



UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO

“EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO”

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE DE INCORPORACIÓN 8852-25

"Propuesta de clínica psico-oncológica para atención de
pacientes pediátricos Dr. José Méndez Venegas"

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO(A) EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

HUMBERTO ALEJANDRO UTRILLA FUENTES

DIRECTOR DE TESIS

MTRA. ANGELINA ROMERO HERRERA



ACAPULCO, GUERRERO Mayo, 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

“Si los niños tienen la habilidad de ignorar todas las posibilidades y porcentajes, quizás podemos aprender de ellos. Cuando piensas sobre ello, ¿qué otra opción hay aparte de la esperanza? Tenemos dos opciones, medicamento y emocionalmente: rendirnos o luchar.”

Lance Armstrong

Se dedica la siguiente investigación principalmente a todos los niños con cáncer que nos dan un ejemplo de fuerza y entusiasmo frente a las adversidades que les presenta la vida, muestra de fortaleza y busca de oportunidades para seguir creciendo personalmente a pesar de su enfermedad, regalándonos una gran sonrisa.

A los padres de familia de estos niños, que con su entrega y amor hacen que su camino sea más fácil.

Esperando que la siguiente investigación sea un granito de arena que aporte conocimientos y más oportunidades para ayudar a que su camino esté lleno de tranquilidad, pensamientos positivos e ideas que los ayuden a fortalecerse cada día más.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer principalmente a Dios por regalarme, fuerza y oportunidades que me ayudan a crecer más como profesional y principalmente como persona.

A mis papás por todo su apoyo en mis decisiones, y que con su ejemplo de crecimiento y dedicación me han ayudado a mantenerme firme en mis convicciones y centrado en mis metas para lograr alcanzarlas.

A mis hermanos que con su ejemplo de entrega en las actividades que nos gustan me enseñan que se puede alcanzar todo lo que nos propongamos por más largo y complicado que sea el camino.

Al Dr. José Esael Pineda Sánchez por su dedicación, ejemplo y comprensión, apoyándome en cada paso de la investigación, proporcionando conocimiento y experiencia que me ayudaron a terminar con éxito este objetivo

A mi directora de tesis la Mtra. Angelina Romero Herrera más que mi revisora, un gran apoyo que me ayudó a crecer tanto personalmente como profesionalmente, (nunca se me olvidará las técnicas a las cual usted tenía que recurrir para poder sacar todo mi potencial... ¡GRACIAS!).

Al Prof. Carlos Betancourt por su retroalimentación y aportaciones que ayudaron a enriquecer el proyecto dándole más profundidad al objetivo a alcanzar.

A la Prof. Lina De la Fuente Lora por sus aportaciones a este trabajo de investigación, además, de siempre estar al pendiente de un servidor para no distraerse y no dejar a un lado la titulación.

A los maestros que fueron parte de mi preparación académica durante mi estancia en la universidad compartiendo sus conocimientos, formándome con integridad y amplio criterio.

A mis compañeros de la universidad que me dieron la oportunidad de ser parte de grandes aventuras y buenos momentos durante estos años, enriqueciendo mi persona, mi corazón y mi mente.

Al IFAI por brindarme la información que necesitaba de manera fácil y eficaz , que vino a enriquecer este proyecto, y así poder alcanzar esta meta que sin la misma no podría haber logrado.

Al director de la Facultad de Psicología Prof. Fernando Reyes Baños por ser fuente de apoyo en la institución, siempre buscando la calidad institucional de la cual formamos parte.

A todos ustedes... ¡GRACIAS!

INDICE

Tabla de contenido

INTRODUCCION	8
CAPITULO I	
EL CANCER	11
1.1 Etiología	11
1.1.1 Factores genéticos	12
1.1.2 Factores hormonales y de reproducción.....	12
1.1.3 Factores infecciosos.....	13
1.1.4 Factores ambientales.....	13
1.1.5 Factores físicos.....	14
1.2 Tratamientos	14
1.2.1 Cirugía.....	15
1.2.2 Quimioterapia.....	16
1.2.3 Radioterapia.....	16
1.2.4 Trasplante de células progenitoras hematopoyéticas.....	17
1.3 Epidemiología	17
a) Leucemia Aguda Linfoblástica.....	18
b) Leucemia aguda Mieloblástica.....	18
c) Tumores del Sistema Nervioso Central.....	18
d) Linfoma de Hodgkin.....	18
e) Linfoma no Hodgkin.....	19
f) Tumores de Células Germinales.....	19
g) Retinoblastoma.....	19
h) Histiocitosis.....	20
i) Tumores Renales.....	20
j) Rabdomiosarcoma.....	20
k) Sarcomas de Partes Blandas no Rabdomiosarcoma.....	20

l) Osteosarcoma.....	21
m) Tumores Hepáticos.....	21
n) Tumores Neusoblásticos.....	21
ñ) Tumores de la Familia del Sarcoma de Ewing.....	22
o) Otras Neoplasia.....	22
1.4 Epidemiología del Estado de Guerrero.....	22
1.5 Cáncer Infantil.....	24

CAPITULO II

PSICOONCOLOGIA.....	26
2.1 ¿Qué es la Psicooncología?.....	26
2.1.1 Historia de la Psicooncología.....	26
2.2 La Psicooncología y su relación con otras disciplinas.....	28
2.3 Cuidados Paleativos.....	29
2.4 Bioética.....	30
2.5 Counselling.....	33
2.6 Psicología Clínica y de la Salud.....	35
2.7 Oncología Médica.....	38
2.8 Oncología Quirúrgica.....	39
2.9 Oncología Radioterápica.....	40
2.10 Psiconeuroinmunología.....	41
2.11 Consejo Genético Oncológico.....	42
2.12 Medicina Conductual.....	43

CAPITULO III

AFRONTAMIENTO.....	44
3.1 Estrés.....	44
3.1.1 El estrés como estímulo.....	45

3.1.2 El estrés como respuesta.....	45
a) Fase de alarma.....	46
b) Fase de resistencia.....	46
c) Fase de agotamiento.....	46
3.2 Biología del estrés.....	46
3.3 Estrés infantil.....	47
3.3.1 El estrés infantil y sus principales ámbitos.....	49
3.4 Definición de afrontamiento.....	50
3.5 Funciones de afrontamiento.....	52
3.6 Estilo y estrategias de afrontamiento.....	53
3.7 Resiliencia.....	55
CAPITULO IV	
PROPUESTA.....	57
CAPITULO V	
CONCLUSIONES.....	79
REFERENCIAS.....	81
ANEXOS.....	89

RESUMEN

De manera general, se considera que el cáncer y sus tratamientos son una experiencia estresante, traumáticas para los niños así como para sus familias, debido a las numerosas situaciones potencialmente estresantes a las que debe enfrentarse en el curso de la enfermedad, entre los que se encuentran amenazas para la vida a la integridad física, procedimientos médicos invasivos y dolorosos importantes efectos secundarios derivados de los tratamientos, cómo son cambios físicos y funcionales frecuentes hospitalizaciones, alteración de la rutina cotidiana así como de la dinámica familiar, social y escolar etc. es por ello que la forma en la que los niños manejan el estrés experimentando y afronta la situación resulta importante ya que esto puede influir de manera considerable en el curso de la enfermedad.

El presente trabajo tuvo como objetivo principal crear la clínica psico-oncológica para atención de pacientes pediátricos Dr. José Méndez Venegas, brindando atención psicológica a niños con cáncer durante su proceso de salud-enfermedad; y así tanto la psicología y la medicina pueden incrementar sus expectativas de vida.

Palabras Claves: Afrontamiento, estrategias, cáncer, hospitalización, niños, psicooncología, estrés.

INTRODUCCIÓN

El cáncer infantil más que una estadística, es una realidad. Una realidad que determina y que a su vez es determinada por un paciente, por una familia y su entorno. Cuando un niño enferma de cáncer, él y su familia deben hacer frente a una serie de implicaciones que derivan especialmente de ese diagnóstico.

Si bien es cierto que durante los últimos años se ha recorrido un largo y difícil camino en la tarea de mejorar la calidad de vida de los niños con cáncer y la de sus familias a partir de avances en los medios de diagnóstico y en la efectividad de los tratamientos y de progresos en las condiciones hospitalarias y en la atención educativa queda, sin embargo, un largo camino por recorrer hasta conseguir un modelo ideal de intervención dando a los pacientes y no la enfermedad sean el objetivo de cuidado. Esta evaluación conceptual es la que sustenta la importancia de la aplicación de los principios de la psicología con respecto a la atención del niño con enfermedad oncológica, así como la participación activa de la psicooncología y otras ciencias o disciplinas.

La primera causa de muerte en la edad pediátrica en México, es sin duda el cáncer infantil, entre niños de 5 a 14 años de edad (CeNSIA, 2014). Cada año en México se diagnostican alrededor de 5,000 y 6,000 nuevos casos, lo cual concuerda con el número de oncólogos pediatras, puesto que solo se tiene contabilizado un total de 135 a nivel nacional. Hoy en día la supervivencia del paciente pediátrico con padecimiento oncológico es de un 70%, siempre y cuando el diagnóstico sea oportuno, correcto y el tratamiento se lleve a cabo en un hospital de alta especialidad.

Como se hace mención en este trabajo de investigación, existen diversos tipos de cáncer infantil que incluyen tumores cerebrales, leucemias y sarcomas, cada una con su respectiva sintomatología. Cabe destacar que ser diagnosticado con cáncer, es sin duda un golpe que cambiará la vida del individuo que la padece, esto implica una serie de ajustes en su vida, por las diversas etapas a las

que se verá sometido durante el transcurso del tratamiento; por ende se verán afectadas las personas que lo rodean, sobre todo a la familia de primer grado, debido a que en la mayoría de los casos, son ellos quienes tendrán que hacerse cargo del paciente y además, tienden a ser partícipes activos durante el periodo que abarque la enfermedad, por consecuencia la homeostasis familiar se ve afectada y sujeta a cambios bruscos en corto plazo.

Haciendo énfasis en el capítulo II del presente trabajo de investigación; la Psicooncología es una rama especializada de la psicología que atiende las situaciones emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad oncológica, de sus familiares y del personal sanitario (enfoque psicosocial); por otra parte lleva a cabo el estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que intervienen en la morbilidad y mortalidad del cáncer (enfoque biopsicosocial). Gracias a la intervención de nuevas disciplinas como la oncología médica, la bioética y la psicología de la salud, entre otras, han contribuido a la expansión de los campos de investigación en el área médica. A todo esto el resultado obtenido es la disciplina que lleva por nombre Psicooncología; y por consecuencia terapéutico del cáncer. Dicha disciplina se vio impulsada por las aportaciones de la psicología de la salud y el modelo biopsicosocial con referencia a los avances obtenidos.

El paciente pediátrico con padecimiento oncológico manifiesta los síntomas físicos de la enfermedad y del tratamiento, tal es el caso de los vómitos, náuseas, pérdida de peso o fatiga, pero además se ve afectado por sus repercusiones psicológicas. Al menor que se le diagnostica una enfermedad como lo es el cáncer se enfrenta a una amplia gama de emociones: miedo, ira, soledad, depresión o ansiedad. Su nivel de desarrollo va a determinar la naturaleza del impacto emocional del cáncer y las estrategias que empleará para afrontar la enfermedad.

Los problemas de estrés que tienden a manifestar los niños con cáncer surgen debido a diversos motivos. Los más recurrentes son las hospitalizaciones que suponen una ruptura en sus hábitos y su vida cotidiana, la separación de sus

padres y hermanos, y el miedo a la muerte, sobre todo si la información que se les proporciona es contradictoria. Además también suelen sentirse alterados por las batas blancas, instrumentos médicos, por la toma de diversos fármacos, el sueño, el dolor y procedimientos médicos; los cuales son manifestados por náuseas, erupciones cutáneas, insomnio y/o llantos. La intervención quirúrgica es un estresor de mucha relevancia.

CAPITULO I

EL CÁNCER

Bajo la denominación de cáncer se agrupa un conjunto diverso de enfermedades que comparten el crecimiento sin control y la propagación de células anormales del cuerpo. Las células del organismo normalmente crecen, se dividen y mueren. En los primeros años de vida la división celular es muy rápida; posteriormente, la división únicamente se lleva a cabo para reemplazar las células desgastadas o moribundas y reparar lesiones. Las células malignas, sin embargo continúan su división y se acumulan formando tumores que comprimen, invaden y destruyen el tejido normal. Estas células pueden desprenderse y viajar a través de la sangre o el sistema linfático a otras partes del cuerpo, donde se establecen y continúan creciendo en un proceso que se conoce como metástasis (Cárdenas, 2007).

Los tipos de cáncer que más afectan a los niños son la leucemia y los tumores del sistema nervioso central, seguido por los neuroblástomas, linfomas, los tumores de tejidos blandos, renales y óseos (Moreno y cols., 2007).

El cáncer en niños es predominante de origen embrionario, además de que tiene una mejor respuesta a los métodos terapéuticos, en comparación con el cáncer de adultos. En los últimos años se han modificado los esquemas terapéuticos para minimizar los efectos a largo plazo, tanto físicos como sociales.

1.1 Etiología.

El cáncer es considerado como una enfermedad multideterminada y los factores que pueden determinar su aparición se han agrupado en varias categorías: factores genéticos, factores hormonales y de reproducción, factores infecciosos, exposición a agentes ambientales y factores físicos. El conocimiento de la capacidad etiológica de cada uno de estos factores es aún muy impreciso,

de tal manera que en ocasiones podremos encontrar relaciones causales, pero en la mayoría de los casos tendremos que tratar estos factores como meros factores de riesgo que se asocian con la aparición y el desarrollo del cáncer.

1.1.1 Factores genéticos

Según González (2008), Existen factores propios del huésped que influyen en la formación del cáncer. Para algunos tipos de neoplasias se sabe que existe un patrón hereditario bien definido. Se conoce también que solamente una pequeña proporción de neoplasias se heredan por la transmisión de un sólo gen y cuando la enfermedad no es heredada como tal es decir, cuando no se manifiesta, los genes heredados se identifican como preneoplásicos. Además, se ha observado que la mayor parte de los casos de cáncer son el resultado de datos al material hereditario (DNA) de las células, los investigadores han descubierto ciertos genes particulares que inician la formación del cáncer llamados oncogenes. Estos genes representan las versiones mutantes, los cuales ocasionan que las células se descontroten y se desarrollen tumores. Los errores genéticos no deben de ser confundidos con la herencia ya que ocurren dentro de los cuerpos celulares y no son transmitidos a los niños.

