

# **Necesidad de la Psicooncología en población pediátrica**

TRABAJO DE FIN DE GRADO DE PSICOLOGÍA

Facultad de Ciencias de la Salud  
(Sección de Psicología y Logopedia)

Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología

Universidad de La Laguna. Curso académico 2017- 2018

**Autor:** D. Diego Quintero del Pino

**Tutores:** Dr. Pablo García Medina

Dra. María Concepción Cristina Ramos Pérez

## Índice

Resumen.....	Pág. 1
Marco conceptual.....	Pág. 2
Resultados y discusión.....	Pág. 4
<i>Trastornos psicológicos.....</i>	<i>Pág. 4</i>
<i>Factores de prevención.....</i>	<i>Pág. 7</i>
<i>Perspectiva de los padres.....</i>	<i>Pág. 9</i>
Conclusión.....	Pág. 10
Bibliografía.....	Pág. 11

## **Resumen**

El cáncer es una de las enfermedades que más ha proliferado en nuestros sistemas de hospitalización pediátrica. Los niños, al ser intervenidos medicamente, sufren situaciones de dolor y estrés, junto a una serie de reacciones por parte de su entorno. La revisión hecha en este trabajo se centra en indagar los trastornos por ansiedad, depresión, estrés postraumático o el trastorno adaptativo, comórbidos en la enfermedad biológica. Se constata, cómo en esta situación, los padres se vuelcan en intentar ocultar y disminuir el peso de la realidad, sin tener en cuenta que el niño tiene capacidades constructivas y de asimilación ante el sufrimiento. Por ende, es necesario dedicar esfuerzo y habilidad para trabajar en esta asimilación.

**Palabras clave:** Psicooncología Infantil, Cáncer, Resiliencia, Trastornos Psicológicos.

## **Summary**

Cancer is one of the most widespread diseases in our pediatric hospitalization systems. Under the medical treatment, children can suffer situations of pain and stress, with changes from their environment. The review made in this work focuses on investigating anxiety disorders, depression, post-traumatic stress or adaptive disorder, comorbid in the biological disease. It is verified as in this situation, parents are trying to hide and reduce the weight of reality, without taking into account that children have constructive skills and to be able to assimilate the damage if they are formed. So, it is necessary to dedicate effort and skill to work in this assimilation.

**Keywords:** Child Psychooncology, Cancer, Resilience, Psychological Disorders.

## **Marco conceptual**

El cáncer infantil destaca por ser una de las enfermedades más extendidas en el presente. En Estados Unidos es la principal causa de muerte por enfermedad en niños entre 0 y 15 años, con una tasa de incidencia de 15,8 x 100.000, y una tasa de mortalidad de 2,2 x 100.000 (Velázquez Silva, Zuluaga Sarmiento, 2015). También se ha encontrado que en el 83, 1% de los casos, existe una supervivencia de aproximadamente cinco años tras ser diagnosticado (National Cancer Institute, 2018).

En España, en el año 2011 el Registro Nacional de Tumores Infantiles (2011) señala que desde 1980 se han registrado en total 20.747 casos, de los cuales, 9.820 corresponden a niños de entre 0 y 14 años. Aunque estas cifras actualmente son menores, aún se registran cada año más de 350 niños y adolescentes, fallecidos entre 0 y 19 años en el territorio nacional (Pozo Muñoz, Bretones Nieto, et al., 2015).

Las drogas antineoplásicas, el constante uso de recursos médicos, y las hospitalizaciones repetidas y prolongadas pueden producir malestar en el niño (Rivera, 1994). Estos factores no son los únicos estresores del niño, existen otros adicionales, como son el aislamiento al que se es sometido, el modo en el que se le recibe en el centro hospitalario y su adaptación a las normas de este (Lizasoáin, Polaino Lorente, 1990). El niño tiende a ver como una amenaza el diagnóstico de cáncer, y para su entorno es un equivalente a una sentencia de muerte. Este peligro de la supervivencia puede ser interpretado de diferentes formas, expresadas normalmente en conductas y pensamiento de evitación o negación (Méndez, 2005).

