

## **APORTES DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON CANCER**

El cáncer constituye siempre una situación de gran impacto psicológico, no sólo para el niño o adolescente y su familia, sino también para el entorno social y el equipo de salud involucrado en la atención. Esto ocurre tanto en el momento del diagnóstico, posiblemente el que genera mayor angustia, como a todo lo largo del proceso de tratamiento.

Las respuestas adaptativas cubren un espectro amplio que abarca desde reacciones esperables ante el diagnóstico de una enfermedad grave hasta cuadros psicopatológicos que requieren de diagnóstico y tratamiento especializados.

La atención integral del niño y la familia, el soporte emocional y el diagnóstico oportuno de las alteraciones emocionales, van a permitir un mejor ajuste del paciente y la familia

El presente trabajo incluye en la primera parte una descripción del impacto del diagnóstico y del tratamiento y las intervenciones del equipo de salud que pueden aminorarlo y en la segunda se describen los cuadros psicopatológicos que pueden presentarse.

### **Oncología pediátrica y salud mental**

**Dra. Lucía Salvia**

#### **INTRODUCCION**

El diagnóstico de una enfermedad oncológica en pediatría es un acontecimiento intensamente estresante tanto para el niño y/o adolescente como para su familia.

Para el niño, implica visitas al hospital, procedimientos médicos, internaciones, dolor por la enfermedad, por el tratamiento, cambios corporales, interrupción de sus actividades cotidianas y a veces incluso migraciones con la consecuente separación de algunos miembros de la familia y de su lugar de residencia. Para el adolescente significa además un obstáculo para su incipiente independencia.

Para los padres, constituye un hecho profundamente disruptivo por la repentina incertidumbre acerca del futuro del hijo. Asimismo está el dolor por ver el sufrimiento del niño, la preocupación por el cuidado de los otros hijos, por el trabajo, las dificultades por hallarse en un lugar desconocido y el surgimiento de múltiples demandas relacionadas con la atención del hijo enfermo.

Si bien la mayoría de los niños, adolescentes y sus padres encuentran formas para adaptarse a esta nueva situación, hay un conjunto de actitudes e intervenciones que pueden ayudar para que el proceso sea menos arduo.

#### **Comunicación con el paciente y los padres**

La comunicación se inicia en la etapa del diagnóstico y debe mantenerse a lo largo de toda la

---

Psiquiatra Infanto Juvenil.  
Médica Asistente del Servicio de Salud Mental.  
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

enfermedad. Los encuentros deben hacerse en un lugar cómodo y privado.

Para los padres es importante registrar que el médico está realmente interesado en la salud del niño y que dispone de tiempo para escuchar las preocupaciones y preguntas que necesiten plantear. Dado que al comienzo muchas veces los padres están aturridos por el impacto del diagnóstico, pueden requerir que se les vuelva a repetir información ya brindada.

Es importante explicar las características de la enfermedad, del tratamiento, los efectos adversos, los signos de alarma y qué hacer si se presentaran. El conocer con anticipación la posibilidad de aparición de alguna complicación y cómo deben manejarse, les devuelve a los padres cierto control que habían perdido frente a esta situación nueva, desconocida y llena de interrogantes.

Dada la complejidad de la enfermedad varios especialistas además del oncólogo suelen intervenir a lo largo del tratamiento. Es imprescindible que estén en permanente comunicación para no transmitir información contradictoria. Por otro lado siempre es conveniente remitir a la familia al oncólogo de cabecera.

Se les debe notificar en forma realista el pronóstico pero señalando las posibilidades terapéuticas con esperanza.

Pueden necesitar en más de una ocasión del aliento del médico para continuar con el tratamiento. Es útil comentarles que la mayoría de las familias han podido transitar esta experiencia.

Hablar con el niño y/o el adolescente en forma directa es fundamental, él es el que está enfermo y sobre el que recae el tratamiento. Aún siendo muy pequeño siempre hay algo que se le puede explicar acerca de la enfermedad y los procedimientos buscando palabras y modos que sean comprensibles para él.