1.1.2 Factores hormonales y de reproducción

Se cree posible que el desequilibrio hormonal es responsable de ciertos tipos de cáncer entre los cuales se encuentran los tumores uterinos, los mamarios y los prostáticos. Las hormonas son capaces de desencadenar cáncer de manera directa, no obstante también pueden potenciar la acción de otros agentes cancerígenos. Además, se considera que ciertos factores relacionados con el ciclo reproductivo de la mujer, como una menarquia precoz, una menopausia tardía, la ausencia de embarazos o embarazos en edades superiores a 35 años, pueden estar implicados en la aparición de cánceres como el de mama, en tanto que la

lactancia natural podría tener un efecto protector (De vita, Hellman y Rosenberg, 1993).

1.1.3 Factores infecciosos

Existen otros cánceres que se deben a agentes infecciosos. Entre ellos, cabe destacar los retrovirus, de los que tan sólo han sido implicados como causa directa en el cáncer humano dos: el virus de la leucemia de la célula T y el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) implicado en la presentación de diversos linfomas, del sarcoma de Kaposi y de ciertos tumores epiteliales. Asimismo, se incluyen dentro de esta categoría de factores los virus ADN, como el virus del papiloma humano o los herpes virus, transmitidos por vía sexual, y los virus ARN que engloban los virus de la hepatitis B y C, implicados en la aparición de los carcinomas hepáticos, un tipo de cáncer de hígado (De Vita y cols. 1993).

1.1.4 Factores ambientales

La exposición a ciertos agentes ambientales, como los químicos y las radiaciones, es responsable de algunos de los tumores malignos diagnosticados. Así, algunos cánceres de piel pueden estar producidos por la exposición a determinadas sustancias, como el alquitrán o los productos intermedios de la combustión. De hecho, hay más probabilidad de padecer cáncer los individuos que están expuestos a determinados productos o agentes carcinógenos, tales como el arsénico inorgánico, el benceno o el cloruro de vinilo, estando bien documentado el riesgo de padecer cáncer de pleura (mesotelioma) y de cáncer de pulmón en caso de estar interactuando constantemente con el asbesto o amianto (Organización Mundial de Salud, 2014).

1.1.5 Factores físicos

Las radiaciones de cualquier tipo como las ionizantes y las ultravioletas están asociadas al desarrollo de las neoplasias por que alteran la estructura de las células. Existen datos que corroboran esto, por ejemplo se sabe que los sobrevivientes a la explosión atómica de Hiroshima y Nagasaki han desarrollado en gran porcentaje leucemia granulocítica aguda. La radiación solar es otro factor de riesgo, para desarrollar cáncer cutáneo y melanoma, siendo las más susceptibles las personas de raza blanca y la gente que trabaja a la intemperie (Organización Mundial de la Salud, 2014).

1.2 Tratamientos.

Alvaradejo y Delgado (citado en Ayala y García, 2001) hablan acerca del tratamiento primordial para el cáncer hoy día es usualmente multimodal, que consisten en cirugía, quimioterapia y radiación y en ocasiones trasplante de célula progenitora hematopoyéticas. Para la mayoría de los pacientes la meta inicial es la cura y en última instancia la búsqueda de un paliativo eficaz, que le permita al paciente mejorar su condición de vida, mediante el alivio de síntomas. El tratamiento oncológico más común en niños, depende en gran medida del tipo de neoplasia. La mayoría de los pacientes pediátricos reciben de dos a más de las tres modalidades de tratamiento, con la finalidad de lograr el decremento o la erradicación de los síntomas del cáncer, también llamada remisión de la enfermedad.

El tratamiento de las neoplasias depende necesariamente de factores como el diagnóstico, el estudio en el que se presentó el padecimiento, histopatología, además de la edad del paciente. En el caso de las leucemias y los linfomas el tipo de manejo incluye: fase de inducción, consolidación, manteamiento, dicho manejo en ocasiones abarca de dos a tres años el tratamiento.

En el caso de los tumores sólidos, el manejo inicial es mediante quimioterapia, neoadyuvante con el propósito de disminuir la carga tumoral, además de realizar cirugía parcial o en su total continuar con quimioterapia adyuvante. Sin embargo, cabe mencionar que de acuerdo al estadio de dicha enfermedad será la duración del tratamiento. Para el estadio I el tratamiento deberá abarcar un periodo de 6 meses, para el estadio II el periodo es de 12 meses, 18 meses para el estadio III y por último para el estadio IV es de 24 meses (Manual de Oncología Pediátrica 2001).

Ayala y García (2001) mencionan que al término de su tratamiento de neoplasias hematológicas o de tumores sólidos, el paciente iniciará la fase de vigilancia, la cual tiene un periodo de 5 años y durante ese tiempo el paciente acude a revisión médica de manera constante, de tal forma que al concluir la fase de vigilancia, al paciente se le considera curado. Sin embargo existen probabilidades en cualquier etapa de las mencionadas, de recaídas de la enfermedad, por lo que se debe reiniciar el manejo en cada una de sus etapas con una o más de las modalidades de tratamiento.

No obstante, los tratamientos antes mencionados, no son a lo único a lo que se enfrentan los pacientes oncológicos pediátricos, ya que además deben someterse a procedimientos como los son: los exámenes de sangre, aspirado, biopsia de médula ósea y/o punción lumbar; esto es con el fin de dar un diagnóstico preciso del padecimiento o en su caso para tener parámetros de control sobre la enfermedad (Ayala y García, 2001).

1.2.1 Cirugía

Las cirugías siguen siendo una opción esencial en muchos tumores sólidos, tal es el caso de los: sarcomas de partes blandas, tumor de Wilms, Osteosarcoma, Retinoblastoma, Neuroblastoma, tumores testiculares, t. del ovario, tumores cerebrales y sarcoma de Ewing (Rodríguez, 2013).

Griffiths, Murray y Russo (citado en Ayala y García, 2001) afirman que la cirugía en la edad pediátrica tienen las siguientes funciones: determinar el diagnóstico del paciente mediante una biopsia; extirpar el tumor primario, antes de iniciar el tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia; eliminar la masa tumoral residual, después de haber sometido al paciente a radioterapia y/o quimioterapia, en caso necesarios; se debe de llevar a cabo operaciones, tal es el caso de la laparotomía exploradora, para determinar con exactitud la extensión de la enfermedad; y por último reconstruir y rehabilitar tejidos y órganos dañados por las diferentes medidas terapéuticas.

1.2.2 Quimioterapia

La quimioterapia es uno de los pilares de tratamiento para la erradicación del cáncer infantil. Actualmente existen más de 30 drogas aprobadas internacionalmente e incorporadas en los protocolos. Cabe mencionar que la quimioterapia fue introducida a finales de la década de los 40 por Goodman y Gilman (mostaza nitrogenada) y por Farber (aminoterapia, precursor del metotrexato). Sin embargo, una de las principales limitaciones de los quimioterapéuticos es la toxicidad que se explica por su mecanismo de acción de interferir el ciclo celular que es común en todas las células del organismo especialmente en aquellas que tienen una gran multiplicación celular: sistema hematopoyético (anemia, neutropenia, trombocitopenia), sistema digestivo (mucositis, diarrea y tiflitis), piel y faneras (dermatitis, alopecia), gónadas después de la pubertad (esterilidad). Además de que también suelen ser afectados otros sistemas u órganos (Rodríguez, 2013).

1.2.3 Radioterapia

Para Rodríguez (2013), la radioterapia es un tratamiento muy eficaz en la mayoría de los casos de cáncer pediátrico, ya que este tratamiento brinda tasas elevadas de control local tumoral de la zona tratada, como lo son los tumores

cerebrales, Hodgkin, sarcoma, retinoblastoma, tumor de Wilms, leucemias y linfomas. Las secuelas que puede provocar la radioterapia en los pacientes pediátricos son: tumores secundarios, efectos tóxicos y además producir retardo en el crecimiento; sin embargo, los efectos secundarios que produce este tratamiento para combatir el cáncer infantil han obligado a disminuir la dosis y además en ciertas circunstancias prescindir de dicho tratamiento.

1.2.4 Trasplante de células progenitoras hematopoyéticas

Los trasplantes de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH), consiste en la infusión de estas células adquiridas de la médula ósea, el cordón umbilical, la sangre periférica o el hígado fetal, ha pacientes que han sido acondicionados para recibir el injerto, debido a que constituye una terapéutica útil, en ocasiones única, para las enfermedades oncológicas (Rodríguez, 2013).

Epidemiología.

En un periodo de tiempo de 15 años, comprendido de enero de 1993 a diciembre del 2007, se llevó a cabo un análisis epidemiológico de tipo cualitativo, para conocer las frecuencias y las tendencias en pacientes que han sido diagnosticados por primera vez con cáncer pediátrico en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Del total de casos, 1895 fueron neoplasias hematológicas (leucemias, linfomas e histiocitosis) y 1508 tumores sólidos. El género masculino obtuvo una mayor incidencia con 1875 (55%) pacientes en comparación con el género femenino con 1528 (45%) pacientes.

a) Leucemia Aguda Linfoblástica

Dentro de la oncología pediátrica, las leucemias agudas linfoblásticas fueron las neoplasias con más frecuencia con un total de 1142 casos (33.5%) de los cuales 649 casos (57%) fueron del género masculino, mientras que 493 cosas (43%) pertenecían al género femenino. La mediana de edad que se presentó fue de 6 años de edad (rango de 0 a 18 años de edad). El promedio de casos nuevos de leucemias agudas linfoblásticas por año fue de 76 casos.

b) Leucemia Aguda Mieloblástica

Se obtuvo un total de 239 casos de leucemias agudas mieloblásticas, el cual corresponde al 7.0 % de todas las neoplasias malignas. Con respecto al género masculino se registraron 127 (53%) casos, mientras que 112 (47%) casos se registraron al género femenino. La mediana de edad fue de 8 años (rango de 0 a 18 años de edad). El promedio de casos nuevos por año fue de 16 casos.

c) Tumores del Sistema Nervioso Central

Con respecto a los tumores del sistema nervioso central, estos representan el 13.4% del total de las neoplasias con 458 casos; dentro de los cuales se registraron 261 (60%) casos al género masculino y 197 (40%) casos fueron registrados al género femenino; mientras que la mediana de edad fue de 6 años (rango de 0 a 18 años de edad). Es por eso que el promedio de casos nuevos de tumores del sistema nervioso central es de 30 casos por años.

d) Linfoma de Hodgkin

Se registraron 176 casos de linfoma de Hodgkin, lo que representa el 5.1% del total, en donde 127 casos (72%) fueron para el sexo masculino y 49 (28%)

para el sexo femenino; con esto la mediana de edad fue de 8 años (rango de 1 a 16 años de edad). Con esto el promedio de casos nuevos por año fue de 12 casos.

e) Linfoma no Hodgkin

Hubo un total de 176 casos registrados por linfomas no Hodgkin, que por ende representan el 5.1%, de los cuales 129 (73%) casos fueron registrados al género masculino, mientras que 47 (27%) casos fueron para el género femenino. La mediana de edad fue de 6 años (rango de 0 a 18 años). El promedio de casos nuevos por año fue de 12.

f) Tumores de células Germinales

Se registraron 211 casos de tumores de células germinales, lo cual representa el 6.2% del total de las neoplasias. De acuerdo con los casos registrados, 112 (53%) fueron para el género masculino y 99 (47%) casos para el género femenino. La mediana de edad que se registró fue de 6 años (rango 0 a 18 años); además el promedio de casos nuevos por año fue de 14.

g) Retinoblastoma

El número de pacientes con diagnóstico de retinoblastoma fue de 190 casos, que representó el 5.5 % del total, por ende 98 (51%) casos fueron masculinos y 92 (49%) femeninos, con una mediana de edad de 1 año (rango de 0 a 14 años). El promedio de casos nuevos por año fue de 13.

h) Histiocitosis

Se localizaron un total de 144 pacientes diagnosticados con Histiocitosis de células de Langerhans que representó el 4.2% del total de neoplasias analizadas, 85 (60%) casos fueron del sexo masculino y 59 (40%) casos al género femenino, con una mediana de edad de 1 año (rango de 0 a 11 años). El promedio de casos nuevos por año es de 10.

i) Tumores Renales

Se encontraron 139 casos de tumores malignos de riñón. De ellos 64 (51%) fueron del género masculino y 61 (49%) del femenino. La mediana de edad que se presentó fue de 2 años (rango de 0 a 14 años). Además el promedio de casos nuevos por año fue de 8.

j) Rabdomiosarcoma

Se registraron 125 casos de rabdomiosarcoma (RMS), lo que corresponde al 3.6 % de las neoplasias malignas, de ellos 74 casos fueron del sexo masculino (59%) y 51 casos (40%) al sexo femenino, con una mediana de edad de fue 4 años (rango 0 a 18 años). El promedio de casos nuevos por año fue de 8.

k) Sarcoma de Partes Blandas no Rabdomiosarcoma

Se obtuvieron un total de 42 casos de sarcomas de partes blandas no Rabdomiosarcomas, el cual representa el 1.2% de todas las neoplasias, de acuerdo al registro 20 pacientes son del género masculino (47.6%) y 22 femenino (52.4%). El promedio de casos nuevos por año fue de 3.

l) Osteosarcoma

Hubo un registro de 119 casos por osteosarcoma (3.5%). Al sexo masculino le correspondieron 63 casos (5.3%) y 56 al femenino (47%). La mediana de edad fue de 11 años (rango de 1 a 18 años). El promedio de casos nuevos diagnosticados por año es de 8.

m) Tumores Hepáticos

Se encontró un total de 90 tumores hepáticos malignos, que representaron el 2.6% del total de neoplasias malignas; de ellos 40 casos fueron del género masculino (52%) y 37 (48%) femenino, con una mediana de edad de 1 año (rango de 0 a 9 años). El promedio anual de casos nuevos fue de 5.

n) Tumores Neuroblásticos

Se registraron un total de 72 tumores neuroblásticos, de las cuales 56 casos fueron neuroblástomas, que representaron el 1.6% de las neoplasias analizadas, de las cuales 29 casos fueron del género masculino (52%) y 27 femenino (48%), donde la mediana de edad fue de 12 meses (rango de 0 a 13 años). El número promedio de casos nuevos por año fue de 4.

ñ) Tumores de la Familia del Sarcoma de Ewing

Se obtuvieron 38 casos de tumores de la familia del sarcoma de Ewing, lo que representa el 1.1 % de todas las neoplasias; al género masculino le correspondieron 20 casos (53%) y 18 (47%) al femenino. La media de edad fue de 6 años (rango 0 a 18 años). El promedio de casos nuevos por año fue de 2.5.

o) Otras Neoplasias

Se encontraron un total de 24 neoplasias poco comunes, el cual representaron el 0.7% de las neoplasias malignas. De ellas, 13 fueron carcinomas de tiroides, 8 carcinomas suprarrenales, 2 casos de adenocarcinomas del colon y un caso de pancreatoblastoma.

1.3 Epidemiología del Estado de Guerrero

Descripción sociodemográfica sobre la población oncológica del Estado de Guerrero en edad pediátrica (IFAI, 2014).