Con el cáncer aumenta la vulnerabilidad y se hacen aún más complejos los desafíos a los que se enfrentan los adolescentes, como pueden ser: la independencia, las relaciones sociales y las decisiones sobre su futuro. Esto se debe a las nuevas circunstancias, que se dan al separarse del grupo de pares, experimentar cambios en la imagen corporal y plantearse una disrupción en la vida cotidiana; tanto del paciente como de su familia (Diez, Galaguerri, 2011). Es cada vez más necesario, incluir la labor de profesionales de la conducta dentro de la oncología,

para evitar que estos factores influyan en la adherencia al tratamiento, y/o en la exacerbación de la enfermedad (Miguel Tobal., Casado, 1999).

En esta revisión se tratan de recoger las reacciones psicológicas que se presentan con el diagnóstico del cáncer, y como pueden darse distintas formas de respuesta ante las distintas fases de la enfermedad y los cambios del entorno. El momento evolutivo es, a priori, fundamental para poder prever las fuentes de ansiedad más importantes en función a la edad del niño (Aravena, Riedemann, et al., 1993). Existen aún variedad de opiniones acerca de señalar si los niños en estas situaciones sufren o no de episodios depresivos, aunque por sentido común se pueda inferir que sí se presentan, hay estudios que delatan lo contrario (Velázquez Silva, Zuluaga Sarmiento, 2015). Distintos autores coinciden a la hora de considerar los trastornos más como reacciones psicológicas adaptativas ante la enfermedad, que como trastornos clínicos o psicopatológicos con entidad propia (Die, 2006), debido a que, de forma gradual los menores se van familiarizando con el entorno hospitalario, y van disminuyendo los síntomas y sus reacciones desadaptativas (Hernández, López, et al., 2009). Aún así, no hay que menospreciar la parte de la población que sí desarrolla trastornos psicológicos causados por la experiencia de la enfermedad (Hernández, Concepción, et al., 2009).

Sobrevivir al cáncer es otro tema notable en la revisión. Se han detectado datos de comorbilidad con una serie de trastornos o de conductas de riesgo, derivados de las secuelas físicas que pueda dejar la enfermedad, o el recuerdo de las experiencias vividas (Langevald, Stam, et al., 2002). Con respecto a esto último, existen otras fuentes en las que se aprecian signos de resiliencia en los niños que están bajo tratamiento, por esto mismo, se están implementado programas que evitan el desánimo y mantienen activados a los niños a nivel cognitivo (Celma, 2009).

Con los padres, se esta insistiendo en darles una guía para prevenir las alteraciones de carácter psicológico (Cassinda, Guerra, et al., 2016). Además se les recomienda que abandonen un comportamiento tabú con respecto a la enfermedad, y que sean conscientes de que la mayoría de los menores pueden lidiar satisfactoriamente con el caos; y no sólo dar muestras de adaptación, sino

también de crecimiento y desarrollo psicosocial positivo (Rodríguez, Sánchez, et al., 2009).

Para conseguir unas fuentes fiables con las que poder tratar estos contenidos, se realizó una búsqueda de artículos relacionados con la Psicooncología en la población infantil. Así mismo, se procedió a la consulta de revistas indexadas a bases de datos: Sciencedirect, Scopus, Scielo, Pubmed, Dialnet, Researchgate; incluyéndose material redactado, tanto en español como en inglés. Se usaron los taxones de Psicooncología, Psicooncología infantil, Cáncer y Resiliencia en Niños Oncológicos; junto a sus homónimos en inglés. Además se aprovechó para acudir a fuentes oficiales como datos de salud pública gubernamentales, y páginas de organizaciones dedicadas al estudio del cáncer.

De todos los artículos obtenidos se escogieron 37 por ser pertinentes a los objetivos del estudio. Tras leer estos, se rechazaron 12, quedando como material base 25 artículos que cumplían los criterios de tratar sobre los posibles trastornos psicológicos asociados al cáncer, los factores de protección asociados y las consecuencias psicológicas en los padres.

## **Resultados y discusión**

### *Trastornos Psicológicos*

Distintos autores señalan que tras el diagnóstico de cáncer, es esperable que se produzca una reacción emocional aguda caracterizada por la aparición de síntomas ansiosos y depresivos (Lizasoain, Polaino Lorente, 1990; Beneit, 1994; Roña, Vargas, 1994). Tradicionalmente se han encontrado distinciones en las tendencias a sufrir trastornos entre niños y niñas (Vera Villarroel, Buela Casal., 2000). En un estudio de Rodríguez, Sánchez, et al (2009) se encontró que un 65% de la muestra había sido diagnosticado del algún trastorno, y un 46% presentaba algún tipo de reacción emocional adaptativa. En ambos casos, la mayor parte eran niños del género masculino. Sin embargo, no han faltado estudios que hayan identificado que la prevalencia de trastornos es similar entre ambos géneros (Cabrera, Urrutia, 2005).