Es importante decirle que es una enfermedad difícil, que requiere medicaciones fuertes, que por momentos no se va a sentir bien pero en otros sí, que nunca se le va a hacer nada sin avisarle previamente, que a veces va a tener que estar internado pero que siempre va a estar acompañado por alguien de su familia.

Es esencial señalarle la transitoriedad de algunos efectos adversos como la caída del pelo, la irritación de las mucosas, los vómitos, la facie Cushing.

A los mayores se les puede explicar un poco más acerca del mecanismo de la enfermedad y mencionarles el nombre.

Es conveniente aclararles que ni ellos ni sus padres son responsables de esto que les sucede y decirles que pueden hacer todas las preguntas que necesiten.

Con respecto a los procedimientos puede ser de utilidad sugerirles técnicas de relajación y distracción.

### **Factores protectores para el niño**

El juego es la actividad natural infantil. Es universal y corresponde a la salud. Es una experiencia creadora. Permite imaginar, descubrir, elaborar, interpretar distintos personajes. Lo ubica en un rol activo.

El juego lo protege de la pasividad en la cual muchas veces queda situado durante la enfermedad.

El jugar le ratifica que sigue siendo un niño, por ello es tan importante habilitarlo y estimularlo tanto en la casa como en el hospital.

Es conveniente sugerirles a los padres que durante las internaciones, traigan algunos de sus juguetes preferidos.

La otra actividad habitual de los niños es la escolaridad. Siempre que sea posible es importante mantenerla. Es de alguna manera continuar con las cosas cotidianas de los niños.

Si la rigurosidad del tratamiento no autoriza su asistencia a la escuela, se puede sostener con los maestros hospitalarios y/o domiciliarios. El no perder el año lectivo, permite reinsertarse en su grupo, una vez que el aislamiento finalice.

### **Apoyo a los padres**

Los padres son el sostén habitual del hijo. Cuanto más seguros y firmes estén, más amparado se sentirá el niño.

La ayuda espontánea que se da entre los padres es muy valiosa. Interactúan libremente en la sala de espera, en los pasillos, en las salas de internación. Hablan, se conocen, se interesan por el otro, se entienden, se escuchan, se transmiten información, sugerencias. Los padres cuyos hijos llevan más tiempo de tratamiento contienen a los más inexpertos.

Es útil potenciar el intercambio natural que ocurre entre los padres organizando reuniones grupales.

### **La atención en nuestro hospital**

El tratamiento de un niño con una enfermedad oncológica requiere de la participación de numerosos profesionales; parte del mismo se hace en forma ambulatoria y parte en internación. Las acciones de todos contribuyen con la recuperación de los pacientes pero en este artículo se focalizará en el trabajo de Hospital de Día Oncológico dado que gran parte del mismo transcurre allí.

El Hospital de Día Oncológico es el sector en el que funcionan los consultorios en los que atienden los oncólogos y los pediatras que brindan el sostén clínico, tres salas con 8 camas cada una

en las que se administran las quimioterapias ambulatorias y las transfusiones, la sala para procedimientos, la sala donde se habilitan los catéteres, cuatro aislamientos, el taller de expresión, la sala de espera y el patio de juegos.

Es donde concurren de lunes a viernes los pacientes, ya sea a citas programadas como en forma espontánea por interurrencias.

Los pediatras de planta son estables en el sector, lo que permite una continuidad en el seguimiento y un conocimiento muy importante del niño y/o adolescente y su familia, constituyéndose en un sostén fundamental para ellos.

El hecho de estar trabajando en el mismo lugar facilita la comunicación entre oncólogos, pediatras y enfermeras generándose un trabajo interdisciplinario que permite pensar en conjunto las dificultades que se plantean con los pacientes. Con frecuencia tanto en el abordaje como en las discusiones y decisiones intervienen también los médicos de cuidados paliativos.