Tabla 1. Menores de 20 años con cáncer según sexo masculino, edad y año de diagnostico Guerrero, 2004 - 2014

Edad al Diagnostico	Año de diagnostico											Total
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
0			2	3	2		2	3	1	2		15
1		3	2	2	1	4	2	9	5	2		30
2		44	1		4	3	2	1	2	2	2	21
3		1	3	3	4	2	6	4	6	4	2	35
4	1	1		2	3		4	3	2	1		22
5		2	2	3	3	4	1	1	2	7	1	26
6		1	1	1	1	2		1	3	1		11
7			2	7	1	2			1		1	14
8					2	2	1	2	1	2		10
9			1	3	1	4		3	2		1	18
10			2			1			3	2	2	10
11	1			1	1	2	1	1		1	1	9
12		1	1	1	1			1	2	3	1	11
13		2	4	1	2	1	4	4	2	2	2	24
14			2	2	2	2		3	3	1		15
15		1	2	1		4			2			10
16			3	5	1	1	5	4	3			22
17		1				1	1	3	1	2	1	10
18				1		2	5	2			1	11
Sin dato						1						1
Total	2	20	28	36	29	43	34	45	41	32	15	325

FUENTE: IFAI 2014

Tabla 2: Menores de 20 años con cáncer según sexo femenino, edad y año de diagnóstico Guerrero 2005 - 2014

Edad al Diagnóstico	Año de diagnóstico											Total
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Sin dato	
0	1			1		1	2					5
1	1	2	1	3		3	1		2	1		14
2	3	2		1	1	3	3	1	3			17
3		2		1	4	2	1	1				11
4	1	1	4		1	2	1	1	3			14
5	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1		12
6	2	2		2	2	1	1	1	2	1		14
7	1		1			1	1		3	1		8
8		2	3		2		2	2	1	1		13
9	1			1		1	2	1	5			11
10	2	1	1		2	4	2	3	1			16
11			3	1	4	1	1	2	3			15
12		4	2	2	2	2	4	2	1	1		19
13	2		1	1	3	4	1	1	1			15
14		3		1	2		1	2	5			14
15		1				4		3	3	1		11
16	2	1	1		2			1	3	2		11
17		2		1	2		3					10
18						1	3	1				5
19								1				1
Sin dato					1						1	2
Total	17	24	18	16	29	31	31	24	38	9	1	238

FUENTE: IFAI 2014

Cáncer Infantil

Según la Secretaria de Salud (2014), en México se diagnostican alrededor de 6,000 casos de cáncer en menores de 18 años de edad, entre los que destacan de manera primordial las leucemias, que representan el 52% del total de los casos; los linfomas el 10% y los tumores del sistema nervioso central con un 10%. En nuestro país el índice de sobrevivencia es del 56% del diagnóstico y el índice de mortalidad anual es de 2,150 pacientes con cáncer infantil en la última década. De acuerdo con estos datos, desde el 2013 el cáncer infantil en México es la principal causa de muerte por enfermedad en mexicanos entre 5 y 14 años de edad.

Debido a que se desconocen las causas del cáncer infantil, existen suficientes razones científicas para determinar que la exposición a factores de riesgo carcinógeno (compuestos ambientales derivados del benceno y plaguicidas, así como estar expuesto a campos electromagnéticos) pueden ser causantes de las neoplasias en la población infantil (Msefer, 2010).

El cáncer pediátrico constituye un diagnóstico que nos enfrenta con la posibilidad de una muerte inminente; sin embargo, el avance de los tratamientos y con la ayuda de médicos especialistas como los oncólogos, algólogos (especialistas en el tratamiento del dolor), psicooncólogo, etc., hace que las expectativas de vida sean mayores en los infantes.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014), en México, durante el 2011 del total de egresos hospitalarios por tumores que se registraron, el 55.6% fueron para tumores malignos dentro de la población infantil, mientras que la proporción de egresos hospitalarios por neoplasias malignas en relación con los tumores en general es más alta que en la población adulta (70.6% y 53.2%, respectivamente).

En cuanto a las características de esta enfermedad Yélamos, García, Fernández y Pascual (2014), afirman que el cáncer en los niños se produce con mayor rapidez debido a que las células tumorales suelen ser embrionarias e

inmaduras, por consecuencia su crecimiento es más rápido y agresivo desarrollando metástasis de manera temprana.

Según la American Cancer Society (2014), el cáncer pediátrico es muy diferente a comparación al cáncer que afecta en la etapa adulta, debido a cambios genéticos dentro de las células del infante, y en algunas ocasiones antes del nacimiento; todo lo contrario a muchos cánceres en el adulto. El cáncer infantil tiende a responder de mejor manera a los tratamientos médicos; por un lado, los cuerpos de los niños tienden a tolerar de mejor forma la quimioterapia y la radioterapia como tratamiento oncológico principal, sin embargo, dichos tratamientos causan en el paciente efectos secundarios como: náuseas, vómitos, anemia y pérdida del cabello. A todo ello, para que el paciente reciba tratamiento, es necesaria la hospitalización.

CAPITULO II

LA PSICOONCOLOGÍA

2.1 ¿Qué es la psicooncología?

Según Cruzado (2010), la psicooncología es una rama especializada de la psicología y las ciencias biomédicas enfocada en la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como al mejoramiento de las competencias comunicativas y de la interacción sanitaria, además hace énfasis en la optimización de los recursos, con el fin de promover de manera eficaz y sobre todo de calidad a los servicio oncológicos.

La psicooncología es una disciplina nueva, que nace a raíz de los diferentes retos psicosociales que se manifiestan con respecto a la atención del enfermo oncológico, por ejemplo: problemas emocionales, el manejo adecuado del dolor, la adherencia al tratamiento oncológico, los cuidados paliativos, etc.

2.1.1 Historia de la Psicooncología

Debido a la demanda de nuevos tratamientos médicos para la erradicación de los problemas oncológicos, han salido a la luz una serie de efectos secundarios, que tienen una relación más apegada a los aspectos psicológicos del enfermo que con la entidad biológica de la cual está siendo tratado.

La aparición de náuseas y vómitos anticipatorios, producidos por condicionamiento clásico en pacientes oncológicos, provocó de manera urgente que los psicólogos especializados en el área del conductismo, se encargaran del tratamiento de estos pacientes que presentaban dicha sintomatología; de igual manera sucedió con enfermos que presentaron ansiedad y depresión antes de ser diagnosticados con cáncer; esto provocó la intervención del psicólogo en el área de servicios oncológicos. Es por eso, que la psicología realiza sus primeras aportaciones en el campo de la oncología debido a la necesidad que tienen los

propios médicos por facilitarles tratamiento psicológico al paciente con cáncer (González, 2008).

Para la década de los 50 la psicología se hacía presente por medio del psicoanálisis y, por ende, era representada por la medicina psicosomática, que a la vez buscaba el simbolismo escondido en la localización de la enfermedad. La década de los 50 hizo que los psicólogos se enfocaran en la ansiedad ante la muerte y en buscar métodos que ayudaran a superar su trance, debido a que el cáncer fue considerado una enfermedad mortal y no curable.

Con el comienzo de la década de los 60, el interés por la muerte en paciente oncológicos aumenta; es por eso que la psicología se enfoca en comprender el proceso por el cual pasa el enfermo al enterarse que morirá, o ayudarlo a tener una buena muerte. A raíz de esto, los médicos se inclinaron por el principio de beneficencia, esto con el fin de evitar hacer daño al enfermo oncológico, y convencidos, más por experiencia personal que por conocimiento científico, del hecho que saber el diagnóstico de cáncer, podía tener consecuencias muy graves para la evolución del enfermo, es por eso que su actividad estaba precedida por la no información al paciente con diagnóstico de cáncer (González, 2008).

Las primeras terapias psicológicas para enfermos oncológicos fueron la relajación, la desensibilización sistemática y la hipnoterapia, estas se dieron a partir de la década de los 70, con el fin de combatir los efectos secundarios que provocaban la radioterapia y la quimioterapia.

Según González (2008) con la década de los 80 el panorama de la Psicooncología fue favorecida con la aparición de los principales modelos interpretativos que darían margen al papel que juegan las variables psicológicas con respecto a la iniciación, progresión y recurrencia del cáncer. Tal es el ejemplo de:

- El modelo de Greer - neuroticismo.
- El modelo de Levy - extraversión.
- El modelo de Temoshok - apoyo social.
- El modelo de Eysenck – estrategias de afrontamiento.

Con el inicio de la década de los 90, el campo de la Psicooncología fue enriquecida con la aparición de una nueva área de investigación llamada psiconeuroinmunología; además, el papel del psicooncólogo profesional de la salud mental especializado y formado en el cuidado del enfermo con cáncer y de su familia, y en el trabajo con los miembros del personal sanitario oncológico, toma una mayor relevancia en el entorno sanitario (González, 2008).

2.2 La Psicooncología y su relación con otras disciplinas

Proponer a la Psicooncología como un trabajo interdisciplinario implica darle el lugar e interés a cada una de las disciplinas que aportan para su estudio; ya que tiene consecuencias en diferentes aspectos: psicológicos, sociales, culturales, éticos, legales, espirituales, religiosos y de sexualidad en el paciente con cáncer, la familia, y el equipo terapéutico, así como de las reacciones secundarias y colaterales de los tratamientos oncológicos; es por eso, que para alcanzar los objetivos la Psicooncología necesita; del apoyo y trabajo conjunto de diversos especialistas enfocados en un mismo fin, el bienestar del ser humano que ahora vive enfermo de cáncer y requiere de cuidados profesionalizados desde una perspectiva integral (Alvarado y cols; 2009).

Por lo tanto, el desarrollo de la Psicooncología se ha visto impulsada por las aportaciones de la psicología y disciplinas afines como:

2.3 Cuidados Paliativos

La definición etimológica del término paliativo proviene del latín “*pallium*”, que significa manta y paliar que significa cubrir con una manta los síntomas sin entrar en sus causas (Corominas, 1991, citado en Guerrero, 2010).

Los cuidados paliativos tienen como principal objetivo el aliviar todo el dolor y sufrimiento relacionados con las enfermedades terminales y sus respectivos tratamientos, además de aliviar los problemas psicológicos y espirituales asociados a ellos, brindando una mejor calidad de vida.

Hoy en día hay un concepto equivoco acerca de los cuidados paliativos, debido a que estos no deben ser proporcionados únicamente cuando ya no existan alternativas de curación; sino desde el inicio de cada tratamiento curativo para conseguir evitar los posibles efectos dolorosos. Se hace un reconocimiento demasiado rígido entre intervenciones curativas y paliativas, posponiendo las intervenciones paliativas para una etapa final y un pronóstico de supervivencia a corto plazo (Furió, 2014).

La prematura vida de un infante, su breve pasado y su escaso futuro, el haberle privado de oportunidades para vivir y disfrutar de su vida puede provocar angustia, ira, desesperación e impotencia en las personas que lo rodean; es por eso, que el proceso adaptativo a la enfermedad y muerte de un paciente pediátrico es complicado, debido a la variedad de reacciones emocionales que se presentan lo largo del proceso. Para evitar situaciones de conflicto, que provocaría una angustia mayor a la que la propia enfermedad provoca.

El miedo que provoca separarse de los padres, la tristeza y la ansiedad son reacciones normales en el paciente pediátrico debido a que se encuentra cerca de la muerte. La culpabilidad, por sentir que no les han protegido es muy habitual en los padres del niño. Por otra parte, los hermanos también sufren la pérdida con reacciones diversas como los son las conductas atípicas o reacciones somáticas. Otro ejemplo claro es el colegio, si el menor fallece, los profesores deben de explicar a sus compañeros lo que ha ocurrido, para que estos puedan comprender

y afrontar su muerte. Por último, el equipo médico ocupa un lugar fundamental en la vida del paciente pediátrico y su familia durante la etapa final, y puede reaccionar ante la ansiedad de cuidarle con negación, impotencia, frustración y/o rabia (Del Rincón y cols; 2008).

Para Organización Mundial de la Salud (2015) los objetivos de los cuidados paliativos son:

- Aliviar el dolor y otros síntomas angustiantes.
- Afirmar la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentar, ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo.
- Utilizar un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejorar la calidad de vida, y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad.
- Poder dispensarse en su fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que puedan prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar de mejor manera complicaciones clínicas angustiosas.

2.4 Bioética

La Bioética etimológicamente proviene del griego *bios* y *ethos*: “ética de la vida”, la ética aplicada a la vida humana y no humana (animales, naturaleza); esta disciplina tiene por objetivo brindar los principios orientadores de la conducta humana en el campo biomédico (Guerrero, 2010).

Hacer mención de los derechos hacia los pacientes pediátricos y su atención integral dentro de un enfoque bioético, se transforma en un gran reto para los profesionales de la salud, debido a las características que impone la ontogénesis infantil y sus principales determinantes psicológicos, (el paciente pediátrico se encuentra en un proceso de crecimiento y desarrollo que afecta definitivamente su comprensión de la enfermedad, la vida y la muerte), por el modelo biomédico paternalista aún presente, por el gran impacto que puede representar el trabajo asistencial con infantes y adolescentes, así como la poca experiencia que representa su formación curricular en aspectos tan importantes como la comunicación de malas noticias, atención al dolor, al sufrimiento, al duelo, a la muerte, a las esperanzas, a la crisis de claudicación familiar, a la conspiración del silencio y para el afrontamiento de los diferentes dilemas bioéticos que tienen que desafiar en su práctica profesional (Llantá y cols; 2014).

Claramonte, (citado en Llantá y cols; 2014) habla acerca de la consideración del paciente pediátrico como persona incapaz e incompetente para la toma de decisiones, relacionadas a la vulnerabilidad por la manifestación de una enfermedad y sus tratamientos, se hace mención de no reconocimiento como sujeto de derecho, lo que hace más dramática la situación en la práctica pediátrica; por lo tanto, reconocer la existencia de autonomía en los infantes y adolescentes implica también un deber moral de comprenderlos y ayudarlos desde sus propias limitaciones, y no hacer de menos, sus expresiones que aunque no sean a veces comprensibles para los adultos, llevan un reclamo de sufrimiento a veces silencioso.

Según el European Cancer League (2002), los pacientes con cáncer tienen derecho a:

- Brindar una atención de calidad, que englobe cada una de las dimensiones de la enfermedad.