Hay un consenso más generalizado a la hora de señalar como factor de peligro el momento evolutivo del paciente. Los niños menores de 6 años presentarían ansiedad frente a la separación de las figuras significativas, los niños entre 6 y 10 años manifestarían respuestas ansiosas ante los procedimientos médicos, y en los niños mayores de 10 años se presentarían reacciones ansiosas frente a la pérdida de funciones corporales y la muerte (Aravena, Riedemann, et al., 1993; Valverde, Vasquez, 1991; Sandin, Chorot, et al., 1998). Todos estos momentos son proclives para poder generar trastornos de carácter ansioso, como pueden ser el caso de fobias y otros (Díaz, 2013).

A su vez hay que percatarse de que las condiciones biológicas de la enfermedad pueden imitar un trastorno del espectro ansioso. Entre estas condiciones se incluyen el dolor incontrolable, los desórdenes metabólicos (como hipoxia e hipoglicemia), el empleo de fármacos (por ejemplo; los esteroides pueden causar ansiedad; los antipsicóticos pueden causar inquietud física y mental) y sus combinaciones (alcohol, opioides, benzodiacepinas). Asimismo, los tumores secretores de hormonas y la tirotoxicosis pueden causar síntomas idénticos a los de la ansiedad (Barracough, 2000). El diagnóstico psicológico se hace una labor difícil, teniendo en cuenta la variedad de factores que deben de sopesarse.

De forma igualmente controvertida, también se han registrado casos de depresión. Pese a que muchos autores en la literatura aportan datos encauzados a afirmar que niños con cáncer no son más propensos que los niños sanos a tener una puntuación anormal en el bienestar psicosocial (Noll, Garstein, et al., 1999; Von Essen, Enskär, et al., 2000; Bragado, Hernández Lorreda, et al., 2008), existen estudios recientes dirigidos a resaltar que realmente sí existen casos de niños deprimidos por el diagnóstico de cáncer y el conjunto de trastornos que se dan en su vida. En uno de estos estudios, el trabajo de Velázquez Silva, Zuluaga Sarmiento (2015), aporta que una de las explicaciones a la disparidad de resultados en este trastorno, pueda deberse a una tendencia de los niños a negar dificultades en las pruebas estandarizadas que se les aplican.

Cada vez una mayor parte de los especialistas consideran que es más apropiado definir las respuestas ansiosas y/o depresivas de los pacientes, como síntomas del trastorno adaptativo; más que como un trastorno ansioso o

depresivo per se (Barracough, 2000). Como se mencionaba anteriormente, al comienzo hay una fase aguda de síntomas depresivos y ansiosos ante las nuevas circunstancias y condiciones que se abren con el diagnóstico. Según pasan las primeras intervenciones médicas y hospitalizaciones se encuentra que los niños van manifestando menos ansiedad, en contraste a los niños con menos tiempo de hospitalización (Sawyer, Antoniou, et al., 2000; Cabrera, Urrutia, et al., 2005). Esto parece indicar que cuando desaparece la fuente de estrés, conformada por ansiedad, incertidumbre ante los procesos, y estado de la salud; los niños comienzan a adaptarse y desarrollar medidas de afrontamiento. Prueba de esto viene recogida por Eiser, Vance (2000) quienes no encontraron mayor nivel de ansiedad o depresión en los niños supervivientes de cáncer, en relación a la población sana no oncológica. Otros autores confirmaron estos resultados en sucesivos estudios (Zeltzer, Lu, et al., 2008; Zelter, Recklitis, et al., 2009). El hecho de que los supervivientes se encuentren en buen estado psicológico y satisfechos con su vida después de la enfermedad (Zeltzer, Lu, et al., 2008), revela la capacidad de resiliencia que desarrollan estos jóvenes para afrontar y construir, partiendo de su lucha contra el cáncer (Castellano Tejedor, Blasco Blasco, et al., 2014).