En las salas, las maestras de la escuela hospitalaria se acercan a los niños que están recibiendo quimioterapias y transfusiones y les ofrecen juegos, libros, materiales para dibujar, pintar, instrumentos musicales y les proponen actividades colaborando a que la estadía allí sea más placentera.

En los sectores de aislamiento se ubican los niños neutropénicos o aquellos cuyo estado clínico es de tal gravedad que para su atención requieren un espacio más privado.

Los aislamientos también se destinan a los niños en etapa terminal de su enfermedad para poder brindarles privacidad y un ambiente tranquilo.

El taller de expresión está coordinado por dos maestras. Es el lugar de encuentro de los niños y de las familias. Allí juegan, dibujan, hacen artesanías y los padres conversan mientras esperan ser atendidos.

La sala de espera es un ambiente amplio donde aguardan los niños y los padres. Comunica con el taller de expresión y el patio de juegos.

Es donde se realizan desde hace seis años, reuniones mensuales de padres. Están organizadas por el Servicio de Salud Mental. A lo largo del año se van abordando diferentes temáticas que son de interés de las familias: información a los niños, cómo ayudarlos durante los procedimientos, los cambios de conducta durante el tratamiento, la escolaridad, los otros hijos. La función de las coordinadoras es convocarlos y darles la palabra, dado que son los padres los que con sus vivencias, observaciones, propuestas y reflexiones, dan el contenido a la reunión.

La mayoría de los niños y sus familias con sus propios recursos y con el conjunto de actitudes e

intervenciones que se fueron mencionando, logran acomodarse y llevar a cabo el tratamiento sin la necesidad de otro tipo de ayuda; pero hay un porcentaje que, ya sea por dificultades previas y/o situaciones clínicas muy complejas, requieren una asistencia específica del Servicio de Salud Mental.

Cuando los niños y/o adolescentes finalizan el tratamiento continúan en seguimiento ambulatorio. Esta es una etapa en la que también se pueden presentar problemas que pueden requerir atención del profesional de Salud Mental.

A pesar de los enormes avances de los últimos años, aproximadamente el 20% de los niños y/o adolescentes con cáncer no se curan y fallecen. Cuando no existen posibilidades de tratamientos curativos se instala el tratamiento paliativo. El alivio de los síntomas es esencial, así como el sostén del paciente y la familia.

La información que se le brinda al niño acerca de su estado siempre tiene que contar con el acuerdo de los padres, y al igual que en otros momentos, debemos estar disponibles para sus preguntas tratando que nuestras respuestas sean honestas pero le dejen una brecha por si quiere seguir manteniendo un margen de esperanza ante la reaparición de la enfermedad o las dificultades del tratamiento.

Para los padres es importante saber que tanto ellos como el equipo médico hicieron todo lo posible por el niño.

## CONCLUSION

Nuestra práctica se enriquece cuando trabajamos en forma integrada respetando las especificidades, contribuciones y límites de cada uno. Este modo de encarar la tarea resulta beneficioso para los pacientes y para nosotros.

A los pacientes, les permite recibir aportes de distintas disciplinas sin que esto implique una fragmentación de sí mismos.

Para los profesionales, significa la posibilidad de aprender del otro, ampliar la mirada y la escucha y compartir decisiones difíciles.

## LECTURA RECOMENDADA

- Chanock S, Kundra V, Johnson F.L et al. The Other Side of the Bed: What Caregivers Can Learn from Listening to Patients and Their Families. En Principles and Practice of Pediatric Oncology, third edition. Lippincott-Raven Publishers. Philadelphia 1997.
- Recomendaciones sobre Aspectos Psicosociales en Oncología Pediátrica. Comité de Aspectos Psicosociales. Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica. Editado por Fundación Natalí Dafne Flexer.
- Kusch M, Labouvie H, Ladisch et al. Structuring psychosocial care in pediatric oncology. Patient Education and Counseling 40 (2000) p. 231-245.
- Last B, Grootenhuis, M. Emotions, coping and the need for support in families of children with cancer: a model for psychosocial care. Patient Education and Counseling 33 (1998) p.169-179.
- Medin G., Mendez T. Pinchazos y punciones ¿Qué podemos hacer para aliviar el dolor? Editado por Fundación Natalí Dafne Flexer (2004).