- Proporcionar información acerca de su estado de salud, desde la etapa de diagnóstico, pronóstico, alternativas de tratamiento, efectos benéficos, riesgos y consecuencias de las intervenciones.
- Otorgar o denegar el consentimiento informado como un requisito previo a cualquier intervención sanitaria, participación en investigación y/o en la enseñanza de la medicina.
- Comprometer a cada uno de sus familiares si lo desean.
- No percibir información si no lo desean y encomendar en otra persona acerca de las decisiones sobre su tratamiento si lo prefiere.
- Ser notificado de la identidad y la categoría de cada uno de sus profesionales sanitarios que le atienden, y así puedan describirle sus obligaciones y por consiguiente que le expliquen lo que van a hacer por usted.
- Que los profesionales sanitarios destinen tiempo para consulta y para la comunicación.
- Obtener acceso a su historia clínica y técnica, además de cualquier otro documento que éste vinculado con su diagnóstico, pronóstico, tratamiento y cuidado, y a recibir copias de su propio historial o de una parte del mismo.
- Requerir que sus datos personales y sanitarios sean corregidos, completados, eliminados, aclarados y/o actualizados, siempre que estén incorrectos, incompletos, ambiguos o sin actualizar o bien que no sean relevantes a efectos del diagnóstico, pronóstico, tratamiento y cuidado.
- Que sus quejas sean escuchadas y a su vez brindarles una solución.
- Proporcionar atención psicológica en cada fase de la enfermedad y en la rehabilitación.
- Brindar ayudas sociales y económicas.
- Proporcionar un plan de rehabilitación personalizado como parte primordial del tratamiento.

- Obtener acceso a diversos programas de educación continuada acerca de los tratamientos oncológicos, sus efectos secundarios y aspectos de supervivencia.
- Proporcionar atención psicológica y socialmente a familiares durante el proceso de enfermedad y en caso de fallecimiento.
- Brindar cuidados paliativos de tipo general y/o especializado, elegir el lugar donde desea recibir éste servicio, además de elegir el lugar donde desea morir.
- Redactar las indicaciones previas o voluntades anticipadas para que se cumplan sus deseos una vez que no pueda expresarlas de modo directo.
- Mantener la confidencialidad de toda la información relacionada a su estado de salud, su situación médica, el diagnóstico, pronóstico y tratamiento y a cualquier otra información de carácter personal.

Además los pacientes con cáncer tienen la responsabilidad de:

- Colaborar de manera activa en su diagnóstico, pronóstico, tratamiento y cuidado, entre otras cosas, brindando la información solicitada por los profesionales de la salud las instituciones sanitarias.
- Garantizar que el diálogo que se lleve a cabo con los profesionales de la salud y las instituciones sanitarias sea en un clima de confianza mutua y respeto.
- Acatar cada una de las normas del funcionamiento del hospital y centros de salud.

2.5 Counselling.

Según (Cancio, 2003, Bravo, 2008; Arranz, citado en Patricia, 2011) el counselling es una disciplina que está regida por la teoría del psicólogo Carl Rogers “modelo centrado en el paciente”; dicha disciplina nació en Estados Unidos y Europa en los años 30 del siglo XX, con el fin de dar asistencia a personas sanas que necesitan ayuda emocional en momentos difíciles y su objetivo es

orientar, prevenir y ayudar en la resolución de problemas enfocándose en el aquí y el ahora.

Debido a que el counselling es una disciplina muy poco conocida, en 1987 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo propuso como un método de ayuda, apoyo y de prevención muy eficaz a nivel mundial y ha demostrado sus resultados positivos en problemas de la salud como el cáncer, el VIH SIDA u otras patologías crónicas (García, Carballo, Bayes, 2011; citados en Patricia, 2011).

Para Barreto (2009) las actitudes fundamentales del counselling de Carl Rogers son:

- Empatía: disposición y habilidad para comprender y transmitir comprensión a la persona que estamos acompañando.
- Aceptación incondicional: aceptar, sin reservas y sin juicio de valor, la vida de la persona y su modo de vivir.
- Congruencia/veracidad: expresarse en coherencia con lo que se vive y se siente.

Actualmente el counselling es una disciplina muy bien definida que se utiliza para abordar los problemas y brindar ayuda en el contexto dinámico y de interacción salutogénica y no paternalista; es por eso, que el counselling promueve la motivación al cambio desde la elección, además del respeto a sí mismo y a los demás (Gracia, 2001; citado en Barreto, 2009).

Para Cruzado (2010); los principios del counselling son:

- Indagar (preguntar antes de hablar).
- Disponer de la escucha activa.
- Ratificar, hacer sentir a la persona que su emoción es comprensible y normal.
- Empatizar.
- Proporcionar mensajes “Yo”, que facilitan la comunicación y evitar mensajes “Tu”, que critican, juzgan.

- Manejar una comunicación no verbal junto con la verbal.

Para Cruzado (2010); los pasos del counselling son:

- Percepción y acogida. Simplificar la expresión emocional, preguntar, escuchar, validar y empatizar.
- Establecer necesidades y situaciones que provocan mayor preocupación y temor de la forma más simple, ya sean prioridades informativas, físicas, emocionales o de tipo espiritual.
- Brindar todo tipo de información. Reconocer lo que el paciente sabe, lo que desea saber y lo que ha comprendido entorno a lo que le preocupa.
- Ordenar los problemas identificados, analizarlos y establecer objetivos según los intereses del paciente. Clasificar cada uno de los problemas identificados, analizarlos y establecer objetivos según los intereses del paciente.
- Reconocer recursos y capacidades personales, sociales y materiales que dispone el paciente.
- Sugerir acerca de la aceptación de los problemas, promoviendo la motivación y las técnicas de cambio combinados con los recursos y capacidades del cual dispone la persona, en primer lugar, y con otros que podamos enseñar.
- Tomar decisiones y evaluar los pros y los contras de acuerdo con los valores y recursos del paciente.
- Fomentar y fortalecer la puesta en marcha de cada una de las acciones.
- Sintetizar y planificar el futuro.

2.6 Psicología clínica y de la Salud.

De acuerdo con Méndez y Moral (2011) la Psicología de la salud es una especialidad en el campo de la Psicología, donde se llevan a cabo los principios, las técnicas, y el conocimiento científico desarrollado por dicha ciencia, con el objetivo de evaluar, diagnosticar, esclarecer, intervenir, modificar y prevenir los

trastornos emocionales, o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos y la enfermedad, en los diferentes contextos que tengan lugar; es por eso, que la psicología de la salud se encarga del estudio de fenómenos y problemas psicológicos relacionados con alteraciones médicas de la salud en general, considerando al enfermo como un ser biopsicosocial. Cuando se hace mención de los fenómenos que estudia la psicología de la salud, se hace énfasis en los trastornos mentales y del comportamiento, en un sentido amplio del término y no sólo en el estrictamente psicopatológico, ya que estos podemos encontrarlos habitualmente en los manuales estandarizados de clasificación de trastornos del tipo del CIE-10 o del DSM-IV.

La función del psicólogo de la salud consiste en recabar la información acerca de las conductas previas del paciente mejor conocidas como repertorio conductual, además del funcionamiento cognoscitivo o capacidad intelectual y el estado emocional cuando existe una enfermedad crónica. Por lo regular la evaluación involucra frecuentemente a más de una persona, tomando en cuenta, como objetivo principal, dos o más individuos, tal es el caso de una pareja, una familia u otros integrantes de la red de apoyo del paciente; dicha información puede ser empleada para el diagnóstico de problemas psicológicos, la elección de técnicas de intervención y tratamiento. Debido a esto los instrumentos más utilizados por el psicólogo de la salud son las pruebas psicológicas, cuestionarios, entrevistas, observación de la conducta y registros psicofisiológicos. Es por eso que dichos procedimientos se utilizan en combinación y constituyen una batería de pruebas muy eficaz (Méndez y Moral, 2011).

El diagnóstico de un psicólogo de la salud consiste en identificar el problema del comportamiento, cognoscitivo, emocional o social del paciente y/o familia. Dependiendo de esta función él psicólogo de la salud habrá de tomar ciertas decisiones como:

- Decisión sobre si se trata de un problema que corresponde a su competencia profesional o no.

- Decisión sobre el grado de severidad o gravedad de la información que se obtiene del problema.
- Diagnóstico, si procede.
- Especificación del problema en términos operativos.
- Indicación del tratamiento

Para Méndez y Moral (2011) el tratamiento de un psicólogo de la salud tiene por objeto entender, aliviar y resolver los trastornos de tipo: emocionales, problemas de la conducta, preocupaciones personales y otros. Además el tratamiento supone algún tipo de relación interpersonal y situacional social como lo son: la psicoterapia, terapia o modificación de conducta, terapia cognitivo-conductual, terapia psicoanalítica, terapia sistémica, terapia existencial (fenomenológica o humanística), consejería o asesoramiento psicológico. El tratamiento puede realizarse de manera individual, en pareja, en familia o en grupo, puede realizarse por uno o más psicólogos. La duración del tratamiento varía entre cinco y cuarenta sesiones, comúnmente entre una y dos sesiones por semana. Sin embargo puede ser tan corto como una sesión y tan largo como varios años, en caso de seguimiento de una enfermedad específica como lo es el cáncer.

Según Méndez y Moral (2011) el psicólogo de la salud puede organizar un sistema para el estudio y conducción de los factores individuales, ambientales y relacionales, que puedan favorecer, perturba o ambos efectos, la calidad del proceso de adaptación a la enfermedad; dicha función trae consigo los siguientes objetivos:

- Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan en la calidad de la atención recibida por el paciente.
- Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan en el bienestar de los pacientes durante su enfermedad.
- Identificar los problemas psicosociales causados por la enfermedad: diagnóstico, curso, tratamiento y recuperación.

- Diseñar e implementar programas de tratamiento de las disfunciones psicosociales que acompañan el proceso de enfermar o a la propia hospitalización y tratamiento correspondiente.

Esta función del psicólogo de la salud incluye el diseño y la realización de programas de adaptación a la enfermedad crónica, programas para la hospitalización, de entrenamiento para afrontar el proceso de hospitalización y lograr la adaptación; dichos programas pueden ser de caracteres generales o referidos específicamente a determinadas etapas como lo son el diagnóstico o de tratamiento especialmente estresante o doloroso, tal es el ejemplo, de los programas de preparación para la cirugía, programas de procedimientos diagnósticos invasivos como biopsias, endoscopia, arteriografía, etc.

A continuación se mencionaran algunas disciplinas con enfoque médico, debido a que la Psicooncología tiene una vinculación con respecto a ellas, y por ende es de suma importancia mencionarlas a continuación.

2.7 Oncología Médica.

Según Blasco y Camps (2007) la oncología médica se define como una especialidad de la medicina, el cual se enfoca en la evaluación y el manejo del paciente con cáncer, haciendo énfasis en la toma de decisiones y la prescripción farmacológica terapéutica antineoplásica. El oncólogo médico es capaz de diagnosticar y resolver los problemas de salud que presenta el paciente con respecto a su enfermedad y tratamiento, hasta su curación o progresión de la enfermedad y su etapa terminal del paciente, incluido el duelo familiar; además, el oncólogo médico participa de manera activa en el apoyo emocional, social y psicológico del paciente con cáncer y su familia.

Para Blasco y Camps (2007); el campo de acción del médico especializado en oncología es:

- Asistencia y cuidado del enfermo con cáncer: Debe llevar a cabo su trabajo como un miembro esencial del equipo, aportando su experiencia en el tratamiento médico del cáncer ya sea con enfermos con padecimiento oncológico o como consultor. Debe colaborar en la atención primaria de los enfermos con cáncer que necesiten un tratamiento farmacológico.
- Docencia: El oncólogo médico aportará en la enseñanza de la especialidad a otros profesionales sanitarios, estudiantes de ciencias de la salud y a residentes que se encuentren en unidades acreditadas para la docencia; además, llevara a cabo una labor educativa con respecto a los enfermos con padecimiento oncológico y a la comunidad en general.
- Investigación: Debe colaborar en la investigación clínica y básica, como método de actualización en la sistemática de atención del paciente oncológico y como aportación personal al desarrollo de la especialidad.

2.8 Oncología Quirúrgica.

La oncología quirúrgica es una sub-especialidad de la cirugía general, y es parte fundamental del manejo multidisciplinario en los pacientes con padecimiento oncológico; el papel que maneja la oncología quirúrgica durante las diferentes etapas de un paciente con cáncer son: prevención, diagnóstico, evaluación de la extensión de la enfermedad, tratamiento curativo, manejo de las secuelas, complicaciones por el tratamiento y la paliación (Granados, Beltrán, Soto y León, 2011).

Según Shalko, Guzmán y Palacios (2010) el servicio de cirugía oncológica en Instituto Nacional de Pediatría (INP), ha capacitado a 15 cirujanos oncólogos pediatras, que satisfacen de manera completa las necesidades quirúrgicas de los niños con cáncer del DF, Estado de México, Baja California, Sonora, Nuevo León, Durango, Jalisco, Morelos, Oaxaca y Caracas, Venezuela. Debido a que el servicio es muy activo asistencial y académicamente; cada año el Instituto Nacional de Pediatría atiende más de 2,500 niños en la consulta externa y se llevan a cabo más de 650 procedimientos quirúrgicos oncológicos. La demanda de atención quirúrgica para niños oncológicos en México rebasa la capacidad

asistencial de los cirujanos, ya que cada año se diagnostican 6,000 nuevos casos de cáncer pediátrico, y solo existen 25 sub-especialistas en cirugía oncológica infantil en el país.

2.9 Oncología Radioterápica.

La oncología radioterápica es una especialidad de la medicina, dedicada a los aspectos diagnósticos, cuidados clínicos y terapéuticos del paciente oncológico, enfocada principalmente al empleo de los tratamientos con radiaciones y, así como el uso y valoración relativa de los tratamientos alternativos o asociados; es por eso, que la oncología radioterápica hoy en día es uno de los tres pilares más importantes en la lucha contra el cáncer junto con la cirugía y los tratamientos sistémicos como la quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia (Ramos, Hervás, Montero, Morera, Sancho, Córdoba, Corona y Rodríguez, 2004).

En la oncología radioterápica existen dos tipos de tratamiento:

- Braquiterapia: en la cual, la fuente de irradiación está cerca en el área a tratar; por lo regular se utilizan principalmente en tumores ginecológicos, en donde el paciente es hospitalizado y se instalan los dispositivos radioactivos en el interior de su cuerpo y se dejan por determinado número de horas. Esta práctica se lleva a cabo en un quirófano acompañado de anestesia general para no provocar dolor en el paciente.
- Teleterapia o radioterapia externa: en la cual, la fuente de irradiación está a cierta distancia del paciente en equipos de grandes dimensiones, como la unidad de cobalto y el acelerador lineal; este tipo de radiación puede ser con rayos gamma, rayos x o electrones; además, este tratamiento es el más común en los pacientes.

Debido a su efectividad la radioterapia está indicada para la erradicación en la mayoría de los tumores, ya que es una opción terapéutica que se puede utilizar solo o acompañada con quimioterapia y/o cirugía que esta a su vez es un

tratamiento de primera línea en los tumores malignos de la cabeza y cuello, sistema nervioso central, tumores de partes blandas (Ramos, Hervás, Montero, Morera, Sancho, Córdova, Corona y Rodríguez, 2004).

