificando lo descrito en este sentido en cada uno de los artículos.

Posteriormente se utilizaron frecuencias y porcentajes para indicar la cantidad de artículos que aludían a las diferentes categorías creadas.

Segunda etapa

Se diseñó una entrevista semiestructurada para ser administrada a todos los profesionales matriculados en el Colegio de Psicólogos Distrito X (Mar del Plata) que se desempeñaran en psicología infanto-juvenil o hubieran realizado alguna actividad clínica relacionada durante el último año. El objetivo de la entrevista fue indagar datos sobre la propia actividad profesional en el área. El instrumento consta de dos partes, la parte 1 que fue diseñada para ser autoadministrada por el profesional y la parte 2 que es la entrevista propiamente dicha (Anexo 2).

El muestreo (no probabilístico) se comenzó a través de un listado de especialidades del colegio profesional, y luego se utilizó una técnica de muestreo en cadena (bola de nieve) para la identificación de otros psicólogos que trabajen en el área.

De una muestra total prevista de 6 profesionales, finalmente fueron entrevistados dos. Con el resto de los psicólogos no se pudo acordar un encuentro debido a diferentes razones. Uno de ellos tenía su matrícula cancelada según fue informado por el colegio profesional. Otra de las psicólogas fue contactada telefónicamente, se acordó un día y horario para la entrevista pero fue cancelada por dificultades de horarios de la profesional. Ella queda en comunicarse pero no lo hace, ante lo cual se la intentó ubicar en reiteradas ocasiones pero no se obtuvo respuesta.

Un mes y medio después la directora de la presente tesis se comunicó telefónicamente y se acuerda un encuentro para la entrevista junto a las tesoristas al cual la profesional no concurre, sin aviso previo ni posterior. Un tercer profesional, que se desempeña en el Hospital Materno Infantil de nuestra ciudad informó que para realizar la entrevista se debía gestionar un tutor de la misma institución para poder acceder a información que se derive de los pacientes del Hospital. Ante ello se explicó que el guión de la entrevista no contenía preguntas sobre los pacientes ni sobre la institución, sino acerca de la práctica profesional, la formación y la experiencia personal en psicooncología infanto-juvenil. A pesar de esta aclaración el profesional no accedió a la entrevista por fuera de estas condiciones, que hubiesen implicado un tiempo prolongado de gestiones que consideramos infundadas y que exceden los tiempos para la realización de una investigación de grado. Finalmente otra de las profesionales del mismo Hospital que había aceptado realizar la entrevista dos años atrás -al inicio de este estudio- informó estar jubilada en la actualidad y que no daría la entrevista porque no lo consideraba ético.

En todos los casos se solicitó el consentimiento informado por parte de los participantes antes de comenzar el proceso de entrevistas (Anexo 3).

Las entrevistas fueron desgrabadas y analizadas a partir de las categorías anteriormente creadas. Finalmente se compararon los resultados obtenidos de las publicaciones científicas y de las entrevistas, a sabiendas de la limitación del número de estas últimas.

Capítulo IV: Resultados

A continuación se exponen los resultados en función de cada uno de los objetivos particulares planteados.

Objetivo 1. Identificar en la literatura científica de los últimos quince años los objetivos terapéuticos buscados y las estrategias de intervención utilizadas por los psicólogos que trabajan en el área de psicooncología infanto-juvenil.

Los 45 artículos seleccionados para este estudio se clasificaron según el tipo de publicación (Tabla 1). Las revisiones no sistemáticas fueron las más frecuentes (42%) y en segundo lugar los estudios empíricos no controlados (22%). Asimismo no se hallaron estudios controlados aleatorizados ni capítulos de libros indexados en bases de datos.

Tabla 1

Clasificación de los artículos analizados según el tipo de publicación

Tipo de publicación	Número artículos
Estudio Empírico controlado aleatorio	0
Estudio Empírico no controlado	10
Revisión sistemática o meta-análisis	4
Revisión no sistemática	19
Reporte caso	5
Opinión experto	2
Capítulo de libro	0
Otros: Revisión no sistemático + reporte caso.	3
Estudio empírico no controlado + reporte de caso.	1
Revisión sistemática o meta-análisis + reporte de caso.	1

El análisis de la bibliografía permitió identificar 4 destinatarios de las intervenciones psicológicas dentro del ámbito de la oncología infanto-juvenil: paciente, familia y cuidadores, equipo de salud y escuela. El mayor porcentaje de artículos (80-90%) abordaban intervenciones cuyos destinatarios eran los pacientes

y/o sus familias, el 22% de los artículos versaban sobre intervenciones con el equipo de salud y el 18% con la escuela.

Los objetivos terapéuticos y las intervenciones psicológicas se presentan en función de cada destinatario.

Objetivos Terapéuticos

En el marco de este trabajo se entiende a los objetivos terapéuticos como la finalidad de una acción del psicólogo que trabaja en psicooncología infanto-juvenil. Fue hallada una gran variedad de objetivos terapéuticos que, como puede observarse, tienen diferentes grados de especificidad, es decir, algunos son particularmente amplios (Ej. Prevenir) y otros se ajustan a situaciones específicas (Ej. Preparar para intervenciones médicas). Asimismo se observa que en algunos casos -tal como lo señalaron los artículos de donde provenían- la clasificación en objetivo o en intervención no es unívoca.

Paciente

El objetivo que apareció con mayor frecuencia en los artículos fue *Valorar e intervenir sobre el impacto psicológico de la enfermedad y/o su tratamiento* (47%). También se destacaron *Identificar y reducir sintomatología física asociada al enfermedad y/o tratamiento* (38%), *Analizar y fomentar estrategias de afrontamiento* (38%), *Prevenir* (todo tipo de secuelas: neurocognitivas, psicológicas, vinculares, etc.) (33%), *Identificar e intervenir sobre secuelas neurocognitivas* (31%) y *Comprender y favorecer la elaboración de pensamientos y emociones* (29%).

Entre los objetivos menos frecuentes se hallaron: *Respetar la voluntad del niño* (4%), *Identificar y promover expectativas a futuro* (7%), *Fomentar la adherencia al tratamiento* (7%), *Establecer una fuerte alianza terapéutica* (7%) y *Adecuar evaluación e intervención a edad evolutiva del paciente* (7%) (Figura 1).

Familia

Al igual que en el caso de los pacientes, los objetivos que aparecieron con mayor frecuencia para este destinatario fueron *Analizar y fomentar estrategias de afrontamiento* (40%), *Valorar e intervenir sobre el impacto psicológico de la enfermedad y/o su tratamiento* (31%) y *Prevenir* (20%). Asimismo aparecieron otros dos nuevos objetivos con altos porcentajes: *Brindar orientación y apoyo psicosocial* (31%) y *Alentar a la familia para tomar un papel activo en el tratamiento* (22%).

En similar dirección que en el caso del paciente como destinatario, los objetivos menos frecuentes fueron *Fomentar la adherencia al tratamiento* (9%) y *Establecer una fuerte alianza terapéutica* (7%) (Figura 2).

Equipo de Salud

Como se mencionó anteriormente, fueron pocos los artículos que consideraron al equipo de salud y/o la escuela como destinatarios de las intervenciones psicológicas, por ese motivo se observan menos variabilidad de objetivos y menores porcentajes. De todos modos, es interesante señalar algunos de los objetivos de las intervenciones psicológicas dirigidas al equipo de salud: *Brindar apoyo y asistencia de aspectos emocionales* (18%), *Crear espacios de dialogo* (7%), *Perfeccionar conocimientos teóricos-prácticos* (7%), *Promover buen vínculo con entorno familiar* (4%), y *Prevenir* (4%) (Figura 3)

Escuela

El objetivo más frecuente en los artículos fue *Garantizar la continuidad de la educación* (13%), seguido de *Determinar trastornos de aprendizajes* (2%), *Valorar síntomas asociados a la enfermedad* (2%), y al igual que en todos los destinatarios, estuvo presente el objetivo *Prevenir* (2%).

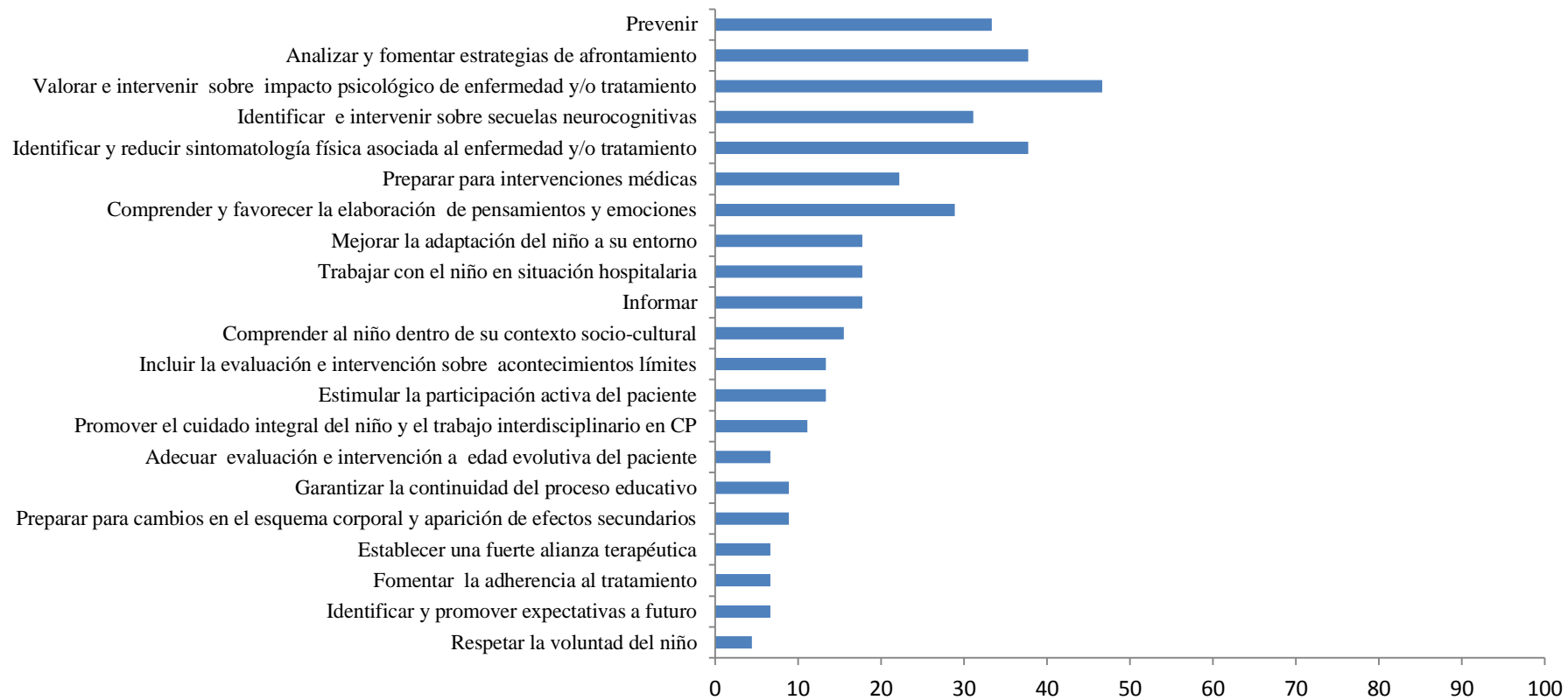
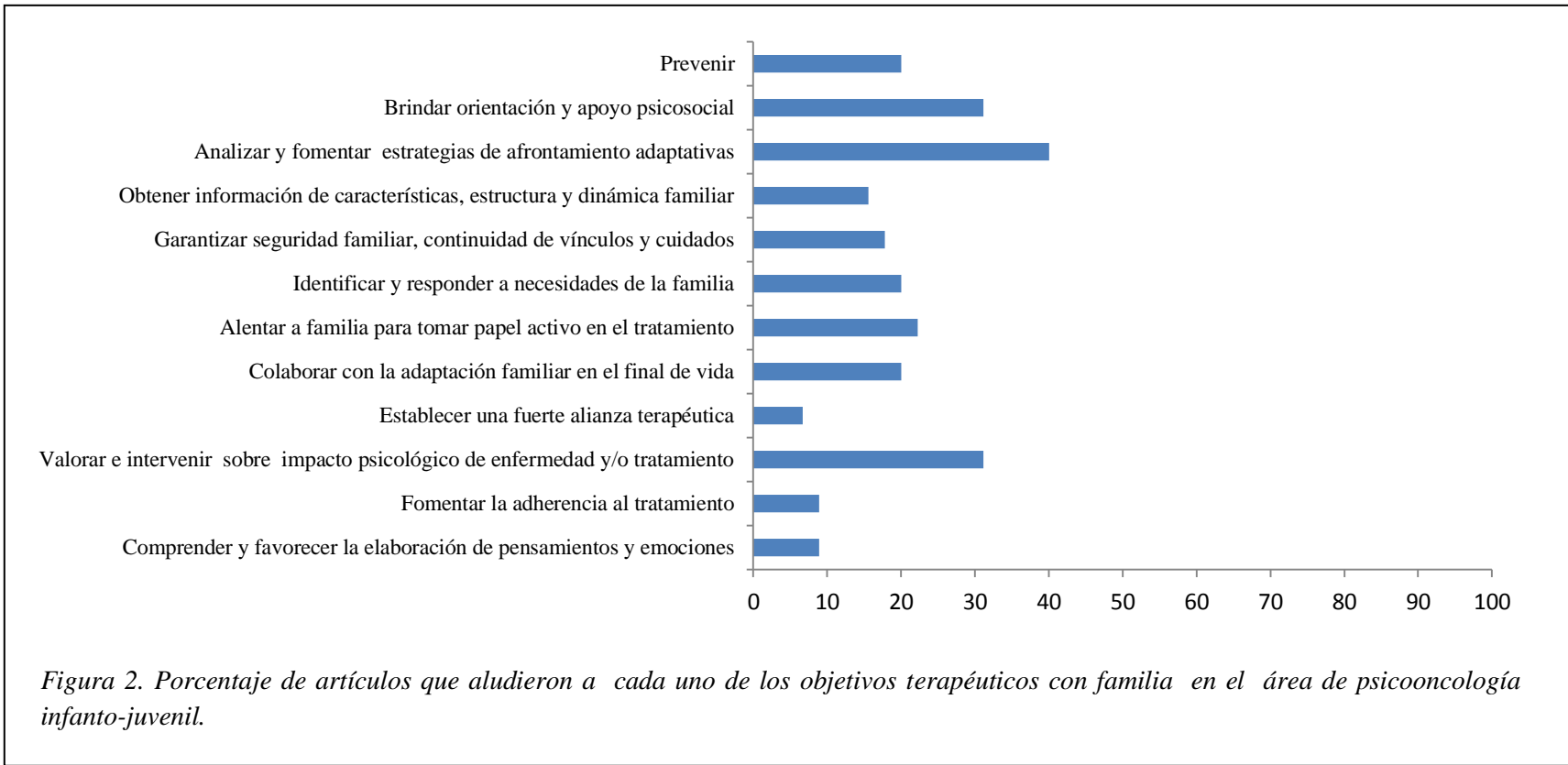


Figura 1. Porcentaje de artículos que aludieron a cada uno de los objetivos terapéuticos con pacientes en el área de psicooncología infanto-juvenil.