Nuevamente, aunque lo más frecuente sea sobrevivir al cáncer sin secuelas psicológicas, se pueden dar el caso de que existan físicas como el dolor en zonas operadas o afectadas por los tumores. El dolor y otras circunstancias como la infertilidad pueden llevar a conductas de riesgo como fumar, consumir alcohol, o alteraciones de sueño (Zelter, Recklitis, et al., 2009). A su vez, estos factores y el no haber experimentado un correcto afrontamiento a la enfermedad, pueden dar lugar a trastornos de estrés postraumático. El trastorno de estrés postraumático correlaciona con pacientes que en un mayor porcentaje, no consiguieron acceder a la universidad, tener un empleo estable, ni encontrar pareja (Langevald, Stam, et al., 2002).

En menor medida pueden haber trastornos de conducta (Michalowski, Keltzer, et al., 2001). En presencia de un trastorno de estrés postraumático, estos serán mucho más frecuentes (Wakefield, Mc Loone, et al., 2010), pudiendo darse una alta comorbilidad con el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Perry, 2014).

La imagen corporal es otro punto que tiene influencia en el estado de ánimo del niño de oncología. Normalmente, el cambio más prominente y percibido desde el exterior por los demás es la pérdida del cabello. Este podría volver a crecer con la finalización del tratamiento, pero debido a la toxicidad de los procesos curativos, no es posible que crezca durante el período de medicación, ni seguro que lo haga después de terminar este (Alfonsín, Campelo, et al., 2006). Existen estudios que constatan que niños y niñas con cáncer se sienten mal., con respecto a su apariencia física y su imagen corporal; influyendo esto, directa o indirectamente en la presencia de rasgos depresivos. La amenaza y variaciones traumáticas del autoconcepto pueden producir efectos secundarios en la salud mental de los niños, los cuales deben de ser observados (González Hernández, 2006).

Nuevamente, otros estudios parecen haber obtenido datos en los que no se haya diferencia del estado de ánimo; ni casos de depresión, en función al cambio físico post tratamiento (Von Essen, Enskär, et al., 2000). Hasta ahora donde sí parece haber consenso es en defender sentimientos de vergüenza por alopecia y cambios corporales (Hernández, Concepción, et al., 2009).

### *Factores de prevención*

Como factor que se ha expuesto como explicación a las tasas de buen funcionamiento cognitivo y adaptación dadas en las muestras investigadas, destaca la resiliencia (Castellano Tejedor, Blasco Blasco, et al., 2014). Otro factor importante para intervenir y fomentar el buen afrontamiento es saber manejar como informar a los niños desde el equipo sanitario, y que siempre que se pueda el niño tenga la información suficiente sobre su estado y las pruebas a realizar. Así pues, es recomendable evitar explicaciones largas o complicadas, tener en cuenta el vocabulario y el conocimiento del niño, usar muchos ejemplos, e intentar analizar la cantidad de información que está siendo retenida por el niño (Méndez, Ortigosa, et al., 1997). A lo largo del proceso, es importante que el infante no pierda su percepción de autonomía y de decisión, para ello, se le puede hacer participe en pequeñas decisiones médicas. Es conveniente que siga teniendo responsabilidades acomodadas a su situación, para que no pierda la capacidad

mantenerse activo y de sentirse útil (Celma, 2009). El hecho de tener que pasar periodos de tiempo en el hospital y de no poder tener una vida normal, ya sea por movilidad reducida o por convalecencia después de las pruebas, puede hacer que la percepción de autonomía de niño pueda verse afectada (Ortigosa, Méndez, et al., 2009).

Dentro de las salas de hospitalizaciones, ya se están desarrollando un catalogo amplio de medidas para prevenir el retraimiento psicológico y la buena función afectiva y cognitiva. Mantener un buen conocimiento de la situación por parte de los niños mediante actividades de modelado, tener obras escritas e ilustradas con animaciones en las que el niño puede aprender sobre su caso de forma amena y no agresiva (Ortigosa, Méndez, et al., 2009). Los famosos Payasos de Hospital no han sido contrastados empíricamente en eficacia, pero sí existe consenso en que la risa hace que los niños mejoren y se mantengan felices y con resiliencia ante los procesos a los que son sometidos (Calmet, Regalado, et al., 2008). Uno de los puntos más adecuados para entrenar el inicio a las intervenciones médicas o quirúrgicas, es el juego terapéutico. Éste se entiende como el instrumento que se utiliza con la utilidad de ayudar al niño a que desarrolle las habilidades necesarias para enfrentarse a una nueva situación o a una experiencia estresante. Por ejemplo, se le puede dar material médico y que juegue a aplicárselo a un muñeco y a entrenar al muñeco sobre como resistir y hacer más sencilla la prueba médica (Jay, Elliot, et al., 1991).