2.10 Psiconeuroinmunología.

Para Castiblanco (2007) la psiconeuroinmunología es una rama del campo de las ciencias de tipo multidisciplinar, que estudia las interacciones entre el sistema nervioso, el sistema endocrino y el sistema inmunológico; es por eso, que estudia y analiza los procesos de interacción y comunicación de las funciones mentales que llevan a cabo los tres sistemas responsables de mantener la homeostasis del organismo como lo son el sistema nervioso, el endocrino y el inmune, el cual utilizan un lenguaje bioquímico mediante sustancias que son producidas por los propios sistemas; como lo son las hormonas, neurotransmisores y citoquinas.

Debido a situaciones estresantes llevadas a cabo por el sistema interpretativo de creencias de cada individuo, estas pueden llegar a generar sentimientos negativos de miedo, cólera, rabia, depresión, indefensión y desesperanza, que traen consigo actitudes y emociones que activan mecanismos bioquímicos a nivel de las glándulas suprarrenales, hipófisis y del hipotálamo, que tienden a deprimir la respuesta inmune, provocando el desarrollo de procesos patológicos como lo es el cáncer. Es por eso que las enfermedades, son el resultado de la interacción que existe entre múltiples factores, que dependen del agente agresor (virus, bacterias, agentes carcinógenos), como del organismo agredido (características genéticas, endocrinas, nerviosas, inmunológicas, emocionales, cognitivas y de comportamiento; edad, género, experiencia de vida; y factores psicosociales, como el apoyo personal y la percepción de control); con esto se abre un camino en la medicina clínica la posibilidad para utilizar tratamientos psicológicos en apoyo a tratamientos farmacológicos y además como tratamiento preventivo de la enfermedad. Es por eso que los grupos de apoyo, las

terapias de relajación y de meditación, la musicoterapia, el ejercicio, el apoyo y el aprendizaje del manejo del estrés, llegan a tener gran éxito para combatir las enfermedades crónicas (Castiblanco, 2007).

2.11 Consejo Genético Oncológico.

De acuerdo con Núñez (2013) el consejo genético oncológico es un proceso de comunicación que abarca los aspectos médicos, psicológicos y genéticos relacionados con el riesgo o presencia de un trastorno genético dentro de una familia; es por eso que una de las características fundamentales del consejo genético oncológico es el de ser un proceso no dirigido, el cual implica dos conceptos:

- Brindar información precisa, completa y objetiva que permita a los individuos tomar sus propias decisiones.
- Establecer una relación empática con alto porcentaje de comprensión y comunicación que ayude a los individuos a trabajar en la toma de sus propias decisiones.

Según Núñez (2013) el consejo genético oncológico involucra un relevo clínico individual y familiar, como la realización de un estudio genético cuando sea pertinente y también recomendaciones de manejo y prevención adecuadas al caso, por ende, la asesoría genética oncológica incluye las siguientes acciones:

- Evaluación exacta y rigurosa del riesgo de desarrollar cáncer.
- Discusión sobre las implicaciones de dicho riesgo.
- Discusión sobre la posibilidad de realizar estudios genéticos.
- Elaboración de un plan de prevención y manejo del caso.
- Proveer apoyo psicológico, médico y social.
- Promover la comunicación entre los profesionales involucrados y los integrantes del grupo.

Para Galán (2010), los dos aspectos más importantes del consejo genético son la historia clínica y familiar y la exploración clínico diagnóstica. En lo que se refiere a la historia clínica se debe considerar al árbol genealógico o familiar, a través de este, lograremos conocer si existe algún patrón hereditario de alguna enfermedad en la familia; con la ayuda del árbol genealógico y la historia clínica se puede encontrar la etiología de la enfermedad. Por otro lado para evitar pasar pequeños detalles importantes es necesario que la exploración clínica sea ordenada y sistematizada.

2.12 Medicina Conductual

De acuerdo con Schwartz y Weiss, (1978); citado en Rodríguez, (2010), la medicina conductual es un campo interdisciplinario referido al desarrollo e integración de las técnicas y conocimientos de las ciencias de la conducta y las ciencias de la biomédica con el objetivo de promover la salud; la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades.

Según Martínez y Piqueras, (2010); citado en Rodríguez, (2010), la medicina conductual fue creada por psicólogos que laboraban en el campo de salud, y gracias a su enfoque de carácter científico y su aplicación en diferentes escenarios, los profesionales médicos sintonizaron de manera inmediata con este campo interdisciplinario. Con el objetivo de mantener la homeostasis en el paciente oncológico, la medicina conductual maneja un campo bioconductual que está en constante interacción con múltiples variables como ambientales, psicológicas, fisiológicas, sociológica y nutricionales. Por lo tanto, aborda el trabajo conjunto, integral y complementario a través de diferentes modelos de intervención, logrando que el paciente mejore su calidad de vida evitando el deterioro psicológico y conductual. Actualmente el modelo cognitivo conductual ha resultado ser la más eficaz en enfermedades oncológicas.

CAPITULO III

AFRONTAMIENTO

Debido a las condiciones de la vida hoy en día, el estrés ha sido paradójicamente “normal” en las personas de edad adulta; por tal motivo el estrés llama la atención debido a sus causas, componentes y sus consecuencias ya sean estas positivas o negativas. En el mundo adulto nos olvidamos de considerar que los niños también sienten y lo que podría ser un problema sencillo para un adulto, para un niño representa un verdadero reto. Un niño es capaz de sentir estrés; y esto puede suceder ante una exigencia mayor y/o un cambio brusco en su entorno, ausencia de un ser querido, el termino de un ciclo o peor aún el padecimiento de una enfermedad crónica.

3.1 Estrés.

El concepto de estrés radica su origen en el estudio de la física del siglo XVII; pero fue hasta el siglo XIX que el médico y fisiólogo francés Claude Bernard aplicó el concepto en otras ciencias como lo fue la medicina. Con la llegada del siglo XX, el norteamericano Walter Bradford Cannon define el concepto de estrés como el resultado de una alteración en el mecanismo homeostático. A mediados del siglo XX se reconoce al estrés como participe en enfermedades que afectaban al individuo a mediano y largo plazo; siendo Hans Selye el pionero en dicho campo. Con una metodología científica, Selye dirige las investigaciones al factor psicosocial, reconociendo la importancia del entorno como factor estresante en el individuo; ya con esta aportación se dio origen al modelo personológico (Rivera, 2013).

Hans Selye, fue el descubridor de la partícula endocrina ante la respuesta del estrés, y en 1946 define a la reacción endocrina como “los cambios internos del medio sanguíneo comandan la respuesta externa que en última instancia es la

razón de ser de los cambios adaptativos defensivos del estrés facilitados por la descarga hormonal” (Rivera, 2013).

En 1974, Selye, define al estrés como “respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que se le imponga”. Haciendo énfasis que la respuesta puede ser de tipo psicológico o fisiológico (ISSSTE, 2014).

3.1.1 El estrés como estímulo.

Según Loredó, Mejía, Jiménez y Matus (2009); la monotonía, el aislamiento, el cambio abrupto del ambiente; tienden a ser condiciones estresantes cuyo efecto por lo regular provocan en todas las personas; en el caso de los infantes dichas condiciones pueden no ser adaptativas. Desde estas circunstancias el grado de estrés depende en tal medida de las características del medio ambiente el cual demanda en automático conductas de adaptación. Hoy en día existen dos tipos de estresores; el primero son los estresores externos, el cual están relacionados con el ambiente físico o social; y por el otro lado se encuentran los estresores internos, son aquellos impulsos y deseos del propio individuo.

3.1.2 El estrés como respuesta.

Para Daneri (2012); Hans Selye introdujo por primera vez el concepto de síndrome general de adaptación, que esta a su vez es un conjunto de reacciones fisiológica en respuesta a los distintos estresores; dicho síndrome está constituido por tres fases primordiales:

- Alarma
- Resistencia
- Agotamiento

Según Comín, de la Fuente y Gracia (2015), las tres fases que componen el síndrome general de adaptación se describen de la siguiente manera:

a) Fase de alarma.

Ante la aparición de un estresor el organismo reacciona de tal manera que provoca la aparición de algunos síntomas como: sequedad de boca, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, sudoración, hipertensión arterial, secreción de adrenalina y noradrenalina, aumento de la capacidad de atención y concentración, facilitando los recursos ante una actuación. Por lo regular la fase de alarma manifiesta un periodo de tiempo muy corto, pero el organismo requiere de un tiempo determinado para recuperarse. Si dicha recuperación no se lleva a cabo se inicia la fase de resistencia.

b) Fase de resistencia.

Continuando con la fase de resistencia, el organismo sigue reaccionando de tal forma que sigue produciendo diversas alteraciones metabólicas. Dicho estado de resistencia puede prolongarse con respecto al tiempo hasta que no se puede mantener más en el individuo y por ende se inicia la fase de agotamiento.

c) Fase de agotamiento.

Culminando con dicho procesos en la fase de agotamiento el organismo colapsa debido a la intensidad de estrés y con ello se manifiestan alteraciones psicosomáticas en el individuo.

3.2 Biología del estrés.

Entre las respuestas emitidas por el cuerpo se encuentran las biológicas, que estas a su vez ponen en marcha a los mecanismos fisiológicos del organismo que intentan sincronizarse para poder hacerle frente a la agresión; en este caso intervienen el sistema nervioso central, el sistema nervioso periférico y el sistema

endocrino, que este a su vez incrementa la secreción de hormonas como, la adrenalina, noradrenalina y cortisol. Sin embargo, el sistema inmunológico puede verse afectado ante situaciones de estrés, disminuyendo su función; además, existen diversos factores que pueden influir en la respuesta del individuo ante una situación de estrés; tal es el caso de la edad, el sexo, la raza, etc. Por consiguiente, ante la existencia un mismo agente estresante, las respuestas fisiológicas variarán según las características propias de cada individuo (Joseph-Bravo y de Gortari, 2007).

Cuando un individuo se encuentra en un estado de estrés, la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, permite que el hipotálamo libere una hormona liberadora de corticotropina, que esta a su vez, estimulara la parte anterior de la hipófisis, provocando que esta libere una hormona adrenocorticotrópica, que al estimular las glándulas suprarrenales proporciona cortisol, el cual brindara ayuda al organismo con el fin de terminar con las reacciones neurobiológicas que sean movilizadas por la acción del sistema nervioso simpático ante un estímulo amenazador (Rebelo y Costa, 2010).

Galán y Camacho (2012); citado en Alejo (2014), hacen mención de un dato importante, con respecto a personas que llegan a padecer estrés postraumático, se percibe una disminución del volumen del hipocampo (implicado en los procesos de memoria), dicho efecto se le atribuye a esta hormona. Por lo antes mencionado la activación del sistema simpático adrenal, la activación neuroendocrina y la inhibición inmunitaria colocan al organismo en un estado de tipo biológico con dimensiones críticas, que a su vez es experimentado por el individuo con emociones negativas

3.3 Estrés infantil.

Según Afifi, Boman, Fleisher y Sareen, (2009); Sävendahl, (2012); Verduzco, Gómez y Durán, (2004); citado en Briones, Vega, López, Castellanos y Suárez, (2014); actualmente, el estrés infantil muestra un factor ascendente y a la

vez silencioso que influye de manera negativa en la salud de los niños. Hoy en día los niños interactúan de manera activa con el ambiente y tienden a ser receptores dinámicos de las fuerzas ambientales. El estrés se manifiesta en los menores cuando un factor físico o psicológico ejerce una presión importante en su habilidad por adaptarse y mantener la homeostasis; según con el tiempo de exposición a los factores estresante, los efectos que provocan en el infante pueden llegar a ser agudos o impredecibles, crónicos o previsibles, incluida una tercera categoría nombrada estresores neutros; construidos por problemas o dificultades cotidianas.

En México no existe ningún estudio que se encuentre relacionado con la prevalencia del estrés infantil; de antemano, existen investigaciones puntuales que pudieran enriquecer en la construcción de un panorama general; por ejemplo, los problemas de salud mental que tienen mayor demanda en la consulta externa de las instituciones psiquiátricas públicas en México son los que llevan una relación con el tema del estrés, tal es el caso de los trastornos depresivos, disociales, al igual que los problemas de aprendizaje (Secretaria de Salud, 2001). De acuerdo con Benjet et al. (2009); citado en Briones, Vega, López, Castellanos y Suárez, (2014); el 68 % de los adolescentes, en una muestra llevada a cabo en la ciudad de México, experimentó al menos un tipo de adversidad crónica durante su infancia.

De acuerdo con Oros y Vogel, (2005); citado en Briones, Vega, López, Castellanos y Suárez, (2014); los estresores infantiles se encuentran fuertemente ligados en un inicio al núcleo familiar y a las relaciones de apego; con la entrada del infante a la escuela, los estresores en la infancia tienden a situarse en el contexto escolar y en la relación con sus compañeros. Para Benjet et al., (2009); citado en Briones, Vega, López, Castellanos y Suárez, (2014); en un estudio llevado a cabo con adolescentes mexicanos se encontró que la adversidad más frecuente fue la económica, seguida de la violencia doméstica. Además se reportó que los niños presentaron mayor abandono que las niñas y por ende el abuso sexual fue más frecuente en ellas.

Para Becker y Grilo, (2011); Bremne y Vermetten, (2001); Roy, (2002); citado en Briones, Vega, López, Castellanos y Suárez, (2014); la presencia de estrés durante el desarrollo del infante puede provocar daños neurobiológicos y neuroendocrinos que podrían mantenerse durante el resto de la vida del sujeto y causar serias alteraciones en las áreas conductuales, emocionales, sociales y cognitivas.

3.3.1 El estrés infantil y sus principales ámbitos.

Según Compas y Wagner, (1992); citado en Fernández y Trianes, (2007), considerar el tipo y la naturaleza de los estresores es de suma relevancia en la edad pediátrica, pero hay que tener en cuenta el contexto en el que se producen determinadas cuestiones y/o acontecimientos que suponen estrés para el infante. Hoy en día en la infancia media, los estresores llegan a estar en estrecha relación con el contexto familiar como escolar. Para Williams y McGillicuddy, (2000); citado en Fernández y Trianes, (2007), la etapa de la adolescencia se encuentra en una mayor vulnerabilidad ante la transformación corporal y personal, el cambio en las relaciones con padres y amigos, y el inicio de las relaciones de pareja.

Para Trianes, (2002); citado en Trianes, Blanca, Fernández, Escobar y Maldonado (2012), en la población infantil los estresores están clasificados en tres ámbitos principales: salud, escuela y familia.

➤ Salud: Hoy en día el campo de la salud alberga numerosos estresores. McPherson (2004), citado en Fernández y Trianes (2007); hacen énfasis en el dolor y la enfermedad como principales factores de estrés en el niño; por otro lado, Jawett y Peterson (2003), citado en Fernández y Trianes (2007), hacen referencia a la hospitalización como uno de los principales estresores más importantes en la población pediátrica, y describe a la enfermedad crónica como un relevante estresor, que afecta al bienestar del infante, así como del conjunto familiar en los dominios físicos, emocional, social y funcional. De acuerdo con Trianes (2002), citado en Fernández y

Trianes (2007), los estresores con mayor relevancia localizados en este ámbito son: la enfermedad crónica, la hospitalización y los procedimientos médicos invasivos.