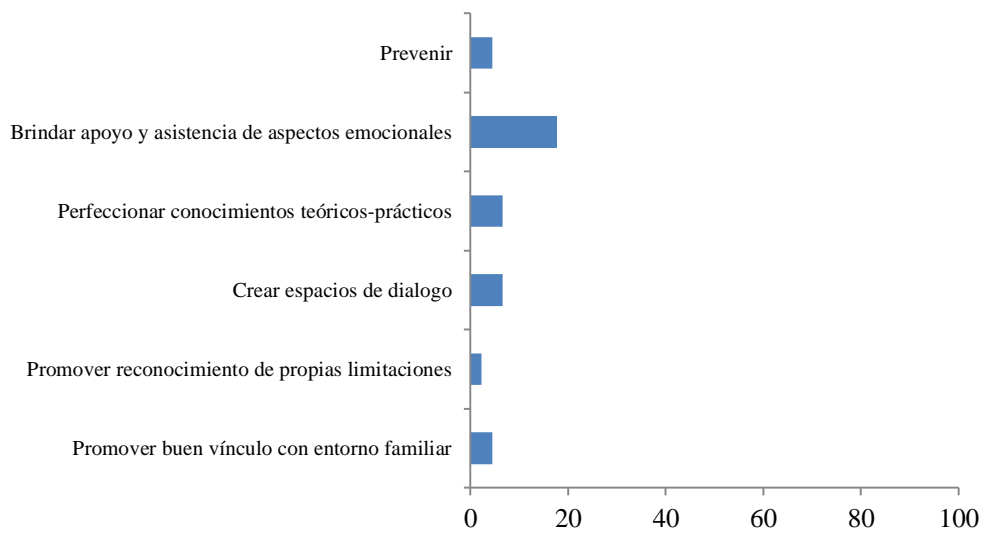


Figura 3. Porcentaje de artículos que aludieron a cada uno de los objetivos terapéuticos con el equipo de salud en el área de psicooncología infanto-juvenil.

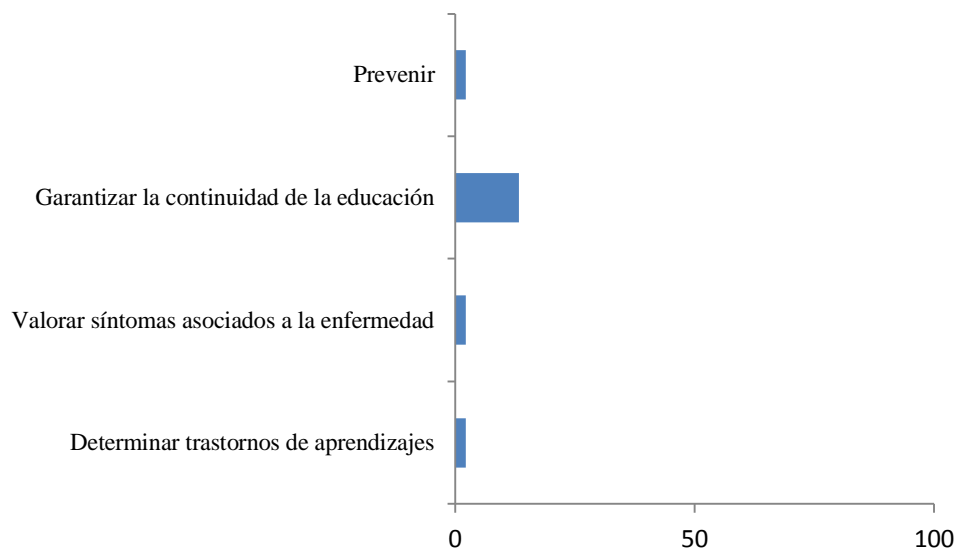


Figura 4. Porcentaje de artículos que aludieron a cada uno de los objetivos terapéuticos con la escuela en el área de psicooncología infanto-juvenil.

Intervenciones Psicológicas

Paciente

La actividad realizada por los psicólogos que se desempeñan dentro de la psicooncología pediátrica a la cual aludieron la mayor parte de los artículos (56%), fue la *Evaluación* (Figura 5), principalmente a través de técnicas psicométricas. Toda evaluación es una sucesión de pasos destinados a recabar, valorar, categorizar, comparar, analizar y contrastar información cualitativa y/o cuantitativa mediante diversas técnicas que permitan tomar decisiones racionales con respecto a un sujeto o grupo (Casullo, 1996, 1999), proceso que de algún modo implica intervenir en aspectos psicosociales del paciente. Si bien la evaluación no es estrictamente una estrategia de intervención, puede considerarse una intervención psicológica en sentido amplio, por ese motivo en el marco de este trabajo se la incluyó como tal.

Otros dos tipos de intervenciones muy utilizadas en el ámbito estudiado fueron las *Intervenciones lúdicas* (42%) y las *Técnicas cognitivo-conductuales* (42%). Asimismo la *Psicoeducación* (36%), la *Aplicación de programas protocolizados* para abordar situaciones específicas relacionadas con la enfermedad y/o el tratamiento (29%), y el *Acompañamiento/Apoyo* (22%) fueron otras intervenciones que los artículos señalaron como generalmente implementadas por los psicólogos en su trabajo con niños con cáncer. En la Figura 5 se presentan todas las intervenciones halladas en la literatura científica y el porcentaje de artículos que aludieron a ellas.

Familia

En la Figura 6 se presentan las intervenciones psicológicas identificadas y el porcentaje de artículos que las abordaron. Al igual que sucedió con los pacientes, dos de las intervenciones destacadas por gran parte de los artículos fue la *Evaluación* (40%) y la *Psicoeducación* (44%). Algo similar aconteció con el *Acompañamiento/Apoyo* (13%). En contraposición, las *Intervenciones lúdicas* (2%) y las *Técnicas cognitivo-conductuales* (9%) con la familia no fueron tan usuales como con los pacientes.



Figura 5. Porcentaje de artículos que señalaron cada una de las intervenciones psicológicas en el área de psicooncología infanto-juvenil destinadas a pacientes.

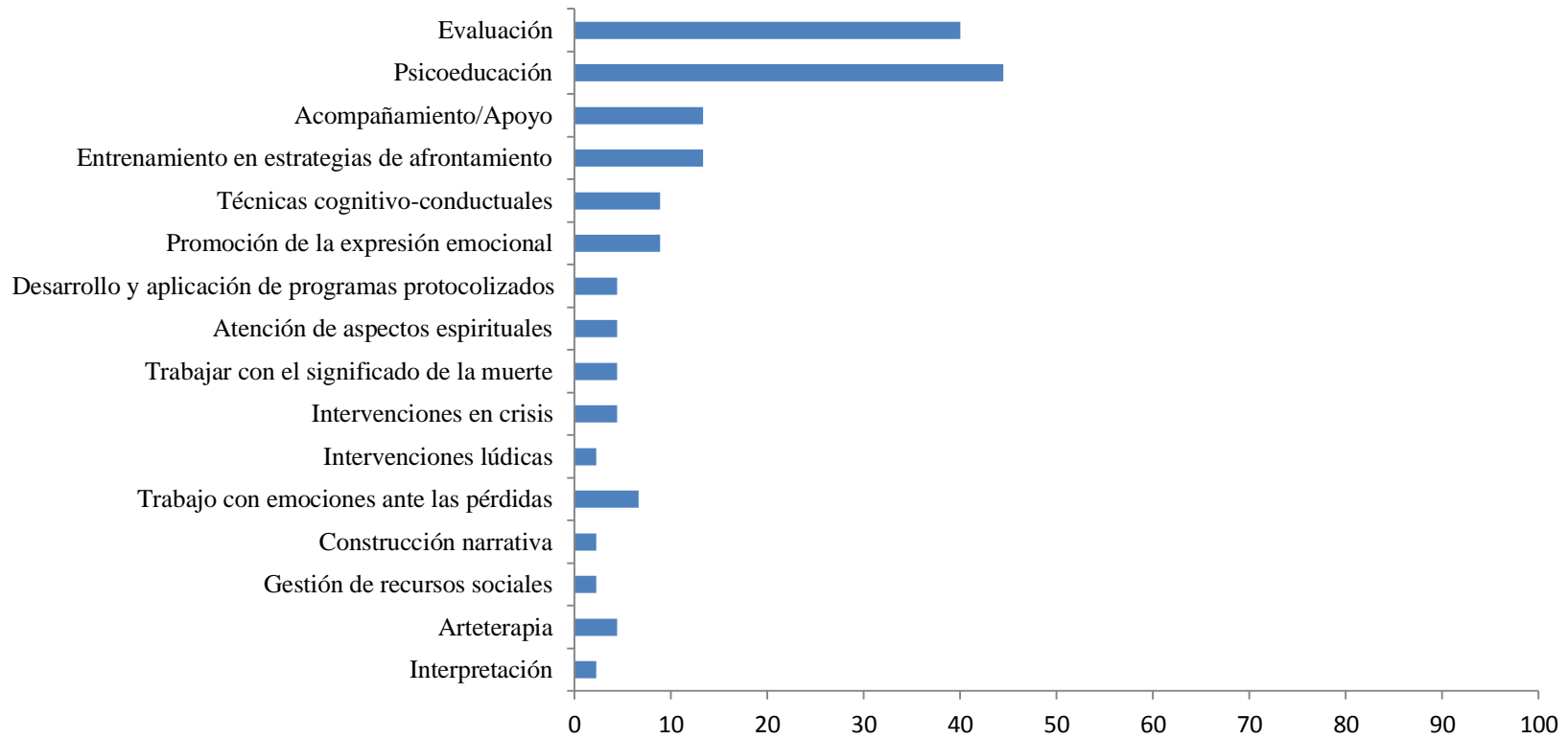
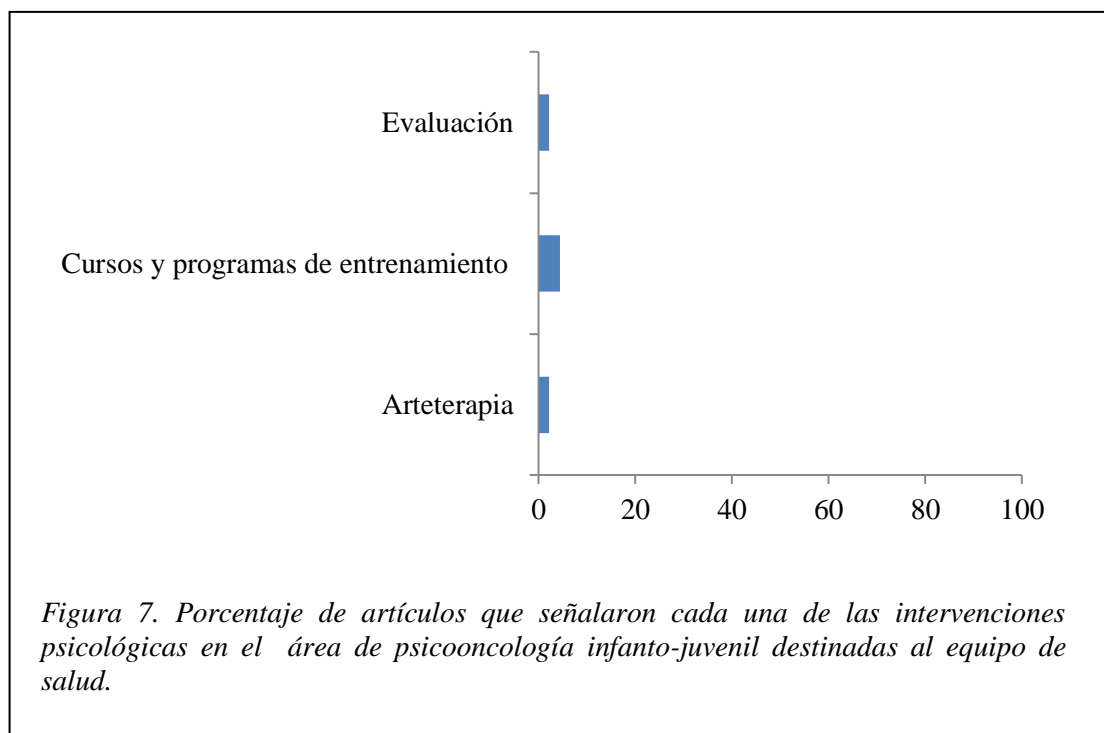


Figura 6. Porcentaje de artículos que señalaron cada una de las intervenciones psicológicas en el área de psicooncología infanto-juvenil destinadas a la familia.