# Psicopatología en oncología pediátrica

Lic. Débora Farberman

## INTRODUCCION

Las investigaciones dirigidas a detectar psicopatología en oncología pediátrica arrojan resultados que van desde la ausencia de trastornos emocionales y conductuales<sup>1,2,3</sup> a la descripción de cuadros psicopatológicos francos. Muy probablemente la diversidad en los resultados obedece a la heterogeneidad de las muestras, instrumentos y definiciones operativas utilizadas. Lo cierto es que definir "alteraciones emocionales" en ésta población no es sencillo. Por una parte, cáncer y trastornos psicopatológicos comparten síntomas (decaimiento, anorexia, quejas somáticas, etc). Por otra parte, las reacciones emocionales esperables se distinguen de las patológicas más por intensidad y persistencia que por especificidad.

Aun cuando psicopatología y normalidad en el niño enfermo de cáncer no siempre pueden distinguirse, la nosología psiquiátrica permite organizar la conducta observada en el paciente, y poner especial atención en la evolución de aquellas reacciones que podrían derivar en la conformación de un cuadro patológico.

Las manifestaciones emocionales deben valorarse con referencia al contexto de las características particulares del paciente y de su familia. Para acceder a éste conocimiento es necesario dialogar empática y dedicadamente con el niño/adolescente y sus padres. Privilegiar entre las acciones médicas el diálogo cuidadoso con el paciente, reduce el riesgo de "psicopatologizar" reacciones normales o desestimar la importancia de síntomas francos.

En esta revisión se excluyeron los cuadros confusionales, psicóticos y de déficit neurocognitivo. Todos ellos, de evidente causa orgánica, poseen pautas diagnósticas y de tratamiento diferentes de los cuadros que se describen a continuación.

## Trastorno adaptativo

Este trastorno se define por la presencia de síntomas depresivos, ansiosos y/o comportamentales reactivos a una situación estresante, de mayor intensidad que lo esperable y que trae aparejado un deterioro en el rendimiento social o académico<sup>4</sup>.

La definición no se adapta muy bien a la rea-

lidad de la población oncológica infantil. Para empezar, el rendimiento académico y social se ve afectado antes por la suspensión obligada de la escolaridad que por dificultades de adaptación. En cuanto al criterio cuantitativo, no existen patrones de reactividad emocional normal construidos en ésta población. Valorar las conductas del paciente como "no adaptativas" va a depender mucho del criterio particular del profesional.

Tanta participación de factores subjetivos en la valoración diagnóstica explicaría en parte, el amplio rango de prevalencia encontrado: 8%<sup>5</sup>, 52% y 70%<sup>2</sup> de los niños enfermos de cáncer padecerían trastornos adaptativos en el curso de la enfermedad. A pesar de las diferencias numéricas, parece haber consenso en que uno de los aspectos del cáncer que ofrece más dificultades a la adaptación es la incertidumbre sobre el futuro, y que la capacidad de los padres para contener y lidiar con la amenaza latente, es un factor clave para el afrontamiento del niño.

## Trastornos de ansiedad

Los problemas de ansiedad que manifiestan los niños con cáncer surgen debido a diversos motivos. Las frecuentes hospitalizaciones producen una ruptura de hábitos y vida cotidiana, limitan la descarga motora, y alejan al niño de sus seres queridos. El dolor, síntoma de la enfermedad o consecuencia de procedimientos médicos, es otra de las fuentes de ansiedad señalada con más frecuencia. Los procedimientos dolorosos pueden desencadenar ansiedad incluso ante la sola visión del hospital, agujas o personal médico. El pronóstico, el miedo a la muerte y a las secuelas de la enfermedad generan ansiedad especialmente si el niño percibe que se le está ocultando o falseando información.