➤ Escuela: Se contemplan estresores, a la interacción con el profesorado, complicaciones en la realización de tareas escolares, realización de exámenes, presiones académicas, bajas calificaciones escolares, cometer equivocaciones en presencia de compañeros y exceso de actividades escolares; de igual forma, se incluyen estresores relativos a las dificultades en la relaciones con iguales, como falta de aceptación de compañeros, peleas, y situaciones de ridiculización o burla (Trianes, Blanca, Fernández, Escobar y Maldonado, 2012).

➤ Familia: La literatura especializada menciona a las dificultades económicas, falta de supervisión de los padres o soledad en el hogar y continuas peleas entre hermanos, como estresores primordiales para los infantes en el ámbito familiar (Trianes, Blanca, Fernández, Escobar y Maldonado, 2012). Además; Jewett y Peterson (2003), citado en Fernández y Trianes (2007), algunos niños tienen que hacer frente a estresores tan vitales como la muerte o divorcio de los padres.

3.4 Definición de afrontamiento.

El *coping* o mejor conocido como afrontamiento es una palabra que se utiliza con diferentes propósitos. En primera instancia se dice que cuando un individuo manifiesta un cuadro de estrés, en ese momento podemos deducir que existe *coping*. Hoy en día se puede entender por afrontamiento, todo aquel mecanismo cognitivo y conductual que el individuo lleva a cabo para combatir el estrés (González, 2014).

De acuerdo con Fernández (2012), el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define el concepto de afrontamiento como “poner cara a cara, hacer frente al enemigo; hacer cara a un peligro, problema o situación

comprometida”. Mientras que el termino ingles coping se define como “manejar, subsistir, sobrevivir, salir adelante, lograr conseguir”.

Según Soriano (2002), hoy en día existen un sinfín de definiciones acerca del concepto afrontamiento, algunas de estas son las siguientes:

- Compas, Connor, Osowiecky y Welch (1997), establecieron el concepto de afrontamiento como esfuerzos conscientes y volitivos para regular aspectos emocionales, cognitivos, conductuales, fisiológicos y del medio ambiente en respuesta a eventos o circunstancias estresante.
- Eisenberg (1997) hizo mención del concepto afrontamiento como aquellos procesos de regulación en un subconjunto de contextos que involucran estrés.
- Skinner (1999); citado en Skinner y Zimmer – Gembek (2007) define al afrontamiento como “acción reguladora bajo estrés”, esto se refiere a las formas de movilización, guía, manejo y dirección de la conducta, emoción y orientación o la forma en que no lo hacen bajo condiciones estresantes.
- White (1974); citado en Soriano (2002), mencionó que el afrontamiento es la adaptación ante cualquier tipo de dificultad.
- Weissman y Worden (1977), citado en Soriano (2002), definieron afrontamiento como lo que hace un individuo ante cualquier tipo de problema percibido para conseguir alivio, recompensa o equilibrio.
- Mechanic (1978); citado en Soriano (2002), establecen al concepto afrontamiento como conductas instrumentales y capacidad de solución de problemas que tiene las personas para enfrentar las demandas de la vida y las metas; para lograrlo se requiere de las habilidades de técnicas y conocimientos que una persona ha adquirido.
- Pearlin y Schooler (1971); citado en Soriano (2002), definen afrontamiento como cualquier respuesta ante las tensiones externas que sirve para prevenir, evitar o controlar el distrés emocional.
- Costa, Somerfield y McCrae (1996) mencionan que el afrontamiento es la respuesta adaptativa al estrés.

➤ Frydenbery y Deans (2011); citado en Alejo (2014), indican que el afrontamiento son los pensamientos, sentimientos y acciones que se producen y se utilizan para hacer frente a situaciones.

Se puede hacer mención de un sin número de definiciones acerca del concepto afrontamiento, pero sin lugar a duda los máximos exponentes son Lazarus y Folkman (1986) definieron afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Felipe y León, 2010).

3.5 Funciones de afrontamiento.

Según Lazarus y Folkman (1991), la definición de función de afrontamiento es el objetivo que conlleva cada estrategia, por tal motivo la definición de funciones de afrontamiento depende del marco teórico sobre el que se conceptualiza y/o cuyo contexto se analiza. Partiendo de premisas historicosocioculturales, Mechanic (1974) parte de una perspectiva socio-psicológica, mencionando tres funciones:

- afrontar las demandas sociales y del entorno.
- crear el grado de motivación necesario para hacer frente a tales demandas.
- mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas externas.

Para Janis y Mann (1997), las funciones primordiales del afrontamiento tienen que ver con la toma de una decisión, particularmente la búsqueda y evaluación de información, Lazarus y Folkman (1991), hacen mención acerca de la existencia de dos funciones principales del afrontamiento: la diferencia que hay entre el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar. Al primero

hace énfasis como afrontamiento dirigido al problema y al segundo como afrontamiento dirigido a la emoción (González, 2014).

- Modo de afrontamiento dirigido a la emoción: están enfocados por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Lazarus y Folkman (1986) utilizan el término reevaluaciones cognitivas para llamar a las formas de afrontamiento que buscan cambiar el significado de las situaciones estresantes sin distorsionar la realidad (Macías, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013).
- Modo de afrontamiento dirigido al problema: Estos generalmente están dirigidos a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas, con base a su costo, a su beneficio, a su elección y aplicación (Macías, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013).

Estos autores entienden que el afrontamiento constituye un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente y señalan, además, que los individuos varían sus patrones de estrategia de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver.

3.6 Estilo y estrategias de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento son recursos psicológicos con los que cuenta un individuo para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque llevar a cabo este método no siempre garantiza el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyendo beneficios personales y por ende aportando a su fortalecimiento. Anteriormente estudios revisados resaltan tres características importantes de las estrategias de afrontamiento, de tal

manera que pueden ser clasificadas según estas estén dirigidas a: (1) La valoración, búsqueda del significado del suceso, (2) el problema, busca confrontar la realidad, manejando las consecuencias, (3) la emoción, regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo (Anarte, Ramírez, López & Esteve, 2001, Galán & Perona, 2001; Lazarus, 2000; Lazarus & Folkman, 1986; citado en Macías, Orozco, Valle & Zambrano, 2013).

Carr (2007), basado en Zander y Endler (1996), citado en Macías, Orozco, Valle y Zambrano (2013), menciona que las estrategias de afrontamiento se identifican en tres clases:

- Las estrategias centradas en el problema.
- Las estrategias centradas en las emociones.
- Las estrategias basadas en la evitación.

Según Carr (2007), citado en Macías, Orozco, Valle y Zambrano (2013), al revisar los instrumentos de evaluación de las estrategias de afrontamiento con propiedades psicométricas entre modera y buenas, observa que estas contienen subescalas que evalúan las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, las emociones y basadas en la evitación. A partir de análisis de dichos instrumentos, se identifican en todo ellos la denominación de estilos de afrontamiento, distinguiéndolos como:

- Estilo de afrontamiento centrado en los problemas.
- Estilo de afrontamiento centrado en las emociones.
- Estilo de afrontamiento centrado en la evitación o replanteamiento

Para Fernández Abascal (1997), citado en Castaño y León (2010), “Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. A su vez, las estrategias de afrontamiento

serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes”. En este sentido, los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995; citado en Castaño y León, 2010), mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación.

Pelechano (2000), citado en Castaño y León (2010), considera que ambos conceptos son complementarios, haciendo mención que los estilos de afrontamiento son formas estables o consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento serían acciones y comportamientos más específicos de la situación.

3.7 Resiliencia.

Hoy en día buscar estilos de afrontamiento, que mejor se acoplen en pacientes pediátricos con cáncer es de suma importancia, por ende la resiliencia es una de las opciones más importantes más importantes que se deben desarrollar en los pacientes durante su proceso de enfermedad.

Existen muchas formas de definir resiliencia, algunas de estas son las siguientes:

Según García – Vega y Domínguez (2013), citado en J. García, Á. García, López, y Dias (2006), la definición de resiliencia gira alrededor de cuatro supuestos:

- Las que relacionan resiliencia con la adaptabilidad. Consideran a la resiliencia como una adaptación positiva que supera las exposiciones de riesgo o a la vulnerabilidad.

- Aquellas que integran el concepto de habilidad y/o capacidad. Consideran la resiliencia como una capacidad o habilidad para afrontar exitosamente las adversidades.
- Aquellas que ponen más énfasis en la relación de factores externos e internos. Consideran que los factores externos e internos se encuentran en constante interacción.
- Aquellas que entienden la resiliencia como adaptación y proceso. Consideran que la resiliencia es el producto de una interrelación de factores que se activan como un proceso dinámico.

Para Hu, Zhang y Wang (2015), citado en J. García, Á. García, López y Dias (2016), el concepto de resiliencia se divide en tres orientaciones:

- La orientación rasgo (resiliencia rasgo), que implica la existencia de un rasgo individual que contribuye a que la persona afronte la adversidad positivamente y consiga un ajuste óptimo.
- La orientación resultado, donde la resiliencia está en función de los resultados del comportamiento de la persona que pueden ayudar a recuperarse positivamente de la adversidad.
- La orientación proceso, que considera a la resiliencia como un proceso dinámico donde las personas se adoptan activamente y se recuperan con mucha rapidez de las adversidades.

Definitivamente existen diversos enfoques por el concepto resiliencia, cuando su esencia está bien definida, dado que su finalidad es el de superar las adversidades con rapidez y sin que influya de manera negativa en los comportamientos y/o la salud

La definición más consensuada es la de Luthar, Cicchetti y Becker (2000), citado en J. García, Á. García, López y Dias (2016), donde la resiliencia es un proceso dinámico que conlleva una adaptación positiva en contextos de gran adversidad. Los elementos claves de esta definición: el proceso, la adversidad y la adaptación positiva.

CAPITULO 4

PROPUESTA DE CLÍNICA PSICO – ONCOLÓGICA PARA ATENCIÓN DE PACIENTE PEDIATRICOS Dr. JOSÉ MÉNDEZ VENEGAS

Problema: Actualmente en México existen alrededor de 5,000 y 6,000 casos nuevos de cáncer en menores de 18 años de edad, donde la leucemia representa el 52% del total de los casos; linfomas el 10% y los tumores del sistema nervioso central el 10%. En México la sobrevivencia es del 56% del diagnóstico; además se tiene un promedio anual de 2,150 muertes por cáncer pediátrico en los últimos diez años; por tal motivo, el cáncer infantil es la principal causa de muerte en niños entre 5 y 14 años de edad (SSP, 2010).

De acuerdo al periodo 1996 – 2006, el Hospital Infantil de México Federico Gómez, registró un total de 13,617 pacientes hospitalizados en el área de Hemato – Oncología e Inmunodeficiencias. El Estado de Guerrero ocupó el tercer lugar con 760 pacientes registrados con una proporción del 5.6%; sólo por debajo del Estado de México con 6,233 pacientes y una proporción de 45.8%; y el Distrito Federal con 3,057 pacientes y una proporción de 22.4% (Hospital Infantil de México Federico Gómez, 2012).

Objetivo General: Crear una Clínica Psico – oncológica en la región de la costa chica del Estado de Guerrero, que brinde atención oportuna a pacientes pediátricos diagnosticados con cáncer, para aumentar la incidencia de sobrevivencia en esta población.

Objetivo Específico: Brindar atención integral en salud mental a pacientes pediátricos oncológicos, con un equipo interdisciplinario, durante las etapas de diagnóstico, tratamiento y recuperación y/o muerte.

Misión: Brindar a los pacientes pediátricos oncológicos y a sus familias la mejor atención psicológica para incrementar los índices de sobrevivencia, cuidando la dignidad y el respeto a la persona en un marco de acompañamiento familiar único en México.

Visión: Qué la Clínica Psico - oncologica infantil Dr. José Méndez Venegas sea la mejor en el Estado de Guerrero, un modelo a seguir para la curación del cáncer pediátrico.

Lema: Somos un gran equipo trabajando por un mismo fin... ¡En pie de lucha contra el cáncer!

VALORES:

- Ayuda: Comprometidos a brindar el apoyo y servicio psicológico de calidad a todo paciente y familiar que nos necesite, desde la prevención de la enfermedad, durante el proceso médico (diagnóstico, tratamiento y recuperación/muerte) y la investigación.
- Unidad: Somos un gran equipo con único fin, ganarle la batalla al cáncer;
- Honestidad: Llevar a cabo cada una de nuestras funciones con rectitud e integridad al obrar de manera correcta en beneficio del paciente y su familia.
- Calidad: Por la atención a los servicios psicológicos y administrativos que se le proporcionan al paciente y a sus familia durante todo el proceso.

- **Independencia:** Trabajamos con plena libertad ante cualquier organismo e institución de carácter político, religioso o económico para defender los intereses del paciente y su familia que hace frente al cáncer, considerar sin excepción alguna el respeto a todas las ideologías, creencias, tendencias y valores.
- **Respeto:** Reconocer, aceptar, apreciar, considerar y valorar la dignidad, los derechos y las libertades que le son inherentes tanto al paciente y su familia, brindándoles siempre un trato amable y tolerante.
- **Profesionalismo:** Aplicar los conocimientos adquiridos por cada uno de nuestros profesionales, y así poder brindar los servicios que ofrece la Clínica.

Política de Calidad: En la Clínica Psico – oncológica para atención de pacientes pediátricos Dr. José Méndez Venegas estamos comprometidos en brindar un servicio integral con calidad humana y ética profesional, para beneficio de los pacientes y sus familias.

FUNCIONES DE LOS DEPARTAMENTOS

Debido a que el interés principal de esta propuesta es enfatizar lo que los psicólogos pueden aportar en el área de oncología, es que únicamente se desarrollaran las funciones del área de psicología.

Área de dirección general: Esta área tomara decisiones acerca de la empresa, organizara programas (talleres, conferencias) que se impartirán dentro de la empresa para el área de adolescentes y adultos.

También se encargara de la propaganda de la empresa, relaciones, convenios etc...

Área de asistente de dirección: Esta área será responsable de las actividades administrativas para poder brindar asistencia a la Dirección General con el objetivo de proporcionar acciones y funciones y ciertas responsabilidades que se le puedan adjudicar, además de coordinar las actividades de interés administrativo y de tipo operativo en áreas de servicios generales y vigilancia externa de la Clínica.

Área de atención psicológica infantil: Esta área es encargada, de fomentar y brindar atención psicológica para pacientes oncológicos pediátricos de la Clínica, con el objetivo de satisfacer las necesidades psicológicas del paciente durante su proceso de enfermedad.