Equipo de salud

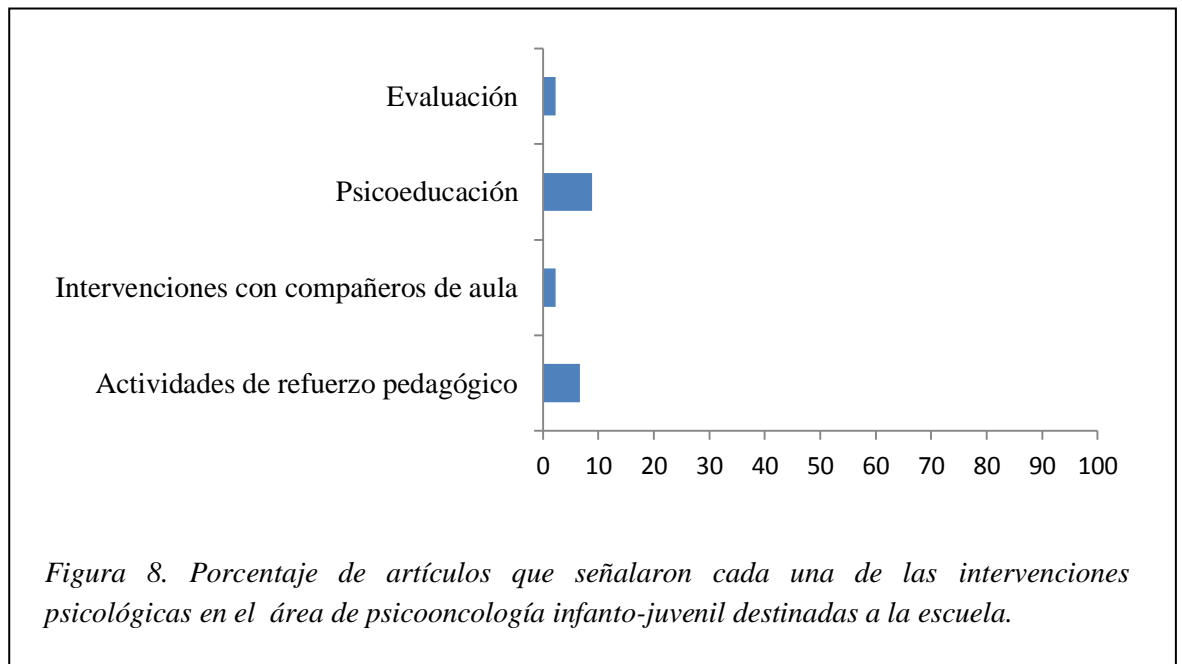
En la literatura científica son escasas las publicaciones que describen intervenciones del psicólogo con los equipos de profesionales que asisten al niño o adolescente con cáncer. De hecho solo se identificaron tres tipos de intervenciones, y abordadas por pocos artículos: *Arteterapia* (2%), *Cursos y programas de entrenamiento* (4%), y *Evaluación* (2%) (Figura 7).



Escuela

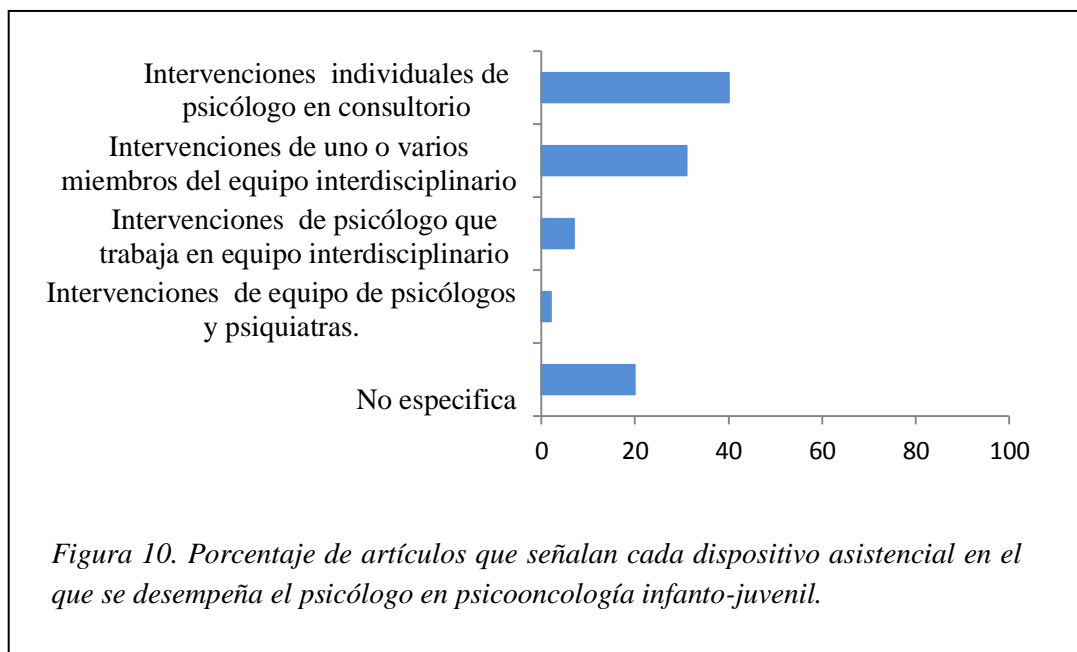
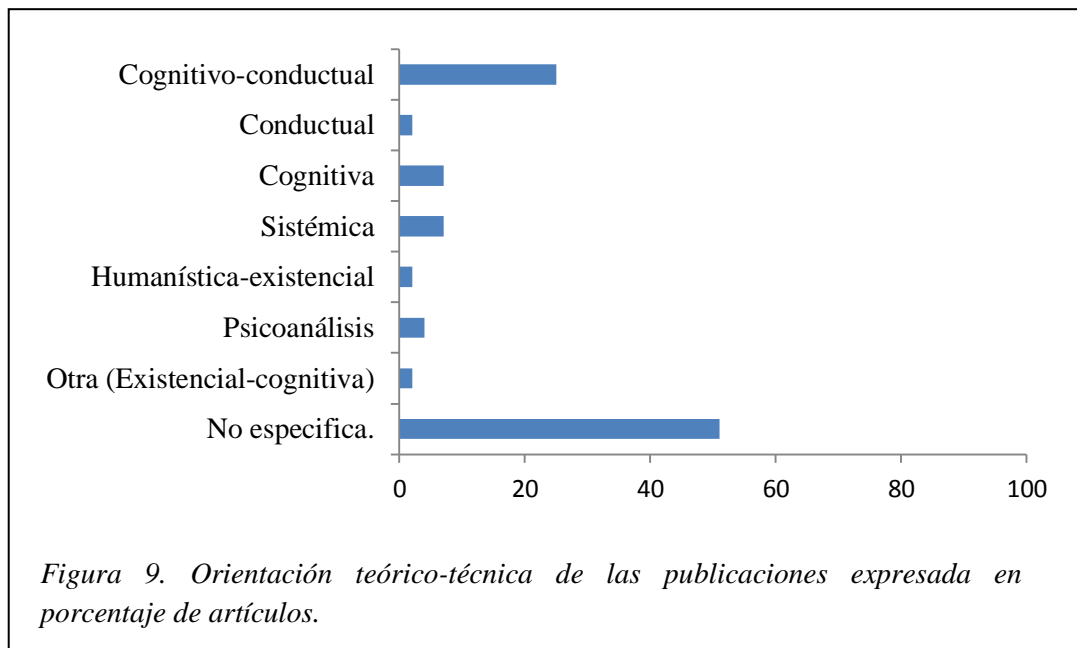
En similar dirección al equipo de salud, la escuela fue un destinatario al cual pocos artículos hicieron referencia. No obstante es relevante destacar dos intervenciones compartidas con los destinatarios paciente y familia: la *Psicoeducación* (9%) y la *Evaluación* (2%) (Figura 8). Otras de las intervenciones identificadas fueron las *Actividades de refuerzo pedagógico*.

Cabe destacar que se hallaron intervenciones psicológicas tanto dirigidas a los docentes, los colegas del paciente como a la institución en general.



Objetivo 2. Identificar en la literatura científica de los últimos quince años la formación teórico-técnica y los dispositivos asistenciales en los que trabajan los psicólogos en el área de psicooncología infanto-juvenil.

El 51% de los artículos no informó la orientación teórico-técnica. El porcentaje restante presentó una alta variabilidad en este sentido aunque con un alto predominio de orientaciones cognitivo-conductuales (Figura 9). En relación a los dispositivos asistenciales en los que trabajan los psicólogos en el área de la oncología infanto-juvenil, se observó que el 20% de los artículos no lo especificaron, un 40% aludió a que las intervenciones psicológicas eran implementadas por un profesional psicólogo que trabajaba individualmente en consultorio, un 7% por psicólogos que se desempeñaban en equipos interdisciplinarios, un 2% por psicólogos que trabajaban en conjunto con psiquiatras, y en un 31% de los artículos se describieron intervenciones psicológicas que eran implementadas por uno o varios miembros del equipo interdisciplinario sin distinción de la profesión de base (Figura 10).



Objetivo 3. Describir los objetivos terapéuticos buscados, las estrategias de intervención utilizadas, la formación teórico-técnica y los dispositivos asistenciales de los psicólogos que trabajan en el área de psicooncología infanto-juvenil en la ciudad de Mar del Plata.

Debido a las limitaciones derivadas del tamaño muestral descritas en el apartado de metodología, los resultados del objetivo 3 respecto a objetivos terapéuticos e intervenciones se presentan en conjunto con los del objetivo 4.

Objetivo 4. Analizar el grado de correspondencia entre las prácticas concretas de los psicólogos (objetivos terapéuticos, estrategias de intervención, formación teórico-técnica y dispositivos asistenciales) que trabajan en el área de psicooncología infanto-juvenil en la ciudad de Mar del Plata y el estado del conocimiento científico en esta área de trabajo.

La literatura científica (LC) y los profesionales entrevistados (PE) coincidieron en todos los destinatarios, a excepción de la escuela que no fue señalada por los profesionales de Mar del Plata.

Objetivos terapéuticos

Pacientes

Como puede observarse en la Figura 11 la mayoría de los objetivos terapéuticos señalados por los psicólogos de la ciudad de Mar del Plata entrevistados no coinciden con los que informa la literatura científica. Las principales disparidades son halladas respecto a: (a) Identificar e intervenir sobre secuelas neurocognitivas, (b) Analizar y fomentar estrategias de afrontamiento, (c) Identificar y reducir sintomatología física, (d) Informar, y (e) Mejorar la adaptación al entorno, y (f) Estimular la participación activa del paciente; los cuales estuvieron presentes en los artículos revisados pero no fueron señalados por los profesionales.

Asimismo, objetivos con poca frecuencia de aparición en la LC fueron destacados como utilizados por los dos profesionales entrevistados: (a) Identificar y responder a necesidades, (b) Establecer una fuerte alianza terapéutica, (c) Garantizar la continuidad del proceso educativo y (d) Adecuar la evaluación e intervención a la edad evolutiva del paciente.

En otro orden de cosas, se observó una mayor cantidad de objetivos terapéuticos descritos en las publicaciones (22) que explicitados por los profesionales entrevistados (14).

En contraposición hubieron dos objetivos en los que coincidieron: *Prevenir* y *Valorar e intervenir sobre impacto psicológico*.

Familia

De un total de 13 objetivos identificados en la LC, solo 8 de ellos fueron hallados en los PE. En ambos se destacan los objetivos *Analizar y fomentar estrategias de afrontamiento adaptativas* (40% en LC y 50% en PE), *Brindar orientación y apoyo psicosocial a la familia* (31% en LC y 50% en PE), *Valorar e intervenir sobre el impacto psicológico de la enfermedad y/o su tratamiento* (31% en LC y 50% en PE) (Figura 12).

Los objetivos que fueron señalados por la totalidad de los entrevistados fueron: *Garantizar seguridad familiar y la continuidad de los vínculos y los cuidados*, *Alentar a la familia para tomar un papel activo en el tratamiento*, *Identificar y responder a necesidades de la familia (físicas, psicológicas, educativas y sociales)* y *Colaborar con la adaptación familiar en el final de la vida*. Estos objetivos también estuvieron presentes en la LC aunque en menor medida (entre un 18% y un 22%) (Figura 12).

Los objetivos que no fueron nombrados por los PE fueron: *Prevenir*, *Fomentar la adherencia al tratamiento*, *Comprender y favorecer la elaboración de pensamientos y emociones* y *Obtener información de características, estructura y dinámica familiar* (Figura 12).