La ansiedad suele manifestarse a través de insomnio, angustia de separación, quejas somáticas, y estados de inquietud, alerta, preocupación y desasosiego.

El insomnio es un síntoma que nunca hay que minimizar. Puede ser la manifestación inicial de un cuadro psiquiátrico de mayor gravedad. Pero aun cuando se limite a una expresión de ansiedad, su tratamiento es prioritario porque muy rápidamente origina nuevos síntomas psiquiátricos como irritabilidad y depresión, que se suman y agravan el cuadro de base.

Psicóloga clínica. Servicio de Salud Mental.  
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

Manifestaciones de angustia de separación en contextos poco conocidos ocurren normalmente entre los seis meses y los tres años de vida. Durante tratamientos prolongados e invasivos, la angustia de separación puede reaparecer en niños de todas las edades sobre todo en períodos de mayor sufrimiento somático o agravamiento de la enfermedad.

Las somatizaciones ansiosas son generalmente gastrointestinales, pseudoneurológicas y dolor. Dado que todos éstos síntomas pueden formar parte de la condición física del enfermo, imponen en primer lugar la realización de los estudios necesarios que confirmen o descarten etiología orgánica.

Se encontró una prevalencia de trastornos de ansiedad de entre el 30%<sup>5</sup> y el 50%<sup>7</sup>. Su presencia se asoció fundamentalmente al grado de distress y ansiedad parentales<sup>8</sup>.

### **Depresión**

Se manifiesta a través de estados persistentes de aislamiento, apatía, mutismo, tristeza, llanto y ausencia de juego.

Diversos estudios encontraron una prevalencia de depresión en la población oncológica infantil significativamente mayor que en la población sana<sup>8,11,12</sup>. Entre los adolescentes las mujeres estaban más afectadas que los varones, pero antes de los diez años no había diferencia en función del género<sup>11</sup>.

Los resultados publicados refieren desde ausencia de depresión<sup>16</sup>, hasta 12%<sup>12</sup>, 17%<sup>5</sup> y 22%<sup>11</sup>.

Aun cuando sólo un 10,1% de sobrevivientes incluyeron a la tristeza entre las experiencias más difíciles del cáncer, más de la mitad admitió haberla padecido y la evaluó como intensa, frecuente y estresante<sup>18</sup>.

Aunque existen trabajos que encuentran al grado de severidad de la enfermedad como primer determinante de depresión<sup>16</sup>, otros investigadores no encontraron esta asociación, comprobando contra sus previsiones que los pacientes cuyo afrontamiento en un primer tratamiento había sido optimista y poco ansioso, volvían a encarar el proceso del mismo modo después de una recaída<sup>15</sup>.

### **Estrés post traumático**

El conjunto de creencias y cogniciones de un individuo conforman un sistema desde el cual se interpreta el presente y se predicen eventos futuros. De éste modo, pueden experimentarse el mundo y la vida en forma coherente y relativamente estables. Sucesos inesperados como el diagnóstico de cáncer, producen un quiebre en éste sistema.

El cáncer impacta en forma sorpresiva y masiva.

Cuando los recursos psíquicos que tiene el

paciente para hacer frente al impacto son insuficientes, aparecen síntomas de estrés. Estados de aturdimiento, hiperalerta, flashbacks, pesadillas o intrusión de pensamientos e imágenes relacionadas con la situación temida son las manifestaciones más típicas. A diferencia del estrés postraumático "común", lo que se reexperimenta aquí no son hechos ocurridos sino escenas que se teme ocurran en un tiempo futuro.

Otro tipo de síntomas revelan los mecanismos defensivos dirigidos a reducir la intensidad del impacto. Síntomas de este tipo aparecen con frecuencia en reacción al impacto del diagnóstico: negar la gravedad de la información recibida, evitar personas y lugares que evoquen la situación amenazante y/o establecer un marcado desapego afectivo. Aunque todos éstos síntomas suelen presentarse separados o en forma combinada, es raro que se presente el síndrome de estrés post-traumático completo<sup>14</sup>. Se encontró una prevalencia de éste trastorno entre un 12,5%<sup>20</sup> y un 20,5%<sup>20</sup>.