La inserción de las terapias para prevenir los posibles trastornos asociados a la enfermedad, también se ha estudiado demostrándose eficacia en lo que respecta a la terapia cognitivo conductual y a la relajación con ejercicios de respiración. Para una mayor triunfo en la prevención del malestar psicológico, siempre es importante optar por estrategias combinadas, actuando desde distintos frentes y medios en pos de hacer el proceso canceroso más cómodo y asequible para el niño. La inserción de las terapias para prevenir los posibles trastornos asociados también ha sido estudiado, demostrándose eficacia en lo que respecta a la terapia cognitivo conductual y a la relajación con ejercicios de respiración (Bragado, Hernández Lorreda, et al., 2008).

### *Perspectiva de los padres*

En lo que corresponde a los padres, estos son otros de los afectados en la Psicooncología infantil. De la Rubia Moral., Martínez Rodríguez, (2009) descubren en una investigación como un 73 % de una muestra de padres, de sexo masculino y con hijos que padecen cáncer, poseen altos niveles de estrés. Por otro lado, el 27% restante son madres que experimentan también grandes dosis de estrés. Los autores señalaron como posible causa de esta diferencia, la situación de doble de responsabilidad del padre varón como cuidador y encargado tradicional de llevar dinero al núcleo familiar. Por su parte, en este mismo estudio se desvela que las madres acuden más a la religión, la reevaluación positiva, y la búsqueda de apoyo para poder afrontar la situación, lo cual., podría revocar en ellas mayores medidas de prevención de problemas derivados de alto estrés, ya que, a esto hay que añadir que se señala que los hombres usan estrategias de evitación; y estas no resultan eficaces para disminuir el estrés.

Es importante tener en cuenta el estrés de los padres, y como estos viven la enfermedad de zona vicaria. Ha quedado demostrado que el estrés de los progenitores, percibido por los hijos, hace que en estos sean más vulnerables a padecerlo también (Robinson, Gerhart, et al., 2007). Los cuidados psicológicos y los planes de intervención sobre los padres, aseguraría una buena adaptación de estos, y además mejora indirectamente las condiciones de los niños, y su correcto desarrollo ante la enfermedad (Pai, Drotar, et al., 2006). Por ende, las estrategias que tienen en cuenta la figura del niño junto a la de los padres, son las más adecuadas porque no solo transmiten bienestar a la familia en conjunto, sino que incrementan la capacidad de superación psicológica del niño frente al cáncer.

Una de las propuestas de actuación para garantizar la saludable aceptación e interacción de los padres, se basa en crear una guía psicoeducativa para padres. Una de las listas de temas a trabajar y con una eficacia comprobada debe contener sesiones para el conocimiento de la enfermedad, características del tratamiento, apoyo emocional y atención psicológica, preparación y orientación para el cuidado del paciente; así como elementos en cuanto a la nutrición (Cassinda, Guerra, et al., 2016).

Un fenómeno muy citado y reproducido por padres y personal sanitario, es la llamada ley del silencio, definida como todas aquellas estrategias o esfuerzos destinados a evitar que alguna de las partes involucradas (en este caso los menores) conozca no solo el diagnóstico o el pronóstico de la enfermedad, sino también las emociones, las dificultades o el propio malestar que los embarga (Hernández Núñez-Polo, Lorenzo González, et al., 2009). Los adultos tienen miedo al tratar el tema de la muerte y la enfermedad con los niños porque creen que no lo entenderán (Beale, Baile, et al., 2005). Esto lo que hace es que el niño no pueda expresar sus dudas sobre cómo afrontar las difíciles circunstancias (Sanz Ortiz, 1997). El hecho de no hablar al niño sobre la enfermedad o muerte no hace que vaya siendo consciente los estados que recorre (Hernández Núñez-Polo, Lorenzo González, et al., 2009).

## **Conclusión**

En vistas al futuro, sería beneficioso desarrollar la creación de asociaciones de ayuda a padres, que sirvan para facilitar la comunicación entre estos, y para tratar sus circunstancias como progenitores de niños con cáncer (López Ibor, 2009).