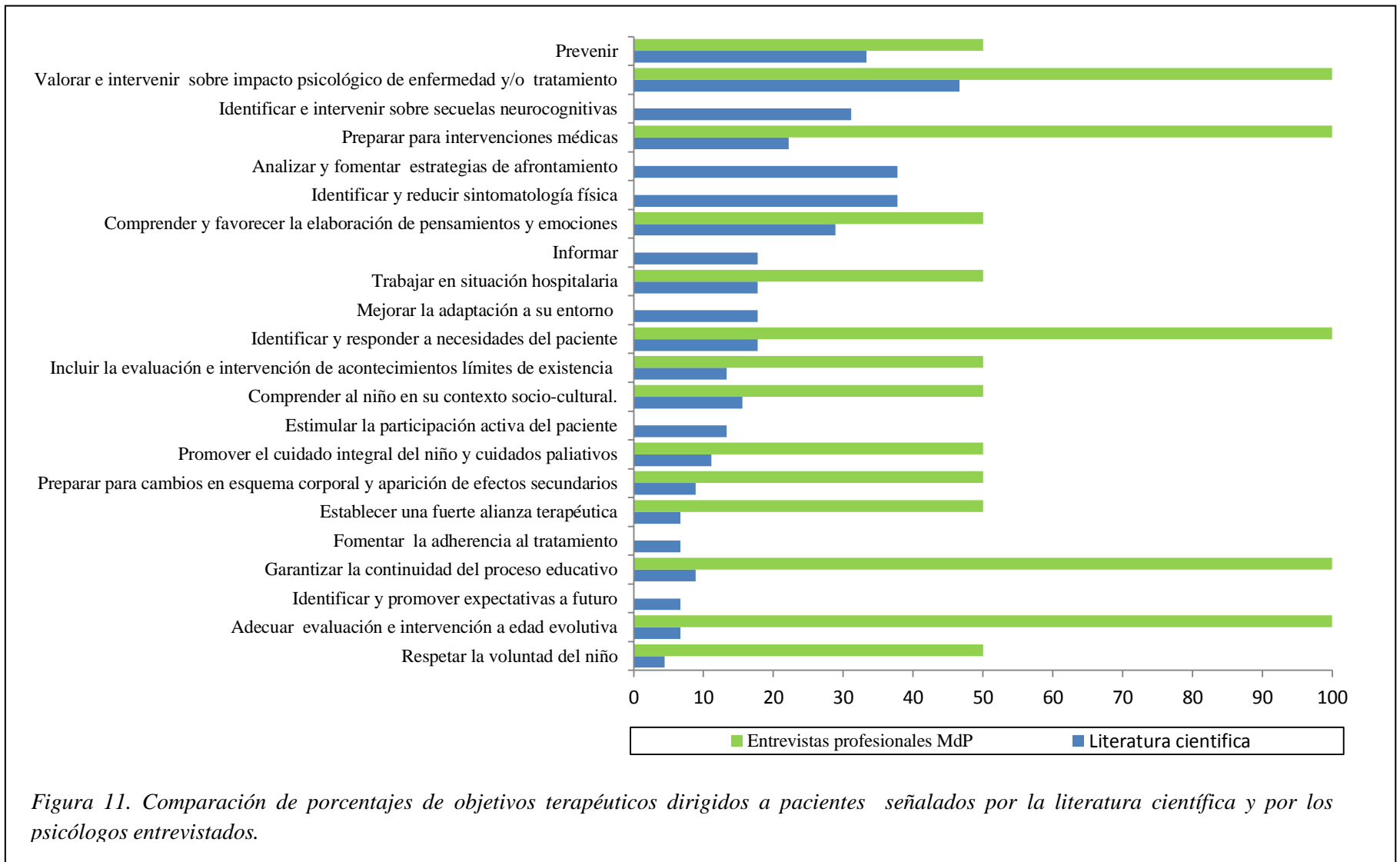
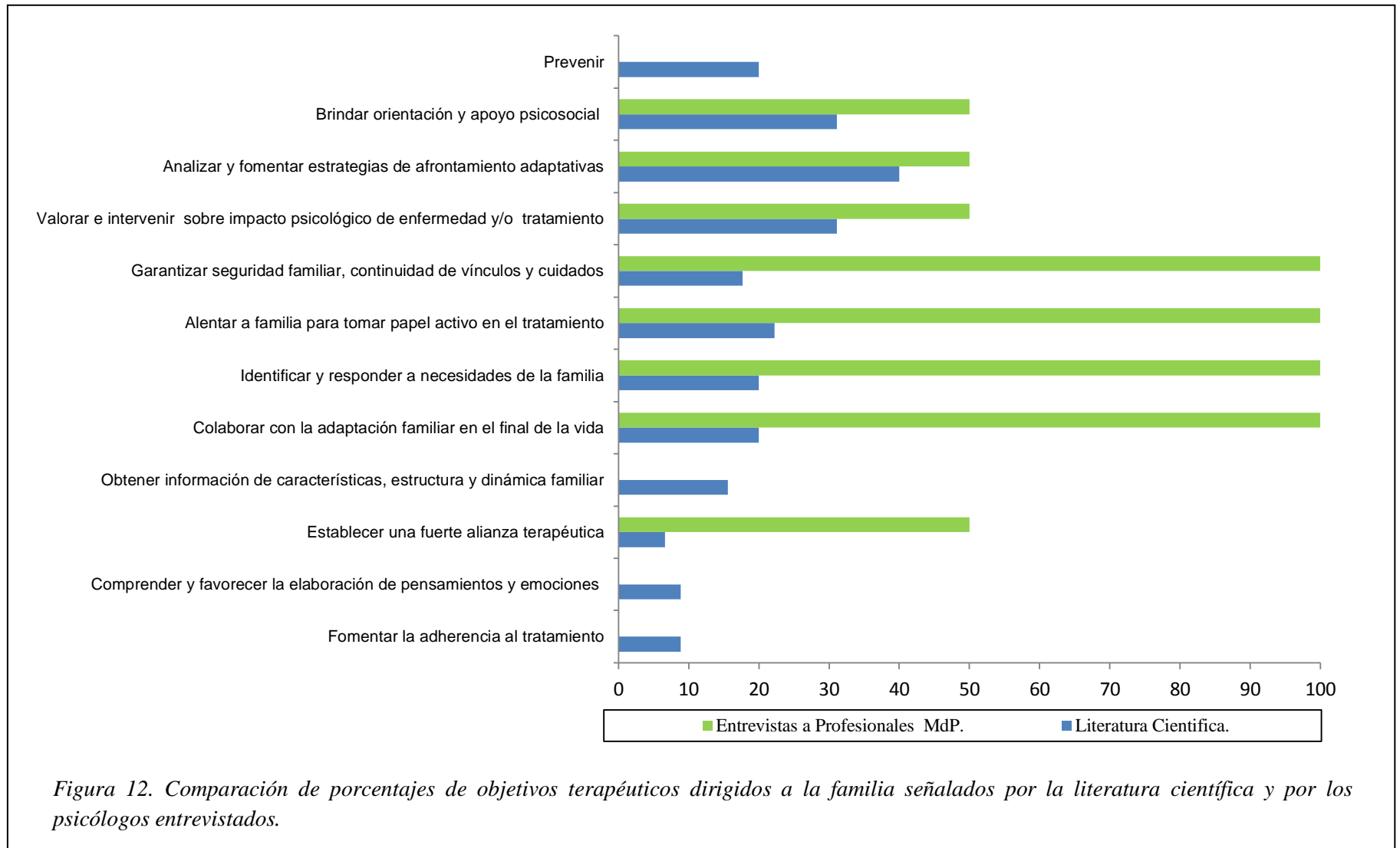
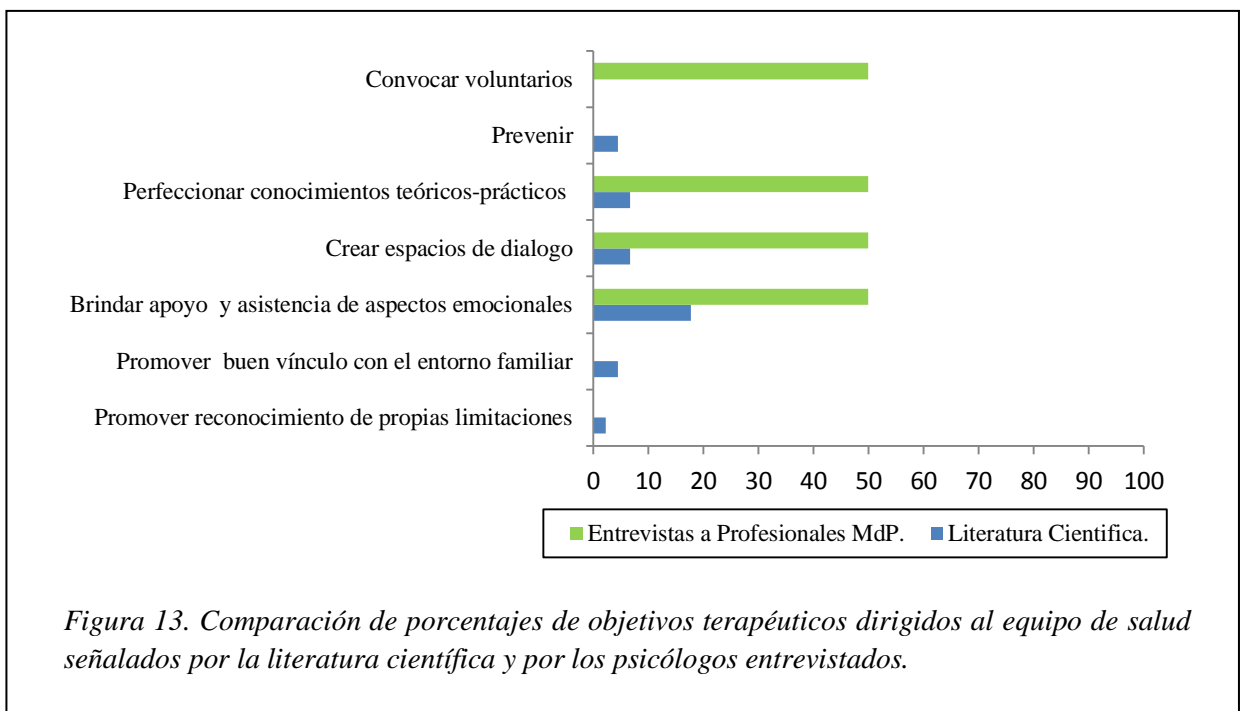


Figura 11. Comparación de porcentajes de objetivos terapéuticos dirigidos a pacientes señalados por la literatura científica y por los psicólogos entrevistados.



Equipo de salud

En similar dirección a lo observado en la LC, los entrevistados informaron una menor cantidad de objetivos terapéuticos dirigidos al equipo de salud que al resto de los destinatarios. Es notable que los profesionales no aludieron a la prevención y que hayan sumado un nuevo objetivo que fue *Convocar voluntarios* al equipo de trabajo. Los objetivos compartidos por la LC y los PE fueron en primer lugar *Brindar apoyo y asistencia de aspectos emocionales*, *Crear espacios de diálogo* y *Perfeccionar conocimientos teórico-prácticos*. No obstante cabe destacar que en el caso de la literatura científica los objetivos están destinados a todos los profesionales que componen del equipo de salud, y en el caso de los informados por el profesional, los objetivos son planteados puntualmente hacia los voluntarios (Figura 13).



Intervenciones Psicológicas

Paciente

En la LC se identificaron 17 intervenciones psicológicas mientras que en los PE solo señalaron 6. Una vez más consideramos que el tamaño muestral ha sido un sesgo importante en este sentido.

Las intervenciones destacadas en ambas fueron *Evaluación* (56% en LC y 100% en PE), *Aplicación de programas protocolizados para abordar situaciones específicas relacionadas con la enfermedad y/o el tratamiento* (29% en LC y 50% en PE), *Técnicas cognitivo-conductuales* (42% en LC y 50% en PE), *Intervenciones lúdicas* (42% en LC y 100% en PE) y *Apoyo/Acompañamiento* (22% en LC y 100% en PE). Diversas intervenciones estuvieron ausentes en las entrevistas, una de las más destacadas por la LC y no explicitada por los profesionales de Mar del Plata fue la *Psicoeducación* (Figura 14).

Familia

En la Figura 15 se visualiza la misma tendencia que con el destinatario anterior: una mayor cantidad de intervenciones psicológicas identificadas en la LC (16) en comparación con lo informado por los entrevistados (8). No obstante, a diferencia de lo que ocurrió con el destinatario paciente, la intervención más significativa compartida por ambas fuentes fue la *Psicoeducación* (44% en LC y 100% en PE). Asimismo se destacan otras tres intervenciones coincidentes: *Promoción de la expresión emocional*, *Acompañamiento/Apoyo* y *Entrenamiento en estrategias de afrontamiento*. Otro dato a tener en cuenta es que los profesionales entrevistados no aludieron a la *Evaluación* en el caso de la familia.

Equipo de salud

Al igual que ocurrió con los objetivos terapéuticos la cantidad de intervenciones fue menor. Se identificaron dos coincidencias entre la LC y los PE: la *Evaluación* y los *Cursos y programas de entrenamiento*. Por otra parte, la *Arteterapia* como estrategia de intervención con el equipo no fue señalada por los entrevistados. Asimismo los profesionales entrevistados informaron dos intervenciones que no estaban presentes en la literatura: la *Atención de aspectos espirituales* y el *Acompañamiento/Apoyo* del Equipo (Figura 16).