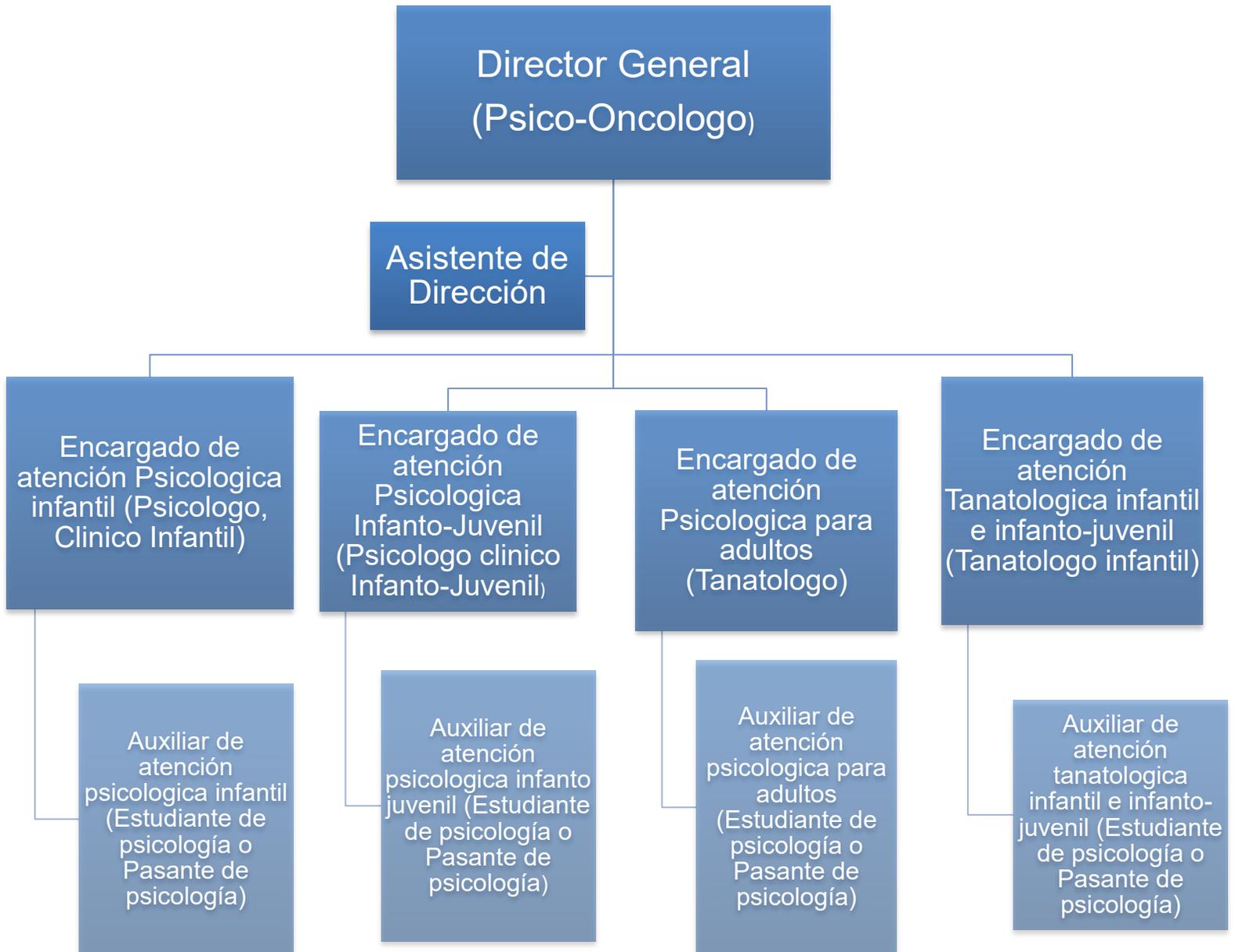
Área de atención psicológica infanto-juvenil: Su principal función de esta área es el fomentar y brindar atención psicológica a los pacientes en edad infanto – juvenil de la Clínica con padecimiento oncológico, con el objetivo de satisfacer las necesidades psicológicas del paciente durante su proceso de enfermedad.

Área de atención psicológica para adultos: Su función principal es fomentar y brindar acompañamiento tanatológico, a familiares directos del paciente pediátrico oncológico de la clínica, durante la etapa diagnostica, etapa de tratamiento, cura y/o muerte, con el objetivo de proporcionarles una mejor calidad de vida.

Área de atención tanatología infantil e infanto-juvenil: Su función principal es brindar un proceso de acompañamiento al paciente oncológico

pediátrico de la clínica y en dado caso a sus hermanos, con el objetivo de proporcionar una mejor calidad de vida durante su proceso de enfermedad.

**ORGANIGRAMA DE LA CLINICA PSICO-ONCOLÓGICA PARA ATENCIÓN DE
PACIENTES PEDIÁTRICOS DR. JOSE MÉNDEZ VENEGAS**



DEPARTAMENTO	PERSONAL	TOTAL DE PERSONAS
Dirección General	Dirección General Asistente de dirección	2 personas
Área de atención psicológica infantil	Encargado de atención Psicológica infantil (Psicólogo, Clínico Infantil) Auxiliar de atención psicológica infantil (Estudiante de psicología o Pasante de psicología)	4 personas
Área de atención psicológica Infanto-Juvenil	Encargado de atención Psicológica Infanto-Juvenil (Psicólogo clínico Infanto-Juvenil) Auxiliar de atención psicológica infanto juvenil (Estudiante de psicología o Pasante de psicología)	4 personas
Área de atención psicológica para adultos	Encargado de atención Psicológica para adultos (Tanatología) Auxiliar de atención psicológica para adultos (Estudiante de psicología o Pasante de psicología)	4 personas
Área de atención tanatología infantil e infanto-juvenil	Encargado de atención Tanatológica infantil e infanto-juvenil (Tanatologo infantil) Auxiliar de atención tanatológica infantil e infanto-juvenil (Estudiante de psicología o Pasante de psicología)	4 personas

FUNCIONES DEL PERSONAL

Director General: Es la máxima autoridad ejecutiva, se encarga de planificar, organizar, dirigir, controlar, coordinar, analizar, calcular y deducir el trabajo de la empresa, además de controlar al personal adecuado, efectuando esto durante la jornada de trabajo. Sus funciones son:

- Planificar los objetivos generales y específicos de la clínica a corto y largo plazo.
- Organizar la estructura de la clínica actual y a futuro; como también de las funciones y los cargos.
- Dirigir la clínica tomar decisiones, supervisar y ser un líder dentro de ésta.
- Controlar las actividades planificadas comparándolas con lo realizado y detectar las desviaciones o diferencias.

Asistente de Dirección: Es responsable de las actividades administrativas para brindar el apoyo necesario a la Dirección General a fin de propiciar que las acciones, funciones y responsabilidades se le faciliten, así como coordinar las actividades administrativas y operativas del área de servicios generales y vigilancia externa propiciando soluciones a las necesidades de los clientes internos. Sus funciones son:

- Atender oportunamente a las personas que acuden con cita o requieren ver a la Directora General, internas o externas.
- Organizar la agenda de la Directora General: giras, presentaciones, talleres, reuniones y eventos, tanto internos como externos.
- Coordinar la derivación de la correspondencia y demás documentos relacionados con la actividad de la Directora General.

- Controlar y enviar información al exterior requerida por terceros.
- Mantener organizado y actualizado el archivo de la Dirección General.
- Coordinar reuniones, concertar citas internas y externas de la Dirección G.
- Supervisar la operación del grupo de servicios generales y vigilancia externa.

Encargado de área de atención psicológica infantil: Es responsable de fomentar los hábitos de higiene, salud mental y psicológica, a todo paciente pediátrico oncológico de la clínica, con la finalidad de satisfacer las necesidades psicológicas del individuo durante su proceso médico – oncológico (diagnóstico, tratamiento, recuperación y/o muerte) cohesionándolo de manera simultánea con su grupo terapéutico, familiar y social. Sus funciones son:

- Brindar atención psicológica a todo paciente pediátrico oncológico de la clínica, teniendo como lugar de nacimiento el Estado de Guerrero. Dicha atención será proporcionada en sus tres niveles; prevención, atención y rehabilitación (canalización), durante el proceso médico – oncológico del paciente.
- Realizar evaluación psicológica para continuar en consulta subsecuente o canalizar a las instancias apropiadas que permitan apoyar el tratamiento terapéutico del paciente.
- Brindar terapia psicológica (individual, grupal, etc.) según se requiera o solicite.
- Brindar Psicología Lúdica como actividad de enseñanza – aprendizaje.
- Impartir pláticas, talleres o conferencias dentro de la clínica.

- Realizar visitas domiciliarias y/o escolares de casos que así lo ameriten.
- Elaboración de periódicos murales con información relevante y actualizada.
- Participar en jornadas y campañas pertenecientes a la clínica.
- Perfil profesional: Psicólogo Clínico, Psicólogo Infantil.

Auxiliar de atención psicológica infantil: Ejecutar actividades del área de psicología infantil atendiendo pacientes, aplicando instrumentos técnicos de evaluación y otras prácticas, a fin de asistir a su jefe de área. Sus funciones son:

- Clasifica, codifica y archiva los expedientes de los pacientes.
- Aplica y corrige pruebas psicológicas y psicotécnicas sencillas.
- Asigna citas para entrevistas con Psicólogo del área infantil.
- Codifica pruebas psicológicas y psicotécnicas sencillas.
- Asiste al Psicólogo del área infantil en la administración de pruebas psicológicas grupales.
- Tabula la puntuación de las pruebas psicológicas.
- Compara los resultados con las tablas de baremos.
- Promociona cursos y talleres a dictarse.
- Inscribe a estudiantes en curso y talleres a dictarse.
- Lleva registro de cursos dictados o a dictarse y número de pacientes.
- Archiva las pruebas psicológicas y psicotécnicas.
- Transfiere las pruebas psicotécnicas a los profesionales que están encargados del caso.
- Transcribe y accesa información operando una computadora.

- Cumple con las normas y procedimientos en materia de seguridad integral, establecidos por la clínica.
- Mantiene en orden equipo y sitio de trabajo, reportando cualquier anomalía.
- Elabora informes periódicos de las actividades realizadas.
- Realiza cualquier otra tarea afín que le sea asignada por su jefe de área.
- Perfil profesional: Estudiante de Psicología, Psicólogo Pasante.

Encargado de área de atención psicológica para adolescentes: Es responsable de fomentar los hábitos de higiene, salud mental y psicológica, a todo paciente infante - juvenil oncológico de la clínica, con la finalidad de satisfacer las necesidades psicológicas del individuo durante su proceso médico – oncológico (diagnóstico, tratamiento, recuperación y/o muerte) cohesionándolo de manera simultánea con su grupo terapéutico, familiar y social. Sus funciones son:

- Brindar atención psicológica a todo paciente infante - juvenil oncológico de la clínica, teniendo como lugar de nacimiento el Estado de Guerrero. Dicha atención será proporcionada en sus tres niveles; prevención, atención y rehabilitación (canalización), durante el proceso médico – oncológico del paciente.
- Realizar evaluación psicológica para continuar en consulta subsecuente o canalizar a las instancias apropiadas que permitan apoyar el tratamiento terapéutico del paciente.
- Brindar terapia psicológica (individual, grupal, etc.) según se requiera o solicite.
- Brindar Psicología Lúdica como actividad de enseñanza – aprendizaje.

- Impartir pláticas, talleres o conferencias dentro de la clínica.
- Realizar visitas domiciliarias y/o escolares de casos que así lo ameriten.
- Elaboración de periódicos murales con información relevante y actualizada.
- Participar en jornadas y campañas pertenecientes a la clínica.
- Perfil profesional: Psicólogo Clínico, Psicólogo Infantil.

Auxiliar de atención psicológica para adolescentes: Ejecutar actividades del área de psicología para adolescentes atendiendo pacientes, aplicando instrumentos técnicos de evaluación y otras prácticas, a fin de asistir al encargado de área. Sus funciones son:

- Clasifica, codifica y archiva los expedientes de los pacientes.
- Aplica y corrige pruebas psicológicas y psicotécnicas sencillas.
- Asigna citas para entrevistas con Psicólogo del área para adolescentes.
- Codifica pruebas psicológicas y psicotécnicas sencillas.
- Asiste al Psicólogo del área para adolescentes en la administración de pruebas psicológicas grupales.
- Tabula la puntuación de las pruebas psicológicas.
- Compara los resultados con las tablas de baremos.
- Promociona cursos y talleres a dictarse.
- Inscribe a estudiantes en curso y talleres a dictarse.
- Lleva registro de cursos dictados o a dictarse y número de pacientes.
- Archiva las pruebas psicológicas y psicotécnicas.
- Transfiere las pruebas psicotécnicas a los profesionales que están encargados del caso.
- Transcribe y accesa información operando una computadora.

- Cumple con las normas y procedimientos en materia de seguridad integral, establecidos por la clínica.
- Mantiene en orden equipo y sitio de trabajo, reportando cualquier anomalía.
- Elabora informes periódicos de las actividades realizadas.
- Realiza cualquier otra tarea afín que le sea asignada por su jefe de área.
- Perfil profesional: Estudiante de Psicología, Psicólogo Pasante.

Encargado de área de atención psicológica para adultos: Todos comprendemos, de alguna manera, ante la muerte de una persona cercana se vive un proceso de duelo, sin embargo, cuando una persona enfrenta una situación de enfermedad con un pronóstico incierto de su expectativa de vida, tanto el paciente como sus seres más cercanos, sufren también un duelo. Se les brindara acompañamiento tanatológico (ayudarlos a superar cada una de las etapas, a externar sus emociones, miedos u acompañarlos durante el proceso), a los involucrados en esta situación durante todo el desarrollo de la enfermedad hasta su terminación. Sus funciones son:

- Procurar que el equipo médico proporcione a la familia la información adecuada, lo más clara posible acerca del verdadero estado de salud del paciente y que sientan la certeza de que están recibiendo el mejor cuidado posible dentro de la clínica.
 - Escuchar y acompañar.
 - Es de suma importancia tratar de mantener una vida normal, a pesar de lo difícil que es, por lo que se le sugiere a la familia se organice de tal forma que cada miembro tenga funciones específicas que realizar para que “las cosas continúen funcionando”. Asimismo, conservar en lo posible las costumbres y acudir a los eventos familiares con el fin de mantener unida a la familia.