Será necesario continuar investigando cómo se distribuyen los trastornos en la población oncológica pediátrica. Además, el trabajo multidisciplinar debe de continuar promocionándose con el fin de incrementar los beneficios de los niños, bajo los pilares de vencer el cáncer y mantener una buena integración cognitiva y emocional del paciente en la hospitalización y/o diagnóstico. Para ello, la mejor vía es continuar evaluando niños y hacer tratamientos psicológicos que prevengan la ansiedad, la depresión y los otros factores que puedan interferir en el afrontamiento y actitud resiliente del menor.

## Bibliografía

- Alfonsín, F.L.; Campelo, M.R.G; Pato, G.C.; Calvo, O.F. (2006). Efectos secundarios del tratamiento oncológico. *Cuadernos de Atención Primaria*, 13. pp. 15–21.
- Aravena, R.; Riedemann, A.; Vásquez, A. (1993). La muerte desde el mundo de los niños: una aproximación al concepto de muerte en la infancia. *Tesis para optar al título de Licenciado en Psicología*. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Barracough, J. (2000). *Cancer and Emotion*. Inglaterra. Editorial: Wiley, Inglaterra 2000. (3ª Edición)
- Beale, E.A.; Baile, W.F.; Aaron, J. (2005). Silence is not golden: Communicating with children dying from cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23:3629–31.
- Beneit, J. (1994). La enfermedad crónica. En J. La torre, J. Beneit (Eds.), *La Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires. Editorial Lavalle.
- 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). pp. 413- 419.
- Bragado, C.; Hernández Lloreda, M.J.; Sánchez Bernardos, M.L.; Urbano, S. (2009). Funcionamiento psicosocial e intervenciones psicológicas en niños con cáncer. *Psicooncología*, 6. pp. 327- 341.
- Cabrera, P.; Urrutia, B.; Vera, V.; Alvarado, M.; Vera Villarroel, P. (2005). Ansiedad y depresión en niños diagnosticados con cáncer. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (2). pp. 115- 124.
- Calmet, L.; Regalado, M.; Guevara, M. (2008) Influencia de la risoterapia en las características psicológicas y sociales del niño escolar hospitalizado. *Revista Enfermería Herediana*, 1: 19-25.

- Cassinda Vissupe, M.D.; Guerra Morales, V.; Angulo Gallo, L.; Álvarez Valdivia, Y.; Sánchez Rodríguez, D. (2016). Apoyo emocional a cuidadores principales de niños con enfermedades oncológicas, partir de una guía psicoeducativa. *Revista de Psicología*, 18. pp. 26- 34.
- Castellano Tejedor, C.; Blasco Blasco, T.; Pérez Camp de padros, M.; Capdevilla, L. (2014). Making sense of resilience: A review from the field of paediatric psycho-oncology and a proposal of a model for its study. *Anales de Psicología*, 30 (3). pp. 865- 877.
- Celma, A. (2009). Psicooncología infantil y adolescente. *Psicooncología*, 6. pp. 285- 290.
- De la Rubia Moral., J.; Martínez Rodríguez, J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, 19 (2). pp. 189- 196.
- Díaz, J. (2003). *Introducción a la Psico-Oncología Pediátrica*. Paidopsiquiatria.com [en línea]. Dirección URL: [http://www.paidopsiquiatria.com/modules.php?name=psi\\_coped&le=onco](http://www.paidopsiquiatria.com/modules.php?name=psi_coped&le=onco). (Consultado el 15 de junio de 2018).
- Die, M. (2006). El niño y el adolescente con cáncer. Madrid. Editorial ADES. pp. 85-101.
- Diez, M.; Galarregui, M.; Keegan, E. (2005). Adolescentes sobrevivientes del cáncer. Estrategias de afrontamiento, bienestar psicológico y síntomas psicopatológicos. Estado del arte. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Buenos Aires.
- Eiser, C.; Vance, Y.H. (2000). Examining the psychological consequences of surviving childhood cancer: systematic review as a research method in pediatric oncology. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(6): 449- 60.
- Gálvez López, A.B.; Méndez Venegas, J.; Martínez López, C.(2005). Preparación psicológica basada en la información: manejo de la ansiedad en pediatría oncológica. *Acta Pediatría México*, 26 (1). pp. 35- 43.