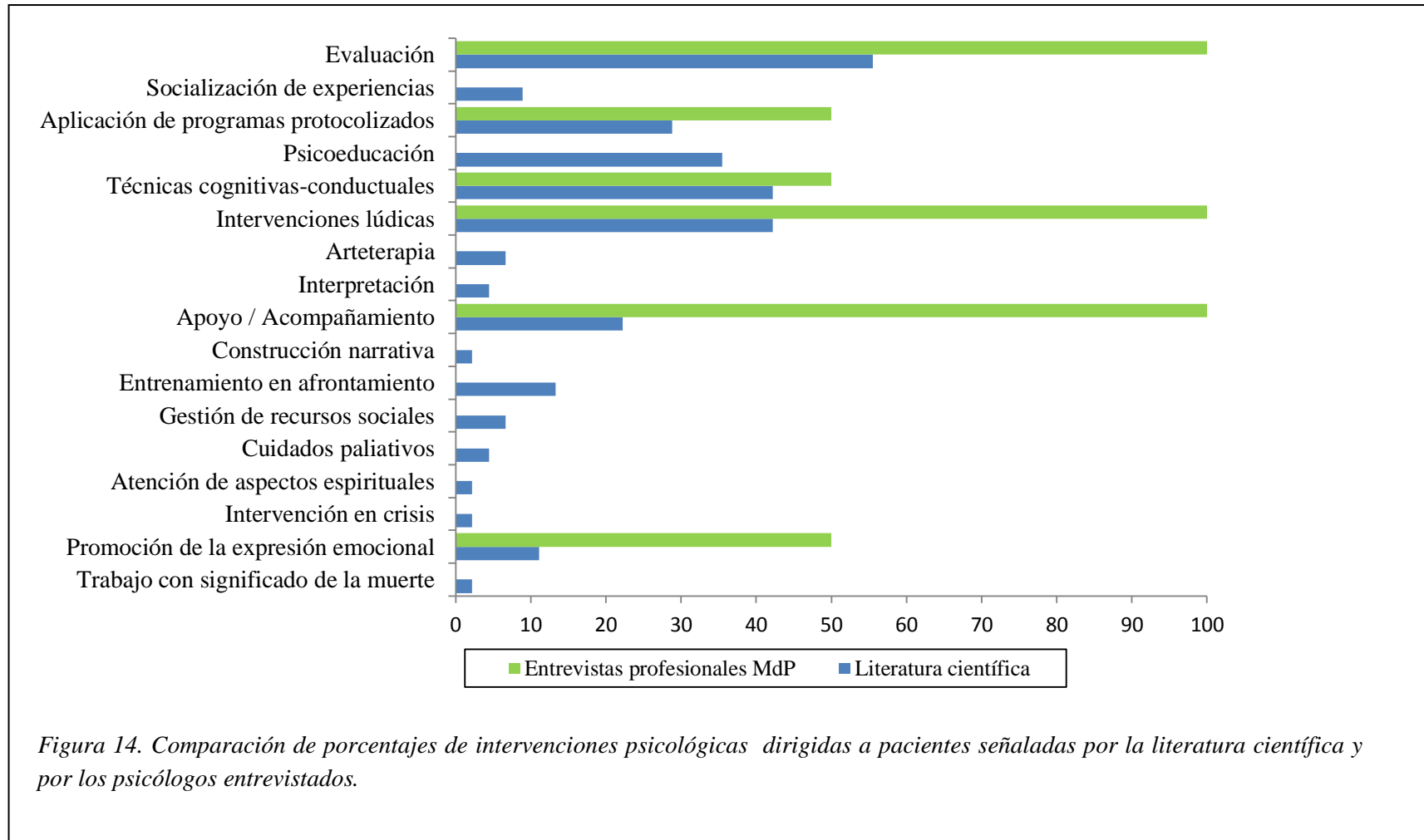
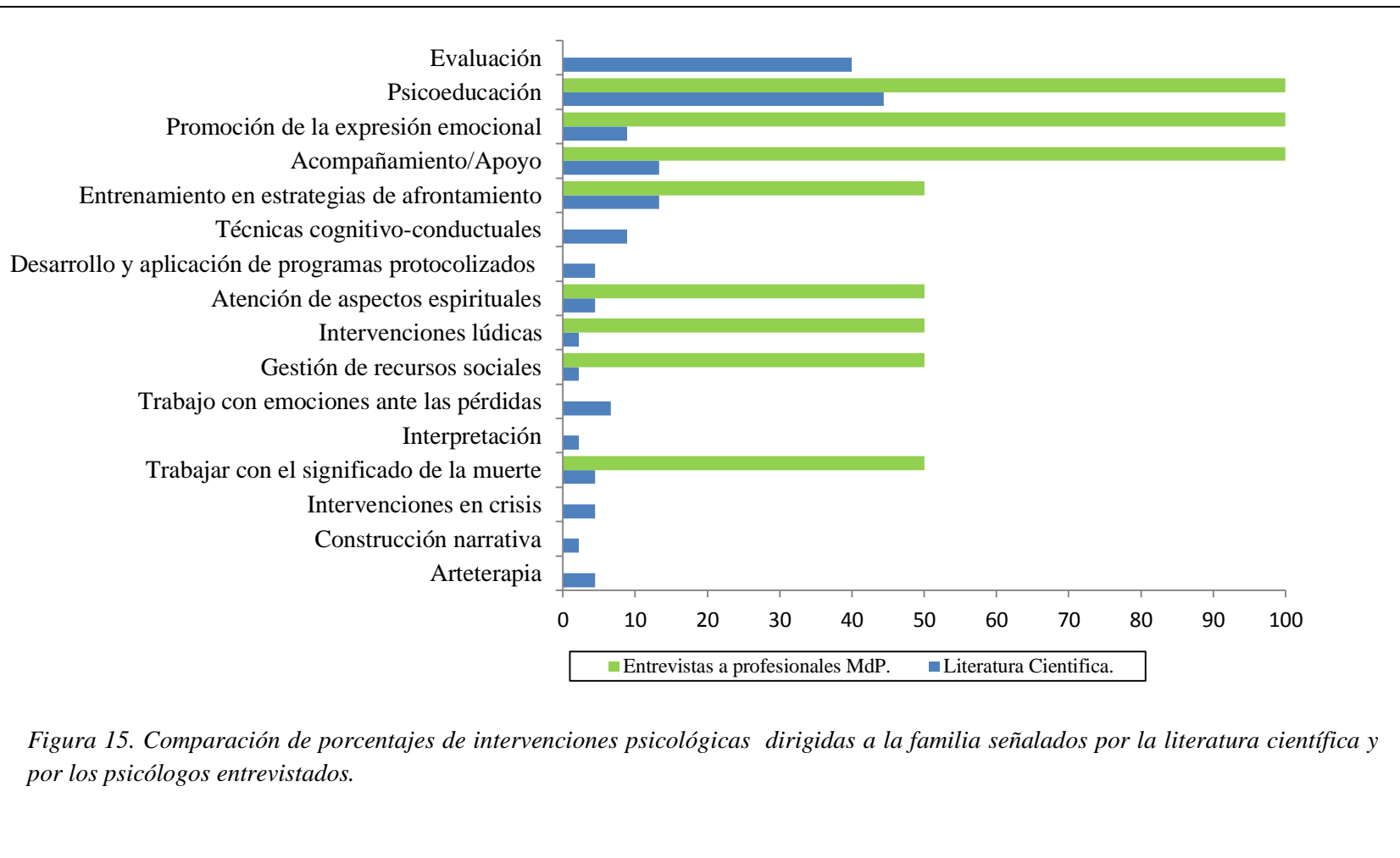
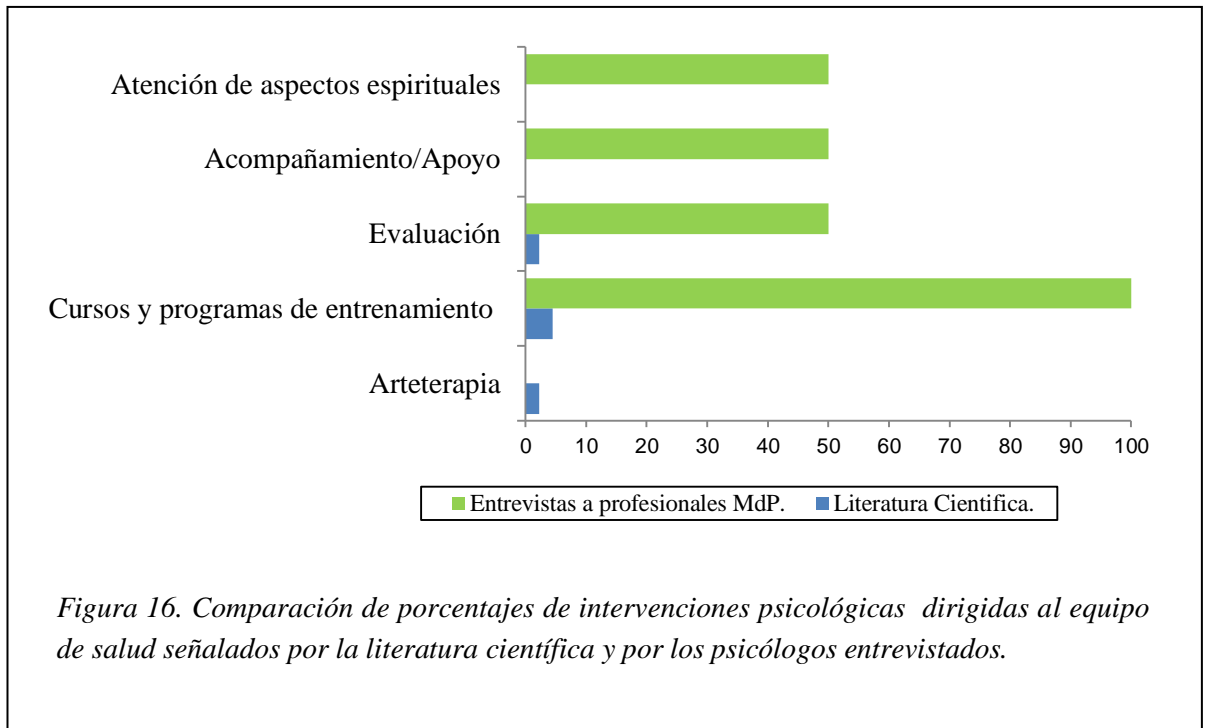


Figura 14. Comparación de porcentajes de intervenciones psicológicas dirigidas a pacientes señaladas por la literatura científica y por los psicólogos entrevistados.





Formación Teórico-Técnica

A continuación se detallan las características de la formación teórico-técnica y profesional de los psicólogos entrevistados.

Ambos profesionales realizaron formación de postgrado en el área de psicooncología (especializaciones y cursos de postgrado), y si bien informaron diferencias en los años de ejercicio profesional, los dos trabajaron en el área de la psicooncología infanto-juvenil durante aproximadamente 6 años. Una de ellos aún está en ejercicio y el otro profesional hace algunos meses que no está atendiendo pacientes pediátricos oncológicos. Asimismo señalaron que su actividad profesional no estuvo acotada a este campo de trabajo sino que por el contrario, la mayor cantidad de horas estaban dedicadas a la psicología clínica en general.

Los dos entrevistados informaron estar formados y desempeñarse dentro de un marco teórico cognitivo-conductual. Este dato es coincidente con lo hallado en la LC. Uno de ellos además señaló trabajar desde un marco integrativo.

Otro dato a considerar es que ninguno de los profesionales lee actualmente revistas científicas de Psicología o Psicooncología.

Dispositivos Asistenciales

En relación al trabajo en psicooncología infanto-juvenil ambos entrevistados informaron trabajo en equipos interdisciplinarios. Uno de ellos destacó que el psicólogo "importancia particular no tiene, todos somos iguales, la importancia en todo caso dependerá de cada caso en particular". En este sentido es coincidente con uno de los dispositivos hallado con mayor frecuencia en la LC, donde uno o varios miembros del equipo interdisciplinario llevan a cabo las intervenciones psicológicas.

Capítulo V: Discusión y Conclusiones

En la literatura científica revisada no se hallaron documentos basados en estudios empíricos controlados y se observó una escasa presencia de revisiones sistemáticas. Probablemente esta tendencia se explique por las características del campo de trabajo, donde la complejidad de la condición médica de los pacientes y los aspectos que impactan en su contexto, dificulta la posibilidad de controlar y evaluar variables psicosociales. Asimismo es un área de trabajo que implica enfrentarse cotidianamente a un alto impacto emocional que no todo científico o profesional desea o puede asumir. Motivos por los cuales la investigación en psicooncología infanto-juvenil aún constituye un área de vacancia a nivel nacional e internacional. De hecho no se hallaron publicaciones de autores argentinos que estuvieran indexadas en las bases de datos donde se realizó la búsqueda.

Otra conclusión del presente estudio ha sido que los objetivos terapéuticos y las intervenciones psicológicas no están dirigidas solamente al niño o adolescente con una enfermedad oncológica, sino que tanto en la literatura científica como en los profesionales entrevistados, se identificaron a la familia y al equipo de salud como otros dos legítimos destinatarios de la labor del psicólogo. Además, la literatura científica señala un cuarto destinatario: la escuela.

En esta dirección, es relevante destacar que los principales destinatarios -para quienes se halló un amplio repertorio de objetivos y de intervenciones psicológicas para alcanzarlos- fueron el paciente y su familia. No obstante, el cáncer infanto-juvenil impacta en todos los contextos del niño, por lo que se estima que el ámbito educativo al cual pertenece y los equipos de salud intervinientes, podrían enriquecerse a partir de los aportes de la psicología. Ninguno de los profesionales entrevistados señaló a la escuela como destinatario, y si se considera que los niños y adolescentes pasan gran parte de su día en la escuela, no incluirla implicaría dejar por fuera parte de la cotidianeidad en donde se desarrollan. Aún queda un campo inexplorado en este sentido, que invita al diseño e implementación de nuevas estrategias de intervención ajustadas a las necesidades de los implicados.

En relación a los objetivos terapéuticos es interesante señalar que *Prevenir* ha sido el más frecuente en la literatura científica y en las entrevistas, para la mayoría de los destinatarios. Se podría pensar que este hecho es parte de una tendencia observada en otras áreas de la psicología que demuestra un pasaje de modelos centrados en la patología a otros cuyo eje principal es la salud y los factores que promueven la salud psicosocial de las personas (Contini de González, 2006). Otro de los objetivos dirigido a pacientes y su familia con alta frecuencia de aparición en artículos científicos y en las entrevistas fue *Valorar e intervenir sobre impacto psicológico de enfermedad y/o tratamiento*.