### **Reacciones emocionales adversas** ***Sentimientos de culpa y vergüenza***

La percepción de los esfuerzos a los que se ve sometida toda la familia a causa de la enfermedad suele ser causa de autoculpabilización del niño. La vergüenza, generalmente a raíz de los cambios físicos, puede llevarlo a aislarse socialmente.

### **Regresión**

La regresión cumple una función protectora para el niño porque le permite recibir una mayor atención de parte del entorno. No obstante deja de formar parte de una reacción adaptativa cuando compromete su ajuste psicosocial.

### **Ira**

El enojo del niño por haber enfermado puede dirigirse hacia los padres, hermanos y/o equipo tratante dando lugar a conductas oposicionistas. Los padres deben aprender a manejar éstas conductas siendo comprensivos y firmes a la vez. En ocasiones, sentimientos de culpa o pena los llevan a dejarse maltratar o a ceder a exigencias del niño que atentan contra su seguridad. Los padres también deben lidiar a menudo con sus propios sentimientos de enojo. Si dirigen su ira hacia el equipo tratante, será mucho más difícil que el niño confíe, se sienta tranquilo y colabore activamente con el tratamiento. Si lo dirigen hacia el niño se observa intolerancia, fastidio, distanciamiento afectivo y exigencias desmedidas de adaptación.

### **Factores de riesgo**

Los factores que correlacionan positivamente

con presencia de psicopatología en oncología pediátrica son: cercanía temporal con el diagnóstico (7)(11)(13), bajo nivel de apoyo social de los padres (8), escasa cohesión familiar, patrones de comunicación intrafamiliar pobres (9, 10), existencia de problemas emocionales y conductuales previos del niño(10), bajo funcionamiento cognitivo (9), y afectación del sistema nervioso central(19).

El desarraigo es un factor de riesgo a considerar en nuestra población de pacientes. El traslado desde el interior del país imponen al niño y su cuidador (generalmente la madre), el alejamiento durante meses de afectos centrales como los del padre/esposo, hermanos, abuelos y amigos. Además de extrañar lo que habitualmente se comparte con ellos, la lejanía se produce cuando más necesario sería contar con su ayuda y contención. Para las madres, la pérdida de control sobre el cuidado de los hijos sanos es fuente de ansiedad, tristeza y sentimientos de culpa. Si además existen diferencias culturales importantes con el lugar de origen, éstas pueden dificultar la comprensión de la información e interferir la comunicación entre el paciente y el equipo tratante.

### ¿Cuándo consultar con Salud Mental?

Algunos síntomas exigen atención especializada desde su aparición. Estos son: presencia de deseos de muerte o ideas de suicidio (no confundir con los pedidos de información acerca de si se va a morir, o la expresión directa del miedo a morir a consecuencia de la enfermedad), insomnio pertinaz; expresión de ideas incoherentes, alucinaciones o cualquier fenómeno que haga sospechar confusión mental; conductas auto o heteroagresivas, conductas de riesgo (consumo de tóxicos, vagabundeo, delincuencia, etc.), riesgo social o cuidado deficiente.

Frente a estas situaciones debe realizarse la interconsulta con salud mental en forma inmediata, o recurrir a la internación del paciente si se evalúa que la situación implica riesgos para su integridad psicosocial.

Otros síntomas que pueden formar parte tanto de una reacción adaptativa adecuada como sintomática, (depresión, ansiedad, comportamiento regresivo, enojo, etc.) deben valorarse en función de su evolución, intensidad y grado de concordancia con la conducta habitual del paciente. Debe recordarse siempre que tanto el niño como sus familiares cercanos suelen ser buenos informantes acerca del carácter discordante o esperable de las reacciones que presenta en relación a su comportamiento previo. De allí la importancia de mantener una comunicación abierta y fluida con el paciente. Aun cuando no alcancen a conformar un trastorno psiquiátrico, deben ser

abordados por especialistas cuando persisten en el tiempo o empeoran; cuando contrastan con la forma habitual de actuar, pensar o sentir del niño, y cuando comprometen distintas áreas de la vida del niño (por ejemplo: está retraído en la consulta médica y también en la casa).