- González Arratia, N.; Nieto, D.; Luis Valdez, J. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología*, 8 (1). pp. 113- 123.
- González Hernández, Y.D.R. (2006). Depresión en niños y niñas. *Actualidades en Psicología*, 20. pp. 22- 44.
- Hernández Núñez- Polo, M.; Lorenzo González, R.; Catá del Palacio, E.; López Cabrera, A.; Martino Alba, 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). pp. 419- 426.
- Hernández, S.; López, C.; Durante, E. (2009). Indicadores de alteraciones emocionales y conductuales en menores oncológicos. *Psicooncología*, 6. pp. 311- 325.
- Jay, S.M.; Elliot, C.H.; Woody, P.D.; Siegel, S. (1991). An investigation of cognitive-behavior therapy combined with oral valium for children undergoing painful medical procedures. *Health Psychology Journal*, 10: 317-22.
- Lafaurie, M.; Caviedes, M.; Cortés, C.; Guzmán, A.; Hernández, M.; Rubio, D. (2007). Historias de vida de niños con cáncer: construcción de significado y sentido. *Revista Colombiana de Enfermería*, 2 (4). pp. 55-65.
- Langeveld, N.E.; Stam, H.; Grootenhuis, M.A.; Last, B. (2002). Quality of life in young adult survivors of childhood cancer. *Support Care Cancer*, 10: 579-600.
- Lizasoain, O.; Polaino Lorente, A. (1990). Un ejemplo en el ámbito de la pedagogía hospitalaria: los programas de preparación para la hospitalización infantil. Madrid. Editorial Narcea. pp. 121-46.
- Lizasoain, O.; Polaino Lorente, A. (1990). Un ejemplo en el ámbito de la pedagogía hospitalaria: los programas de preparación para la hospitalización infantil. En J. González Simancas, A. Polaino Lorente (Eds.), *Pedagogía hospitalaria*. Madrid. Editorial Narcea.
- López Ibor, B. (2009). Aspectos médicos, psicológicos y sociales del cáncer infantil. *Psicooncología*, 6. pp. 281- 284.

- Manuel Ortigosa, J.; Xavier Méndez, F.; Riquelme, A. (2009). Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invadidos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: La perspectiva cognitivo-conductual. *Psicooncología*, 6. pp. 413- 428.
- Méndez, J. (2005). Psicooncología Infantil: Situación actual y líneas de desarrollo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10. pp. 33- 52.
- Méndez, F.X.; Ortigosa, J.M. (1997). Estrés y hospitalización infantil. En M.I. Hombrados (Ed). *Estrés y Salud*. Valencia. Editorial Promolibro. pp. 523-45.
- Méndez, X.; Orgilés, M.; López Roig, S.; Pedro Espada, J. (2004). Atención Psicológica en el Cáncer Infantil. *Psicooncología*, 1 (1). pp. 139- 154.
- Michalowski, M.; Ketzer, C.; Daudt, L.; Rohde, L.A. (2001). Emotional and behavioural symptoms in children with acute leukaemia. *Journal of Haematologica*, 86(8):821-6.
- Miguel Tobal., J.J.; Casado, M.I. (1999). Ansiedad: aspectos básicos y de intervención. Barcelona. Editorial Ariel. pp. 91–124.
- National Cancer Institute. Surveillance Epidemiology and End Results. *Supervivencia relativa a 5 años* [en línea]. Dirección URL: [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2010/browse\\_csr.php?section=28&page=sect\\_28\\_table.08.html](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2010/browse_csr.php?section=28&page=sect_28_table.08.html) (Consultado el 15 de julio de 2018).
- Noll, R.B.; Garstein, M.A.; Vannatta, K.; Correll, J.; Bukowski, W.M.; Davies, W.H. (1999). Social., emotional and behavioral functioning of children with cancer. *Revista Paediatrics*, 103. pp. 71-78.
- Pai, A.L.H.; Drotar, D.; Zebracki, K.; Moore, M.; Youngstrom, E. (2006). A metaanalysis of the effects of psychological interventions in pediatric oncology on outcomes of psychological distress and adjustment. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(9):978-88.