En lo referido a las intervenciones psicológicas, en la literatura se halló una alta variabilidad de intervenciones en función de cada destinatario. Una mención especial es necesaria para la *Evaluación*, que estuvo presente en todos los destinatarios informados por los artículos y los entrevistados, con la única excepción de la evaluación de la familia en el caso de los profesionales de Mar del Plata que no la consideraron relevante. Evaluar nos permite conocer el estatus de salud mental, los recursos y los déficits neuropsicológicos, psicológicos y socio-vinculares del paciente o sus allegados para poder responder a las necesidades o prevenir futuras complicaciones, lo cual señala su importancia dentro del quehacer psicológico.

Respecto a la formación teórico-técnica hegemónica de quienes trabajan en este campo, no se pueden realizar afirmaciones concluyentes ya que más de la mitad de los artículos no lo informó. No obstante se puede aseverar que todos los marcos teórico-técnicos de referencia están representados en los artículos analizados, y que existe un predominio del uso de técnicas cognitivas-conductuales tanto en la literatura científica como en los profesionales de nuestra ciudad.

Finalmente es llamativo que -considerando las múltiples dimensiones biopsicosociales que involucran el diagnóstico, el tratamiento y seguimiento del niño y adolescente con cáncer- en la literatura científica las prácticas interdisciplinarias aún no sean la regla sino un modo de trabajo de solo un porcentaje de los profesionales psicólogos. En este punto, si bien los profesionales entrevistados

informaron trabajo en equipo, queda desdibujada la especificidad del rol del psicólogo, ya que como se describía en un alto porcentaje de artículos, las intervenciones psicológicas son implementadas por todo el equipo interdisciplinario sin distinción de la profesión de base de sus miembros.

En Mar del Plata son pocos los psicólogos que están especializados en este campo de trabajo, demostrando que la psicooncología pediátrica en nuestra ciudad es un área de vacancia y al mismo tiempo un desafío para los nuevos profesionales.

Finalmente, se concluye que existe un bajo grado de correspondencia entre las prácticas concretas de los psicólogos que trabajan en el área de psicooncología infanto-juvenil en la ciudad de Mar del Plata y el estado del conocimiento científico en el campo. En esta dirección, un dato importante es el hecho de que los profesionales informaron no acceder periódicamente a revistas científicas en el área, lo cual también explicaría parte de los hallazgos. De todas maneras, estos datos deben ser interpretados a la luz de una de las limitaciones de esta investigación, que ha sido el escaso número de entrevistas que se pudieron realizar, lo cual afecta la representatividad de la población bajo estudio.

Este trabajo pretendió ser un aporte de conocimientos sobre la actividad profesional del psicólogo dentro del área de psicooncología pediátrica, y una invitación a la reflexión sobre ellas, con el objetivo de que constituyan un estímulo para futuros estudios que permitan un abordaje cada vez más integral y responsable de esta población clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alameda, A. & Barbero, J. (2009). El duelo en padres del niño oncológico. *Psicooncología*, 6(2-3), 485-498. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220485A/15215>
- Almanza-Muñoz, J. (2001). Psicooncología: El abordaje psicosocial integral del paciente con cáncer. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 35-43. Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=15&id_seccion=&id_ejemplar=&id_articulo=564&pdfFile=Np01e-09.pdf&method=saveDataForDownload&motivo=4
- Almanza-Muñoz, J. & Holland, J. C. (2000). Psico-oncología: estado actual perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46(3), 196-206. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cancer/ca-2000/ca003k.pdf>
- Alvarado-Aguilar, S. & Ochoa-Carrillo, F. (2011). La Psicooncología sumando esfuerzos; un Compromiso. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 10(3), 121-122. Recuperado de http://www.smeo.org.mx/gaceta/2011/GAMOV10%20_3_2011.pdf
- Alvarado, S., Genovés, S., & Zapata, M. del R. (2009). La Psicooncología: Un Trabajo Transdisciplinario. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 4, 47-53. Recuperado de <http://incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541342.pdf>
- American Joint Committee on Cancer. (2012). *Etapas del cáncer*. Recuperado de <http://www.cancerstaging.org/staging/needtoknowspanish.pdf>
- Arbizu, J. P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 24(1), 173-178. Recuperado de <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5848/4736>
- Arranz Carrillo de Albornoz, P., Barbero Gutiérrez, J., Barreto Martín P., & Bayés, R. (1998). Intervención psicológica para paliar el sufrimiento al final de la

- vida. En M. González Barón (Ed.), *Tratado de medicina paliativa y de soporte en el enfermo con cáncer* (pp. 719-729). Madrid: Panamericana.
- Arvin, A., Behrman, R., Kliegman, R. & Nelson, W. E. (1997). Nelson: Tratado de pediatría. Madrid: McGraw- Hill Interamericana.
- Asociación Argentina de Oncología Clínica. (2014). *Psicooncología*. Recuperado de <http://aaoc.org.ar/pagina/psicooncologasa>
- Asociación Filantrópica por Amor a los Niños. (2013). *Historia institucional*. Recuperado de <http://www.poramoralosninos.org.ar/p/asociacion.html>
- Barahona, T., Cañete, A., Montero, M.L., & Castel, V. (2009). Consulta de seguimiento activo de supervivientes de cáncer pediátrico. *Psicooncología*, 6(2-3), 373-379. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220373A/15161>
- Barahona, T., Grau, C., Cañete, A., Sapiña, A., Castel, V., & Bernabeu, J. (2012). Rehabilitación neuropsicológica en niños con tumores del sistema nervioso central y leucemias irradiadas. *Psicooncología*, 9(1), 81-94. doi:10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39139
- Barbero Gutiérrez, J., Barreto Martín P., Arranz Carrillo de Albornoz, P., & Bayés Sopena, R. (1998). Intervención psicológica para paliar el sufrimiento al final de la vida. En M. González Barón (Ed.), *Tratado de medicina paliativa y de soporte en el enfermo con cáncer* (pp. 719-729). Madrid: Panamericana.
- Barbieri, N. B. (2011). Resiliencia en Familias con Cáncer: Integración Teórico-Práctica. Buenos Aires, Argentina: Curso virtual interdisciplinario a distancia Salud Mental, Psicología y Psicopatología del niño, el adolescente y su familia. Recuperado de <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/final0501.pdf>
- Barbosa, R. J. (2005). *Oncologia Infantil e Resiliência: um enfoque na saúde*. Estudio vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicologia Hospitalar. Centro de Ciências Humanas. Curso Psicologia. Bauru: Universidade Sagrado Coração. Recuperado de <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/RenataBarbosa.pdf>
- Barcia, T., Bassi, P., Buera Tesio, E., Canteruccio, A., Cattenazzi L., Lopez, E., Marredo, M., Masjuan, G., Markiewicz, J., Parenti, F., Prychodzko C., & Vico, C. (2006). Red de atención integral del paciente oncológico [Resumen].

- Revista Argentina de Cancerología*, 24(2), 150. Recuperado de http://www.socargcancer.org.ar/revistas/cancerologiarevista2006_02.pdf
- Barr, R.D. (2001). El adolescente con cáncer. *European Journal of Cancer*, 2, 30-37. Recuperado de <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/ejc2002/1/30-37.pdf>
- Barriga, F. (1991). Introducción a la oncología pediátrica. En J. Meneghello, E. Fanta, E. Paris & J. Rosselot (Eds.), *Pediatría* (pp. 1304-1308). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Barriga, F. & Las Heras, J. (1991). Tumores sólidos en la infancia. En J. Meneghello, E. Fanta, E. Paris & J. Rosselot (Eds.), *Pediatría* (pp. 1332-1339). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Barroilhet Diez, S., Forjaz, M. J., & Garrido Landivar, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas españolas de psiquiatría*, 33(6), 390-397. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=1446457>
- Basauri, L. & Las Heras, J. (1991). En J. Meneghello, E. Fanta, E. Paris & J. Rosselot (Eds.), *Pediatría* (pp. 1339-1343). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Bayés, R. (1999). La psicooncología en España. *Revista de Medicina Clínica*, 113, 273-277. Recuperado de <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=2808>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146. Recuperada de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2265115>
- Benedito Monleón, M. C., López Andreu, J. A., Serra Estellés, I., Harto Castaño, M. A., Gisbert Aguilar, J., Mulas Delgado, F., & Ferrís i Tortajada, J. (2000). Secuelas psicológicas en los supervivientes a largo plazo del cáncer. *Anales españoles de pediatría*, 53(6), 553-560. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13048&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=37&ty=52&accion=L&origen=actasdermo&web=http://www.actasdermo.org&lan=es&fichero=37v53n06a00408pdf001.pdf

- Bernabeu Verdu, J., Cañete, A., Fournier, C., López, B., Barahona, T., Grau, C., Tórtola, A., Badal, M^a D., Álvarez, J. A., Suárez, J.M., & Castel Sánchez, V. (2003). Evaluación y rehabilitación neuropsicológica en oncología pediátrica. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 0(1), 117-134. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0303110117A/16422>
- Bernabeu, J., Fournier, C., García-Cuenca, E., Moran, M., Plasencia, M., Prades, O., Celma, M.A., & Cañete, A. (2009). Atención interdisciplinar a las secuelas de la enfermedad y/o tratamientos en oncología pediátrica. *Psicooncología*, 6(2-3), 381-411. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=638394>
- Bernabeu Verdu J., López Luengo B., Fournier del Castillo C., Cañete Nieto A., Suarez Rodríguez J., & Castel Sánchez V. (2004). Aplicación del Attention Process Training dentro de un proyecto de intervención en procesos atencionales en niños con cáncer. *Revista de Neurología*, 38(5), 482-6. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3805/q050482.pdf>
- Bragado, C. (2009). Funcionamiento psicosocial e intervenciones psicológicas en niños con cáncer. *Psicooncología*, 6(2-3) 327-341. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220327B>
- Bragado, C., Hernández-Lloreda, M. J., Sánchez-Bernardos, M. L., & Urbano, S. (2008). Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. *Psicothema*, 20(3), 413-419. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3501.pdf>
- Bragado-Álvarez, C. (2010). Ajuste psicológico y resiliencia en niños y adolescentes con cáncer. *Infocop*, 47, 37-39. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2793
- Bregazzi de Quiroga, C. (2004). Samurai Jack y su lucha contra el monstruo: apuntes sobre el abordaje terapéutico de un niño de 5 años afectado de una enfermedad oncológica. *Revista de la asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 26(2), 449-469. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILAC
S&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=404733&indexSearch=ID

- Bursch, B. & Stuber, M. (2006). Pediatría. En J.L. Levenson, (Ed.), *Tratado de Medicina Psicosomática* (pp. 785-810). Barcelona: Ars Médica.
- Carvalho, M. A. & Urbani, S. (2007). Experiencia de la unidad de psicooncología del servicio de radioterapia y medicina nuclear. *Revista Venezolana de Oncología*, 19(2). Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s0798-05822007000200011&script=sci_arttext
- Casanova, E. L., Kleiman, S., & Romero, H. (2001). Clínica psicoanalítica de familia con niños: enfermedad oncológica y vínculos en un enfoque interdisciplinario. *Psicoanálisis: Revista de la asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 23(3), 551-564. Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/032001casanova.pdf>
- Castro Correa, A., Donado, C., & Kruizena, S.A. (2005). Comprensión de la experiencia de ansiedad en padres ante el diagnóstico de cáncer de un hijo(a) según la psicología existencial. *Psicología desde el Caribe: revista del Programa de Psicología de la Universidad del Norte*, (16), 178-197. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21301607>
- Casalod Royo, E. M. (2013). La Psico-Oncología. Boletín Oncológico del área sanitaria de Teruel. Recuperado de http://www.boloncol.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=108
- Casullo, M. M. (1996). Evaluación psicológica: los modelos posibles. En: M. M. Casullo, *Evaluación psicológica y psicodiagnóstico* (pp. 12-28). Buenos Aires: Catálogos.
- Casullo, M. M. (1999). La evaluación psicológica: Modelos, técnicas y contexto sociocultural. *RIDEP*, 1, 97-113. Recuperado de http://aidep.org/03_ridep/R07/R077.pdf
- Celma, A. (2009). Psicooncología infantil y adolescente. *Psicooncología*, 6(2-3), 285-290. Recuperado de <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0909220285A.PDF>

- Collette, N. (2011). Arteterapia y cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 81-99. doi: 10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.7
- Contini de González, E.N. (2006). El paradigma salugénico: un nuevo modo de analizar el comportamiento adolescente. En E.N. Contini de González (Comp.), *Pensar la adolescencia hoy. De la psicopatología al bienestar psicológico* (pp. 21-34). Buenos Aires: Paidós.
- Chiozza, L. (2010). *Cáncer ¿Por qué a mí, por qué ahora?* Buenos Aires: Editorial Zorzal.
- Crist, W. M. (1997). Sarcomas de tejidos blandos. En R. Behrman, R. Kliegman & A. Arvin (Eds.), *Nelson: Tratado de pediatría* (pp. 1828-1831). Madrid: McGraw- Hill Interamericana.
- Crist, W. M. & Heslop, H. (1997). Principios del diagnóstico. En R. Behrman, R. Kliegman & A. Arvin (Eds.), *Nelson: Tratado de pediatría* (pp. 1806-1808). Madrid: McGraw- Hill Interamericana.
- Crist, W. M. & Pui, C. (1997). Leucemias. En R. Behrman, R. Kliegman & A. Arvin, *Nelson: Tratado de pediatría* (pp. 1813-1819). Madrid: McGraw- Hill Interamericana.
- Cruzado, J.A. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 0(1), 9-19. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0303110009A>
- Del Rincón, C., Martino, R., Catá, E., & Montalvo, G. (2008). Cuidados paliativos pediátricos. El afrontamiento de la muerte en el niño oncológico. *Psicooncología*, 5(2-3), 425-437. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220425A/15448>
- Díaz Atienza, J. (2012). Introducción a la psicooncología pediátrica. *Psiquiatría infantil*. Recuperado de <http://www.paidopsiquiatria.com/trabajos/onco.pdf>
- Die Trill, M. (2003a). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología*, 1, 39-48. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0303110039A>
- Die Trill, M. (2003b). La formación en Psico-Oncología. En M. Die Trill (Ed), *Psico-Oncología* (pp. 727-737). Madrid: Ades.

- Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Presidencia de la Nación Argentina (2011). Estadísticas Vitales. Buenos Aires: Autor. Recuperado de <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro54.pdf>
- Durá, E. & Ibañez, E. (2000). Psicología Oncológica: perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *Psicología, Saúde & Doenças*, 1(1), 27-43. Recuperado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a04.pdf>
- Espada, M. del C. & Grau, C. (2012). Percepciones de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares. *Psicooncología*, 9, 125-136. Recuperado de: DOI: 10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39142
- Espada, M.C, Grau, C., & Fortes, M.C. (2010) Enseñar estrategias de afrontamiento a padres de niños con cáncer a través de un cortometraje. *Anales sistemas sanitarios de navarra*, 33 (3), 259-269. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272010000400002>
- Estepé, T. (2004). El Perfil del Psico-Oncólogo. *Psicooncología*, 1(2-3), 291-292. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120291A/16299>
- Federación de Sociedades de Cancerología de América del Sur (2013). *Historia*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de <http://fescas.com/historia.php>
- Federación Española de Padres de Niños con Cáncer. (2009). *Intervención psicosocial en adolescentes con cáncer*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de <http://www.cancerinfantil.org/wp-content/uploads/2011/03/Libro-Interv.Psicosocial-en-Adolescentes-C%C3%A1ncer-FEPNC.pdf>
- Fernández, B., Llorens, A., Arcos, L., García, R., Zabalza, A., & Jorge, V. (2009). Calidad de vida y estado de salud en niños y en adolescentes supervivientes de cáncer. *Psicooncología*, 6(2-3), 459-468. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3113874>
- Fernández-Plaza, S. (2008). Tratamiento del cáncer en Pediatría. *Pediatría Integral*, 7(7), 703-712. Recuperado de

http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Tratamiento_cancer_pediatria.pdf

Ferris i Tortajada, J., García i Castell, J., Alonso López Andreu, J., & Pellicer Porres, C. (1999). Factores genéticos asociados a cánceres pediátricos. *Anales Españoles de Pediatría*, 50, 4-13. Recuperado de <http://www.pehsu.org/cancer/cancer.htm>

Fiorentino, M.T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-113. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0121-43812008000100007&script=sci_arttext

Fundación Natalí Dafne Flexer. (2010). *Tipos de cáncer infantil*. Recuperado de <http://www.fundacionflexer.org/tipos-de-cancer-infantil.html>

García-Conde, A., Ibáñez, E., & Durá, E. (2008). Análisis del contenido de la revista Psycho-Oncology el desarrollo de la investigación en Psicooncología. *Boletín de Psicología*, 92, 81-113. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N92-5.pdf>

Gatto, M. E. & Marino, A. (2012). Historia de la Psico-oncología en el Hospital de Oncología “Maria Curie” de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de http://www.psicooncologia.org/psicomundo.php?_pagi_pg=10

Gil, F., Novellas, A., Barbero, E., Hollenstein, M. F., & Maté, J. (2004). Modelo de atención psico-social en Oncología: standards. *Psicooncología*, 1(1), 179-184. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1705541&orden=1&info=link>

Gonçalves Giménez, M. G., & Barros Petrilli, T. (2013). Barreiras psicológicas para a prevenção do câncer: a contribuicao da paico-oncologia. En R. Caponero & A. Malzyner (Eds.), *Câncer e prevenção* (75-85). Ciudad editorial: MG Editores

González Arratia, N. I., Nieto, D., & Valdez, J. L. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 113-123. doi: 10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.9

González Gutiérrez, O., Fonseca Fonseca, J. C., & Jiménez Jordán, L. C. (2006). El cáncer como metáfora de muerte o como opción para resignificar la vida:

- narrativas en la construcción de la experiencia familiar y su relación con el afrontamiento del cáncer de un hijo menor de edad. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 2(2), 259-277. Recuperado de http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_4/vol.2no.2/articulo_6.pdf
- González Hernández, Y. R. (2006). Depresión en niños y niñas con cáncer. *Actualidades en Psicología*, 20(107), 22-44. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1332/133212642002.pdf>
- González Romo, R. A., Martínez, M. R., & Cano Rodríguez, C. C. (2009). Los colores que hay en mí: una experiencia de arte-terapia en pacientes oncológicos infantiles y cuidadores primarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(1), 77-93. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29214106.pdf>
- Grau Rubio, C. (2002). Impacto Psicosocial del cáncer infantil en la familia. *Educación, Desarrollo y Diversidad*, 5(2), 67-87. Recuperado de http://www.pedagogiahospitalaria.net/doc/recursos_005.pdf
- Grau, C., Espada, M. C., & Fortes, M. C. (2010). Relaciones padres-médicos en oncología: un enfoque cualitativo. *Anales Sistema Sanitario de Navarra*, 33(3), 277-285. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33n3/original3.pdf>
- Grau Rubio, C. & Fortes del Valle, M.C. (2001a). Avances y dificultades en la intervención psicopedagógica en niños diagnosticados de cáncer. Atención educativa a la diversidad en el nuevo milenio: XVIII Jornadas de Universidades y Educación Especial, 10, 641-648. Recuperado de <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/11084/1/CC-63%20art%2049.pdf>
- Grau Rubio, C. & Fortes del Valle, M.C. (2001b). El modelo de programas en la intervención psicopedagógica en niños diagnosticados de cáncer. Atención educativa a la diversidad en el nuevo milenio: XVIII Jornadas de Universidades y Educación Especial, 10, 649-658. Recuperado de <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/11086/1/CC-63%20art%2050.pdf>
- Grotberg, E. (1996). *Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano*. Recuperado de

http://www.bernardvanleer.org/Guia_de_promocion_de_la_resiliencia_en_los_ninos_para_fortalecer_el_espiritu_humano

- Guana Vásquez, A. L. (2011). Factores psicosociales en familias de niños con cáncer: abordaje desde la Psicooncología Pediátrica en Colombia. En L. A. Oblitas Guadapule & X. Palacios Espinosa (Eds.), *Psicooncología: intervención psicológica en el cáncer*. Bogotá: división de PSICOM Ltda.
- Haro, L. M., Mondéjar, R., Muñoz, M. M., Molina, M. J., Olaverri, A., & Santiago, J.A. (2013). Tratamiento psicológico de las náuseas y vómitos anticipatorios inducidos por quimioterapia o radioterapia. *Psicooncología*, 10 (2-3), 289-298. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43450
- Hernández, M. (2007). Sociedad Española de Psico-oncología: III Congreso Nacional. "El cáncer y la palabra". Bilbao, 17-20 de Octubre de 2007. *Psicooncología*, 4(2-3), 225-227. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220523A/15698>
- Hernández, S., López. C., & Durá, E. (2009). Indicadores de alteraciones emocionales y conductuales en menores oncológicos. *Psicooncología*, 6(2-3), 311-325. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220311A/15128>
- Hernández Núñez-Polo, M., Lorenzo González, R., Catá del Palacio, E., López Cabrera, A., Martino Albab, R., Madero López, L., & Pérez Martínez, A. (2009). Hablar de la muerte al final de la vida: el niño con cáncer en fase terminal. *Anales de Pediatría*, 71(5), 419-426. Recuperado de http://ac.els-cdn.com/S1695403309004755/1-s2.0-S1695403309004755-main.pdf?_tid=7b235062-a628-11e3-bb5c-00000aab0f27&acdnat=1394218034_fb43ab69a1897349b1ccce56117812e7
- Hernández Núñez-Polo, M. & Nacif, L. (2009). Impacto emocional: cáncer infantil – inmigración. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 6(2-3), 445-457. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220445A>
- Holland, J. C. & Murillo, M. (2003). Historia internacional de la Psico-oncología. En M. Die Trill (Ed.), *Psico-oncología* (pp. 21-40). Madrid: Ades.

- Hudson, M. M. (1997). Linfoma. En R. Behrman, R. Kliegman & A. Arvin (Eds.), *Nelson: Tratado de pediatría* (pp. 1819-1823). Madrid: McGraw- Hill Interamericana.
- Huerta Ramirez, Y. & López Peñaloza, J. (2012). Recursos espirituales y cáncer infantil. *Uaricha Revista de Psicología (Nueva época)*, 9(19), 20-33. Recuperado de http://www.revistauaricha.org/Articulos/uaricha_0919_020-033.pdf
- Ibáñez, E. (2007). Editorial Psico-oncología (2007). *Psicooncología*, 4(2-3), 225-227. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220225A/15706>
- Ibáñez, E. & Baquero, A. (2009). Beneficio del Apoyo Psicosocial a la calidad de vida de niños y niñas enfermos de cáncer: una revisión sistemática cualitativa. *Revista colombiana de enfermería*, 4, 1-21. Recuperado de http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen4/beneficio_apoyo_psicosocial_calidad_vida_ninos_ninas_enfermos_cancer.pdf
- Ibáñez, E. & Soriano, J. (2008). Intervención psicológica en enfermos de cáncer: planteamientos del Presente, Deseos del futuro. *Análisis y modificación de conducta*, 35(150-151), 259-290. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/3368/b15328442.pdf?sequence=1>
- Ibáñez Guerra, E. (2004). El papel de psicólogo en los planes nacionales. *Boletín de psicología*, 82, 7-24. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N82-1.pdf>
- Instituto de Inmuno oncología Ernesto J. V. Crescenti. (2013). *Sección de Psicooncología*. Recuperado de <http://www.crescenti.com.ar/tratamiento/servicio-de-psicooncologia/>
- Instituto de Oncología Angel H. Roffo de la Universidad de Buenos Aires. (2012). *Pautas en Oncología*. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer. Recuperado de <http://www.institutoroffo.com.ar/Pautas/PAUTASONCO2012.pdf>

Instituto Nacional de Cáncer. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina (2012 a). *Cáncer infantil*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cancer.htm>

Instituto Nacional de Cáncer. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina (2012 b). *Análisis de la situación del cáncer en Argentina*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/inc/ciudadanos_cinfantil.php

Instituto Nacional de Cáncer. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina (2012 c). *Bases de datos de Globocan – Argentina*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/acerca-del-cancer/estadisticas>

Instituto Nacional de Cáncer. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina (2012 d). *Tipos de cáncer*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/childhoodbraintumors.html>

Instituto Nacional de Cáncer. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina (2012 e). *Estatificación*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/deteccion-diagnostico/estadificacion>

Instituto Nacional de Cáncer. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. (2012f). *Tipos de tratamientos*. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos-de-tratamiento>

Instituto Nacional de Cáncer. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. (2012g). *Investigación sobre la prevención y detección del cáncer*. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/instituto/investigacion/prevencion-deteccion>

Instituto Nacional de Cáncer. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. (2012h). *Factores de riesgo y prevención*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/acerca-del-cancer/el-cancer-/factores-de-riesgo-y-prevencion>

Instituto Nacional de Cáncer. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina (2012 i). *Nuestro Instituto*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/instituto>

- Instituto Nacional de Cáncer. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina (2013j). *Institucional*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/institucional/ique-es-el-inc/acerca-del-inc>
- Knave, B. (1998). Radiaciones no ionizantes: Campos eléctricos y magnéticos y consecuencias para la salud. En J. M. Stellman. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Subdirección General de Publicaciones
- Kern de Castro, E., & Moreno-Jiménez, B. (2007). Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. *Psicología em Estudo*, 12(1), 81-86. DOI: 10.1590/S1413-73722007000100010
- Lanzarote Fernández, M. D. & Torrado Val, E. (2009). Orientación y psicoterapia familiar con niños y adolescentes con enfermedad crónica. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 457-471. Recuperado de <http://bddoc.csic.es:8080/detalles.html?tabla=docu&bd=ISOC&id=617135>
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- López-Almaraz, R. (2007). Detección y derivación precoz de niños con sospecha de cáncer. *Dialnet*, 31(1), 7-22. Recuperado de <http://www.scptfe.com/inic/download.php?idfichero=119>
- López-Ibor, B. (2009). Aspectos médicos, psicológicos y sociales del cáncer. *Psicooncología*, 6(2/3), 281-284. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220281A>
- Lugo, M., Alizo, J., Martínez, D., & Sojo, V. (2006). Pacientes oncológicos con diagnóstico reciente: Valoración e intervención sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida a través de un programa preventivo de intervención. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 52(106), 23-31. Recuperado de <http://www.svp.org.ve/images/at452.pdf>
- Llantá Abreu, M. del C., Grau Abalo, J., & Massip Pérez, C. (2012). La Psicología de la salud y la lucha contra el cáncer. *Revista cubana de Salud Pública*. Recuperado de <http://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/instituto-nacional-de-oncologia-y-radiobiologia/>