### CONCLUSIONES

Aunque la mayoría de los niños y adolescentes con enfermedad oncológica no presentan trastornos psicopatológicos, frecuentemente deben hacer frente a emociones y pensamientos de difícil manejo. Tristeza, angustia, aturdimiento, enojo, temor, inquietud, alarma, preocupación y ansiedad pueden obstaculizar el tratamiento. Un abordaje oportuno optimiza la capacidad de afrontamiento del paciente y de su familia.

### REFERENCIAS

1. Allen L, Zigler, E., 1986. Psychological adjustment of seriously ill children. En: Die Trill, M. Psico-oncología. Ed. Ades, 2003. cap. 5
2. Kupst MJ, Schulman JL, Maurer H, et al. (1983) Psychosocial aspects of pediatric leukemia: From diagnosis through the first six months of treatment. En: Die Trill, M (2003) op. cit
3. Brown RT, Kaslow NJ, Hazzard AP, et al. Psychiatric and family functioning in children with leukemia and their parents.(1992), en Die Trill, M (2003) op. cit.
4. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría. (DSM IV) Ed. Masson. 2001
5. Kashani J, Hakami N Depresión in children and adolescents with malignancy. Can J psychiatry, 1982, 27:474-77, citado en: Die Trill, M Psico-oncología Ed. Ades pag. 89
6. Díaz Atienza J. Introducción a la psicooncología pediátrica (programa de enlace para pediatría. Andalucía. España).
7. Sawyer, M Antoniou, G. Rice, M, Baghurst, P. Childhood cancer: a 4-year prospective study of the psychological adjustment of children and parents. Journal of pediatric hematology/oncology 22(3): 214-220.
8. Zeltzer LK, Symptom management. In In D. Bearison y RK Mulhern Pediatric psycho oncology New York: Oxford Un. Press. 1994
9. Farkas Patenaude, A, Kupst, MJ Psychosocial functioning in pediatric cancer. Journal of pediatric psychology 2005; 30 (1):9-27.
10. Eapen V, Revesz T, Psychosocial correlates of paediatric cancer in the United Arab Emirates. Support Care Cancer 2003; 11: 185-189
11. Çavusoglu, H Depression in children with cancer Journal of Pediatric Nursing, 2001;16(5): 381-385.
12. Lansky, List, Ritter Psychosocial consequences of cure.(1986) En: Eapen,V. Revesz T. 2003 op. cit
13. Phipps S, Long A, Hudson M, Rai SN Symptoms of post-traumatic stress in children with cancer and their parents: effects of informant and time from diagnosis Pediatric Blood Cancer 2005; 45(7):952-9.
14. Brewin et al. 1996. cit. En Brennan J. Adjustment to cancer Doping or personal transition?. Psycho-oncology 2001; 10: 1-18.
15. Grootenhuis M, Last B Children with cancer with different survival perspectives: defensiveness, control strategies, and psychological adjustment. Psycho-oncology 2001; 10: 305-314.
16. Bergevin, P and Bergevin, RM, (1995). Recognizing depression. En: Cavusoglu, H 2001 op. Cit.
17. Kaplan 1987. En: Díaz Atienza J. op. Cit.
18. Collins JJ, Byrnes ME, Dunkel IJ, Lapin J, Nadel T, Thaler HT, Polyak T et al. The measurement of symptoms in children with cancer. J pain Symptom Manage 2000; 19: 363-77.
19. Seidel et al., 1975; Breslau, 1985; Sillorpan, 1987; Howe, 1993). En Díaz Atienza J op cit.
20. Arteaga Cimadevila, N. Síndrome de estrés postraumático. En: Psicooncología, Die Trill, M. Ed. Ades, cap. 27.