Perry, B. (2014). *Estrés, Trauma y Trastornos de Estrés Post- Traumático en los niños*, [en línea]. Dirección URL: [https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2014/10/PTSD\\_Spanish\\_sm.pdf](https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2014/10/PTSD_Spanish_sm.pdf) (Consultado el 15 de julio de 2018)

Pozo Muñoz, C.; Bretones Nieto, B.; Martos Méndez, M.J.; Alonso Mortillejo, E.; Cid Carrique, N. (2015). Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en familias afectadas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47 (2). pp. 93- 101.

Registro Nacional de Tumores Infantiles (2011). *Cáncer infantil en cifras*.

Rivera, L.R. (1994). El concepto del diagnóstico de cáncer en la infancia. Madrid. Editorial Mosby/Doima. pp. 3-17.

Robinson, K.E.; Gerdhart, C.A.; Vannatta, K.; Noll, R.B. (2007). Parent and family factors associated with child adjustment to pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (4): 400-10.

Rodríguez, V.; Sánchez, C.; Rojas, N.; Arteaga, R. (2009). Prevalencia de trastornos mentales en adolescentes con cáncer. *Revista Venezolana de Oncología*, 21 (4). pp. 212- 220

Rodríguez Quecho, M.; Rincón Rodríguez, Y.Z.; Reyes Gonzáles, A.; Fajardo Peña, M.T.; Orozco Vargas, L.C.; Camargo Figuera, F.A. (2012). Prevalencia de los diagnósticos de enfermería en niños que reciben tratamiento oncológico. *Enfermería Global.*, 27. pp, 77- 86.

Roña, E.; Vargas, L. (1994). El impacto psicológico del cáncer en el niño y el adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 65. pp. 48- 55.

Sandin, B.; Chorot,, P.; Lostao, L.; Valiente, R.M.; Santed, M.A. (1998). Predictores psicológicos y sociodemográficos de la ansiedad anticipatoria ante la participación en «segundas pruebas» de detección de cáncer de mama. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6. pp, 17-36.

- Sanz Ortiz, J. (1997). La comunicación al final de la vida. En: Florez JA (Ed). *La comunicación y comprensión del enfermo oncológico*. Pp. 155- 64.
- Sawyer, M.; Antoniou, G.; Rice, M.; Baghurst, P.(2000). Childhood cancer: A 4 years prospective study of the psychological adjustment of children and parents. *Journal of Paediatric Hematolog and Oncology*, 22. pp. 214-220.
- Valverde, V.; Vasquez, V. (1991). Factores psicosociales en el proceso de ajuste de las familias con un niño con cáncer. *Tesis para optar al título de Psicólogo*. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Vanegas, B.; Beltrán, M.; Cifuentes, V.; Duarte, Y.; Montoya, J.; Rivera, J.; et al (2009). *Vivencia psicosociales reveladas por niños que reciben tratamiento con quimioterapia por cáncer*. *Avances en Enfermería*, 27 (2).
- Velásquez Silva, S.; Zuluaga Sarmiento, L. (2015). Factores relacionados con la depresión en pacientes pediátricos con cáncer y participación de la enfermera en su detección. *Revista Duazary*, 12(2). pp. 164- 173
- Vera Villarroel, R.E.; Buela Casal., G. (2000). Relaciones entre ansiedad y estilo atributivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 17, 137-14
- Von Essen, L.; Enskär, K.; Kreuger, A.; Larsson, B.; Sjärdén, P.O. (2000). Self-esteem, depression and anxiety among swedish children and adolescents on and off treatment. *Acta Paediatrica*, 89. pp. 229-236.
- Wakefield, C.E.; Mc Loone, J.; Goodenough, B.; Lenthén, K.; Cairns, D.R.; Cohn, R.J. (2010). The Psychosocial Impact of Completing Child-hood Cancer Treatment: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(3):262-274.
- Zeltzer, L.K.; Lu, Q.; Leisenring, W.; Tsao, J.C.I.; Recklitis, C.; Armstrong, G.; Mertens, A.C.; Robinson, L.L.; Ness, K.K. (2008). Psychosocial outcomes and health-related quality of life in adult childhood cancer survivors: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Journal of Cancer Epidemiol Biomarkers*

*Prevention*, 17:435 - 46.

Zeltzer, L.K.; Recklitis, C.; Buchbinder, D.; Zebrack, B.; Casillas, J.; Tsao, J.C.; Lu, Q.; Krull, K. (2009). Psychological status in childhood cancer survivors: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Journal of Clinical Oncology*, 14: 2396-2404.