- Llorens, À., Mirapeix, R., & López-Fando, T. (2009). Hermanos de niños con cáncer: Resultado de una intervención psicoterapéutica. *Psicooncología*, 6(2-3), 469-483. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220469A/15207>
- Martino, R. F., Fillol, A., Del Rincón, C., & Catá, E. (2009). A propósito de un caso: "construyendo realidades: fallecer en casa". *Psicooncología*, 6(2-3), 499-506. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220499A/15221>
- Medín, G. (2009). Supervivientes de cáncer infantil. Efectos en el tiempo. Un estudio cualitativo. *Psicooncología*, 6(2-3), 429-443. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3113861>
- Medina Coello, X. & Alvarado Aguilar, S. (2011). Psicooncología: una respuesta al malestar emocional del paciente oncológico. *Revista médica Científica del Hospital José Carrasco Artega del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social HJCA*, 3(2), 190-196. Recuperado de <http://www.uroclinic.com.ec/articulos-medicos/29-psicooncologia-una-respuesta-al-malestar-emocional-del-paciente-oncologico.html>
- Méndez, J. (2005). Psicooncología infantil: situación actual y líneas de desarrollo futuras. *Psicooncología*, 10(1), 33-52. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1088469>
- Méndez, X., Orgilés, M., López-Roig, S., & Espada, P.J. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*, 1(1), 139-154. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404110139A>
- Méndez Venegas, J. (2000). Psicooncología pediátrica. *Acta de pediatría de México*, 21(3), 59-60. Recuperado de <http://www.imbiomed.com/1/1/descarga.php?archivo=Ap003-01.pdf>
- Méndez Venegas, J. (2005). Intervención emocional y conductual para el niño con cáncer y su familia. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 4(3), 60-64. Recuperado de <http://www.smeo.org.mx/gaceta/2005/GAMOV43mayo-junio2005.pdf#page=14>
- Menossi, M. J., Lima, R., Garcia, A., & Corrêa, A. K. (2008). Dolor y reto de la interdisciplinariedad frente al cuidado del niño. *Revista latinoamericana de*

- enfermería*, 16(3), 489-494. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000300025&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- Meyer, W. (1997). Tumores óseos. En R. Behrman, R. Kliegman & A. Arvin (Eds.), *Nelson: Tratado de pediatría* (pp. 1831-1834). Madrid: McGraw- Hill Interamericana.
- Middleton, J. (2002). Psico-oncología en el siglo XXI. *Revista Actualidad Psicológica*, (298). Recuperado de <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/psicooncologia.pdf>
- Middleton, J. (2011). El lugar existencial del paciente oncológico. *Revista Actualidad Psicológica*, (398), 25-27. Recuperado de <http://www.jennifermiddleton.cl/#lugarexistencial>
- Mikulic, I. M. (2007). La evaluación psicológica y el análisis ecoevaluativo. Ficha de cátedra Facultad de Buenos Aires, 1, 1-56. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/059_psicometricas1/tecnicas_psicometricas/archivos/fl.pdf
- Moscoso, M. (2010). Impacto del estrés crónico en la salud del individuo: avances en Psico-oncología. *Revista Peruana de Psicología*, 9, 87-99. Recuperado de <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rppsi/v9n1/a08v9n1.pdf>
- Murillo, M. & Alarcón Prada, A. (2006). Tratamientos psicósomáticos en el paciente con cáncer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 92-111. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502006000500007&script=sci_arttext
- Newell, J. R. (1988). Epidemiología del cáncer. En T. Vincent, V. T. DeVita, S. Hellman & S. A. Rosenberg. (Eds.), *Cáncer: Principios y práctica de oncología* (pp. 142-159). Barcelona: Salvat.
- Noel, G. (2001). Participación de la familia en la adaptación de niños y adolescentes que sobreviven al cáncer. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 11(1), 71-89. Recuperado de: http://www.medic.ula.ve/cip/docs/sobreviven_cancer.pdf

- Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). Panorama de la Psicología de la Salud. *Revista Psicología Científica.com*, 10(1). Recuperado de <http://www.psicologiaincientifica.com/psicologia-de-la-salud-panorama>
- Oblitas Guadalupe, L. A. & Palacios Espinosa, X. (2011). Factores psicosociales en familias de niños con cáncer: abordaje desde la Psicooncología. En A.L. Oblitas Guadalupe & X. Palacios Espinosa (Eds.), *Psicooncología Intervención psicológica en el cáncer*. Bogotá: PSICOM Editores.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Cáncer infantil a nivel mundial*. Recuperado de <http://censia.salud.gob.mx/contenidos/cancer/nivelmundial.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Definición de cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Programas de tratamiento del cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/treatment/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Cáncer infantil en las Américas*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18352&Itemid=
- Orgilés Amorós, M., López-Roig, S., Espada Sánchez, J.P., & Méndez Carrillo, X. (2006). Tratamiento psicológico del dolor en el cáncer infantil. *Fisioterapia*, 28(5), 270-277. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=1309292&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=146&ty=136&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=146v28n05a13092922pdf001.pdf
- Orgiles, M., Méndez, F. X., & Espada, J. P. (2009). Procedimientos psicológicos para el afrontamiento del dolor en niños con cáncer. *Psicooncología*, 6(2-3), 343-356. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/PSIC0909220343A/15147>
- Ortega García, J.A., Martín, M., Ferrís i Tortajada, J., López Andreu, J.A., López Fernández, T., Bautista Sirvent, F., Berbel Tornero, O., & Barriuso Lapresa, L. (2008). Prevención del cáncer pediátrico. *Revista Española de Pediatría*, 64(5),

- 389-40. Recuperado de http://www.pehsu.org/az/pdf/08_Preencion%20del%20cancer_revista_esp_pediatr.pdf
- Ortigosa, J. M., Méndez, F. X., & Riquelme, A. (2009). Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo-conductual. *Psicooncología*, 6(2-3), 413-428. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220413A>
- Oudshoorn, S. (2007). *El niño con cáncer, su familia y la comunidad. Experiencia de Extensión Universitaria*. Mar del Plata: Martin.
- Pacheco, M. & Madero, L. (2003). Oncología pediátrica. *Psicooncología*, 0(1), 107-116. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0303110107A/16417>
- Pérez Calleja, N. & Palmero Gómez, M. (2009). Factores de riesgo del cáncer infantil. Revisión bibliográfica. *MediCiego*, 15(1). Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=60287&id_seccion=3718&id_ejemplar=6087&id_revista=226
- Perez Campdepadrós, M. & Montserrat, D. (2006). Modelo de intervención en oncología. *Revista psicopatología de salud mental del niño y el adolescente*, 7, 75-84. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3060686>
- Pérez Cárdenas, C. (2000). Equipo multidisciplinario de atención a pacientes oncológicos en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Oncología*, 16(3), 158-162. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_3_01/mgi10301.pdf
- Pratt, C. B. (1997). Retinoblastoma. En R. Behrman, R. Kliegman & A. Arvin (Eds.), *Nelson: Tratado de pediatría* (pp. 1834-1836). Madrid: McGraw- Hill Interamericana.
- Programa de Apoyo y Asistencia para Niños. (2013) ¿Qué es Paanet? Recuperado de <http://www.grupopaanet.com.ar.nstemp.com/>
- Ramírez Zamora, L. M. & Trejo, B. D. (2011). Tratamiento psicológico del dolor por procedimientos en un paciente pediátrico oncológico. *Psicología y Salud*,

- 21(1), 65-71. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Laura-Miriam-Ramirez-Zamora.pdf>
- Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (2008). Registro Oncopediátrico Argentino. *Resultados 2000-2008*. Recuperado de http://www.fundacionkaleidos.org/Roha_publicaciones/roha2008.pdf
- Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (2012). Registro Oncopediátrico Argentino. *Incidencia 2000-2009, supervivencia 2000-2007, tendencia de mortalidad 1997-2010*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000164cnt-20-RegistroOncopediatricoHospitalarioArgentino_SobrevidaCancerInfantil_2012.pdf
- Rivero Burón, R., Martínez González, A. E., Oblitas Guadalupe, L.A., Ramos Linares, V., García López, L. J., & Piquerras Rodríguez, J. A. (2008). Psicología y cáncer. *Suma Psicológica*, 15(1), 171-198. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604007.pdf>
- Robert, M. V, Álvarez O. C., & Valdivieso, B. F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684. Recuperado de http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/14_Ps.-Ver-%C2%A6nica-Robert-M.pdf
- Rodríguez, N., Cádiz, V., Farías, C., & Palma, Ch. (2005). Cuidado paliativo en oncología pediátrica. *Pediatría*, 2(2), 32-36. Recuperado de http://www.revistapediatria.cl/vol2num2/pdf/9_cuidados_paliativos.pdf
- Rodríguez, V., Sánchez, C., Rojas, N., & Arteaga, R. (2009). Prevalencia de trastornos mentales en adolescentes con cáncer. *Revista Venezolana de Oncología*, 21(4), 212-220. Recuperado de <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvo/v21n4/art04.pdf>
- Rodríguez Ibarra, A. C., Ruiz Suarez, R. Y., & Restrepo Forero, M. (2004). Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el Hospital de la Misericordia. *Revista Colombiana de Psicología*, (13), 90-101. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401310>

- Rodríguez, V., Sánchez, C., Rojas, N., & Arteaga, R. (2009). Prevalencia de trastornos mentales en adolescentes con cáncer. *Revista Venezolana de Oncología*, 21(4), 212-220. Recuperado de <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvo/v21n4/art04.pdf>
- Rojas-May, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista de Medicina Clínica las Condes*, 17(4), 194-197. Recuperado de http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2006/4%20oct/IntervencionPsicologicap_194--197.pdf
- Rozenfeld, A. (2012). *La resiliencia: esa posición subjetiva ante la adversidad*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Salas Arrambide, M., Gabaldón Poc, O., Mayoral Miravete, J.L., Guerrero Pereda, R., Albisu Andrade, J., & Amayra Caro, I. (2003). Intervenciones psicológicas eficaces para el afrontamiento de procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica: Revisión teórica. *Anales de Pediatría*, 59(1), 41-47. Recuperado de <http://zl.elsevier.es/es/revista/anales-pediatria-37/intervenciones-psicologicas-eficaces-afrontamiento-procedimientos-medicos-dolorosos-13048804-articulo-especial-2003>
- Salas, M., Gabaldón, O., Mayoral, J. L., Arce, M., & Amayra, I. (2004). Evaluación y control de síntomas en oncología pediátrica: una necesidad que cubrir y un mundo por descubrir. *Psicooncología*, 1(2-3), 231-250. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120231A/16264>
- Santana, V. M. (1997). Neuroblastoma. En R. Behrman, R. Kliegman & A. Arvin (Eds.), *Nelson: Tratado de pediatría* (pp. 1823-1826). Madrid: McGraw- Hill Interamericana.
- Sanz, J. & Modolell, E. (2004). Oncología y Psicología: un modelo de interacción. *Psicooncología*, 1(1), 3-12. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404110003A/16302>
- Sapiña, A., Barahona, T., Cañete, A., Castel, V., & Bernabeu, J. (2011). Instrumentos y procedimientos en evaluación neuropsicológica en niños oncológicos, con riesgo de desarrollar déficits cognitivos. *Psicooncología*, 8(2-3), 343-350. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/37885>

- Serradas Fonseca, M. (2010). Colaboración interdisciplinaria en la atención del niño con cáncer y su familia en ambientes hospitalarios. *Revista venezolana de oncología*, 22(3), 174-186. Recuperado de <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvo/v22n3/art06.pdf>
- Scharf, B. M. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Revista Persona y Bioética*, 9(25), 64-67. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83209205>
- Schavelzon, J. (1965). Psicología y cáncer. En J. Bleger, L. Bleger, M. Langer, I. Luchina & J. Schavelzon (Eds.), *Psicología y cáncer*, (pp. 17-50). Buenos Aires: Ediciones Hormè, S.A.E.
- Shapiro, D.N. (1997). Patogenia Molecular. En R. Behrman, R. Kliegman & A. Arvin (Eds.), *Nelson: Tratado de pediatría* (pp. 1804-1806). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Shearer, P. D. & Wilim, J. A. (1997). Neoplasias renales. En R. Behrman, R. Kliegman & A. Arvin (Eds.), *Nelson: Tratado de pediatría* (pp. 1834-1836). Madrid: McGraw- Hill Interamericana.
- Sociedad Americana de Cáncer. (2013). *Diferencia entre el cáncer en el niño y en el adulto*. Recuperado de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/linfomanohodgkinenninos/guiadetallada/linfoma-no-hodgkin-en-ninos-what-is-differences-children-adults>
- Sociedad Argentina de Cancerología. (2012). *Historia institucional*. Recuperado de http://www.socargcancer.org.ar/quienes_somos.php
- Sociedad Argentina de Mastología. (2013). *Breve Historia de la Sociedad Argentina de Mastología*. Recuperado de <http://www.samas.org.ar/index.php/institucional/historia>
- Sociedad Mexicana de Oncología. (2013). *Comité de Psicooncología*. Recuperado de <http://smeo.org.mx/pacientes/>
- Sociedad Latino Americana de Oncología Pediátrica. (2010). *Estadística*. Recuperado de <http://www.slaop.org/articulos-y-publicaciones/revista-slaop/>
- Torres Suárez, C. Y. & Bautista, I. G. (2007). *La Resiliencia como alternativa terapéutica en paciente oncológico*. Colombia: Universidad de Pamplona. Recuperado de

http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/hermesoft/portallIG/home_1/recursos/tesis/contenidos/tesis_septiembre/05092007/la_resiliencia_como.pdf

- Torrico Linares, E., Santin Vilariño, C., Montserrat Andrés Villas, E., Menéndez Álvarez-Dardet, S., & López López, M. J., (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=1446457>
- Veit, M. T. & Carvalho, V. A. (2010). Psicooncología: una nueva mirada al cáncer. *Mundo da Saúde*, 34(4), 526-530. Recuperado de http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/79/526a530.pdf
- Velázquez Martínez, A. G., García Cerón, M. A., Alvarado Aguilar, S., & Ángeles Sánchez J A. (2007). Cáncer y psicología. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 6(3), 71-75. Recuperado de http://www.smeo.org.mx/gaceta/2007/GAMOV6_3_2007.pdf#page=19
- Vidal y Benito, M.C. (2006). Psicoterapia en Psicooncología. Un modelo dinámico focalizado combinable con psicofármacos, *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13(3), 31-56. Recuperado de http://www.alcmeon.com.ar/13/51/3_benito.htm
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., & Moreno San Pedro, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista colombiana de psicología*, 16, 139-146. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401610>