- Invitarles a participar en grupos de apoyo y contención para propiciar el intercambio y apoyo mutuo entre familias que atraviesan este proceso.
- Brindar soporte psicológico a la pareja. Tal vez incluso de manera individual, pues la carga de la enfermedad provoca en ocasiones un distanciamiento entre los padres o problemas de comunicación. Surgen rencores y se culpan uno a otro, por lo que expresar los sentimientos puede ser más fácil si no se está en presencia del cónyuge.
 - Utilizar redes sociales para incrementar el apoyo.
 - Brindar apoyo espiritual y religioso, si la familia lo desea. Algunos padres piensan que han sobrevivido a la muerte de un hijo porque tienen una misión que cumplir y así, encuentran sentido a su vida.
 - Proporcionar o buscar a una persona competente que pueda ofrecer a la familia orientación en trámites burocráticos, aspectos jurídicos y trámites de asistencia sanitaria.

Auxiliar de atención psicológica para adultos: Ejecutar actividades del área de psicología para adultos atendiendo pacientes, aplicando instrumentos técnicos de evaluación y otras prácticas, a fin de asistir al encargado de área. Sus funciones son:

- Clasifica, codifica y archiva los expedientes de los pacientes.
- Aplica y corrige pruebas psicológicas y psicotécnicas sencillas.
- Asigna citas para entrevistas con Psicólogo del área para adultos.
- Codifica pruebas psicológicas y psicotécnicas sencillas.
- Asiste al Psicólogo del área para adultos en la administración de pruebas psicológicas grupales.
- Tabula la puntuación de las pruebas psicológicas.
- Compara los resultados con las tablas de baremos.

- Promociona cursos y talleres a dictarse.
- Inscribe a estudiantes en curso y talleres a dictarse.
- Lleva registro de cursos dictados o a dictarse y número de pacientes.
- Archiva las pruebas psicológicas y psicotécnicas.
- Transfiere las pruebas psicotécnicas a los profesionales que están encargados del caso.
- Transcribe y accesa información operando una computadora.
- Cumple con las normas y procedimientos en materia de seguridad integral, establecidos por la clínica.
- Mantiene en orden equipo y sitio de trabajo, reportando cualquier anomalía.
- Elabora informes periódicos de las actividades realizadas.
- Realiza cualquier otra tarea afín que le sea asignada por su jefe de área.
- Perfil profesional: Estudiante de Psicología, Psicólogo Pasante.

Encargado de atención Tanatologica infanto – juvenil: De acuerdo con el paciente pediátrico oncológico, la manera en que enfrente su duelo dependerá de su edad.

Un paciente con 3 años de edad, aún no es capaz de comprender el concepto de muerte, percibe las emociones, pero no sabe expresarlas y por consecuencia pueden tener episodios de arranques de rabia y llanto, aislarse, presentar trastornos en su alimentación y en conductas regresivas. A continuación la forma de cómo podemos ayudarlos:

- Asegurar su comodidad física.
- No interrumpir su cuidado.
- Brindar un cuidado cálido y humano.

En pacientes con 3 a 5 años de edad comienza a sentir miedos y a la vez culpas por lo que están atravesando, por tal motivo pueden aislarse y tener ciertas conductas rebeldes. A continuación la manera en cómo podemos apoyarlos:

- Disminuir al mínimo la ansiedad. Hacerlos sentir queridos y seguros.
- Permitir la expresión de sus sentimientos a través de los dibujos y el juego.
- Proporcionar respuestas claras y concretas a todas las interrogantes de los niños, cada vez que ellos lo necesiten y de forma que ellos puedan comprender.

En pacientes de 6 y 10 años de edad, es más específico el concepto muerte, por ende, esto puede ocasionarles actitudes depresivas, miedo a las pérdidas, miedo a estar solo y aislamiento. A continuación mencionaremos la forma en cómo podemos ayudarlos:

- Disminuir al mínimo la ansiedad.
- Tratar los sentimientos de culpa.
- Permitir la expresión de los sentimientos, y estos pueden ser de manera verbal como a través de los dibujos y el juego.
- Llevar a cabo una comunicación serena.
- Favorecer la verbalización de pensamientos acerca de la muerte y fantasías.

En pacientes de 11 a 13 años de edad, probablemente presenten un mayor interés en lo que respecta a su enfermedad, sin embargo, la preocupación por su imagen corporal es de suma importancia por lo que puede volverse aislado y perder habilidades sociales. El comprender su mortalidad y la posible inminencia de su muerte puede llegar a provocar episodios de agresividad/irritabilidad, trastornos del sueño, nostalgia/tristeza, angustia, preocupación por sus padres y sentimientos de culpa.

En pacientes de 14 a 18 años de edad, el adolescente ya cuenta con un razonamiento abstracto y formal y por ende, entiende las consecuencias de la muerte. El adolescente, se enfrenta a la pérdida de su vida como tal, además de sus proyectos, sus afectos y sueños. Por tal motivo, atraviesa por diversos cambios y alteraciones de su humor debido a esta etapa de desarrollo, y esto, aunado a su padecimiento puede repercutir en sus cambios de ánimo, baja autoestima, alteraciones psicosexuales, problema de sueño, trastornos en su alimentación, etc. Es de suma importancia estar muy pendiente de él/ ella, ya que se encuentra propenso a caer en problemas de drogadicción. Es común que el adolescente reprima sus emociones para no parecer infantil o se comporte como si no pasara nada.

La forma en cómo podemos ayudar a estos dos últimos grupos es:

- Permitir un ambiente que favorezca la libre expresión de los sentimientos para evitar el aislamiento socio-emocional del enfermo.
- Atención no-verbal y escucha activa para poder identificar cuando el paciente habla de la muerte.
- Favorecer la expresión de afectos y preocupaciones, la verbalización sobre el deterioro de su cuerpo, su dolor, su soledad y sufrimiento, para poder aliviar la carga emocional.
- Validar sus sentimientos.
- Brindarle un espacio personal en lo posible.
- Que cuente con distracciones como las manualidades, la conversación, la lectura, el internet, los videos juegos, las películas, etc.
- Evitar la conspiración del silencio con el enfermo principalmente y con la familia.

Por consecuencia es de suma importancia mencionar que los hermanos del paciente oncológico, sufren ciertas pérdidas importantes debido a que son aislados de la situación y por ende, son olvidados por los padres. Durante este proceso de enfermedad, ellos pueden padecer comportamientos agresivos,

pesadillas, sentir celos y llegar a estar molestos con los padres por su falta de atención, a su vez, desarrollan culpas al sentir alivio por no estar enfermos o vergüenza por la apariencia del hermano. A continuación la forma en cómo podemos ayudarlos es:

- Los hermanos del paciente no deben de ser ignorados, de acuerdo a su edad, es recomendable compartir la información acerca del estado de salud del hermano, promover el dialogo, aclararle dudas y temores. Pero no olvidar que para brindar una información, siempre se tiene que trabajar con la esperanza.
- Incluir a los hermanos en cuidado, lo cual reforzará el vínculo entre hermanos y facilitará la despedida
- Permitir la expresión de sentimientos.

Auxiliar de atención Tanatologica infanto – juvenil: Ejecutar actividades del área de Tanatologica infanto - juvenil atendiendo pacientes, aplicando instrumentos técnicos de evaluación y otras prácticas, a fin de asistir al encargado de área. Sus funciones son:

- Clasifica, codifica y archiva los expedientes de los pacientes.
- Aplica y corrige pruebas psicológicas y psicotécnicas sencillas.
- Asigna citas para entrevistas con el Tanatologo infanto - juvenil.
- Codifica pruebas psicológicas y psicotécnicas sencillas.
- Asiste al Tanatologo del área de infanto - juvenil en la administración de pruebas psicológicas grupales.
- Tabula la puntuación de las pruebas psicológicas.
- Compara los resultados con las tablas de baremos.
- Promociona cursos y talleres a dictarse.
- Inscribe a estudiantes en curso y talleres a dictarse.
- Lleva registro de cursos dictados o a dictarse y número de pacientes.
- Archiva las pruebas psicológicas y psicotécnicas.

- Transfiere las pruebas psicotécnicas a los profesionales que están encargados del caso.
- Transcribe y accesa información operando una computadora.
- Cumple con las normas y procedimientos en materia de seguridad integral, establecidos por la clínica.
- Mantiene en orden equipo y sitio de trabajo, reportando cualquier anomalía.
- Elabora informes periódicos de las actividades realizadas.
- Realiza cualquier otra tarea afín que le sea asignada por su jefe de área.
- Perfil profesional: Estudiante de Psicología, Psicólogo Pasante.

PRUEBAS PSICOLOGICAS

De acuerdo a los servicios que brinda la Clínica Psicooncologica Dr. José Méndez Venegas en pacientes pediátricos oncológicos es de suma importancia la

ESCALAS PSICOMÉTRICAS			
Nº	NOMBRE	ÁREA	FICHA TÉCNICA
ESCALA DE SALUD			
1	(E CAVI-SPO)	Estilos y calidad de vida	Nombre: Escala de calidad de vida para pacientes oncológico (ECAVI-SPO). Autor(es): Claudia María Alvaradejo Gálvez y Laura Gabriela Delgado Farell Editores: Manual Moderno Lugar y año: Ciudad de México, 1996 Edades de aplicación: Infanto-Juvenil
DEPRESIÓN			
2	Escala de Birleson para el trastorno depresivo mayor	Depresión	Nombre: Escala de Birleson para el trastorno depresivo mayor Autor(es): Francisco de la Peña, María del Carmen Lara, José Cortés, Humberto Nicolini, Francisco Páez y Luis Almeida Editores: Lugar y año: Ciudad de México, 1996 Edades de aplicación: Infanto-juvenil
3	Escala de depresión [b]	Depresión	Nombre: Escala de depresión [b] Autores: Celina Imaculada Girardi Editores: Lugar y año: Ciudad de México, 1988 Edades de aplicación: Infanto - juvenil
4	(EDAM)	Depresión	Nombre: Escala de depresión para adolescentes mexicanos Autor(es): Ruth Axelrod Praes y Susan Pick de Weiss Lugar y año: Ciudad de México, 1988 Edades de aplicación: Infanto - juvenil
5	(CDS)	Depresión	Nombre: Escala de depresión para niños Autor(es): Concepción Cruz Jiménez, Juana O. Morales Medina y Beatriz Ramírez Ortiz Lugar y año: Ciudad de México, 1996 Edades de aplicación: Infantil

aplicación e interpretación de diversas pruebas Psicológicas debido a que resultan relevantes en el segundo nivel de atención, por constituirse en exámenes complementarios. A continuación se enumeran aquellas pruebas psicológicas que tienen una aplicación en el área de la Oncología.

ANSIEDAD Y ESTRÉS			
6	Cuestionario de ansiedad cognoscitivo-somática	Ansiedad y Estrés	Nombre: Cuestionario de ansiedad cognoscitivo-somática Autor(es): Elizabeth Zanatta Colin Lugar y año: Ciudad de México, 2001 Edades de aplicación: Infante – juvenil
7	Escala de ansiedad	Ansiedad y Estrés	Nombre: Escala de ansiedad Autor(es): Miguel Ángel Cañizales Mendoza Lugar y año: Ciudad de México, 1994 Edades de aplicación: Infante – juvenil
8	Listado de síntomas o efectos psicofisiológicos del estrés	Ansiedad y Estrés	Nombre: Listado de síntomas o efectos psicofisiológicos del estrés Autor (es): Elizabeth Zanatta Colin Lugar y año: Ciudad de México, 2001 Edades de aplicación: Infante – juvenil
9	(SRT)	Ansiedad y Estrés	Nombre: Escala de síntoma [de malestar psicológico] Autor(es): Jazmín Mora, Guillermina Natera y Patricia Andrade Palos Lugar y año: Ciudad de México, 1994 Edades de aplicación: Población
10	(HAD)	Ansiedad y Estrés	Nombre: Escala de ansiedad y depresión en el hospital Autor(es): Guadalupe del Carmen Villegas Pérez Lugar y año: Ciudad de México, 2004. Edades de aplicación: Población General.
Escala de Autoestima e Identidad			
11	EAT	Autoconcepto	Nombre: Escala de autoconcepto de Tennessee Autor(es): María Guadalupe García Arellano y Francisco Daniel Quintero Vargas Lugar y año: Ciudad de México, 1995 Edades de aplicación: Infante – juvenil
12	EAMA	Autoconcepto	Nombre: Escala de autoestima modificada para adolescentes Autor(es): Alberto A. Medina Serratos Lugar y año: Ciudad de México, 1998 Edades de aplicación: Infante – juvenil
13	Instrumento de autoestima para niños y adolescentes	Autoconcepto	Nombre: Instrumento de autoestima para niños y adolescentes Autor(es): Joaquín Caso Niebla Lugar y año: Ciudad de México, 1999 Edades de aplicación: Infantil e Infante – juvenil
14	Cuestionario de autoestima [para niños]	Autoconcepto	Nombre: Cuestionario de autoestima [para niños] Autores: Ma. Angélica Verduzco Álvarez Icaza Lugar y año: Ciudad de México, 2005 Edades de aplicación: Infantil

E SACA LA DE IMAGEN CORPORAL			
15	Esca la de imagen corporal	Imagen corporal	Nombre: Escala de imagen corporal Autor(es): Corina Benjet Lugar y año: Ciudad de México, 1999 Edades de aplicación: Infantil e Infanto - Juvenil
16	E sca la de la imagen corporal	Imagen corporal	Nombre: Escala de la imagen corporal Autor(es): Gilda Gómez Pérez-Mitre Lugar y año: Ciudad de México, 1998 Edades de aplicación: Infanto - juvenil
E SCALAS DE AFRONTAMIENTO			
17	HDL	Afrontamiento	Nombre: Escala de afrontamiento del Cuestionario de salud y vida cotidiana Autor(es): Magali Sánchez Páez Lugar y año: Ciudad de México, 2003 Edades de aplicación: Infantil e Infanto - Juvenil
PSICOMOTRICIDAD Y PERCEPCIÓN VISOMOTORA			
18	Bender	Clínica/educati va	Nombre: Test Gestáltico Visomotor Autor(es): L. Bender Editores: Paidós Ediciones Lugar y año: Barcelona, 1993 Edades de aplicación: toda población Tiempo de aplicación: -

FUENTE :Facultad de psicología (2011) Inventario de Escalas Psicosociales en México 1984-2005, México: UNAM

CONCLUSIONES

El cáncer es un grupo de más de 100 enfermedades, su principal característica es el crecimiento anormal y desmedido de las células. El detectarlo y brindar una atención oportuna representa un verdadero reto para el área de salud principalmente. En México cada cuatro horas lamentablemente muere un niño con padecimiento oncológico; el cáncer es la segunda causa de muerte en niños con un rango de edad entre los 5 y los 12 años de edad; hoy en día existen 18 nuevos casos por cada 120 mil habitantes; en consecuencia, uno de cada 10 mil niños desarrolla algún tipo de cáncer. Existen aproximadamente 5,040 nuevos casos en nuestro país, de los cuales el 40% son menores de 18 años de edad. El 70 % de las neoplasias son curables, siempre y cuando se detecte a tiempo; es por ello, que la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica ha emitido información para la detección oportuna del cáncer pediátrico.

Los procedimientos médicos para la atención del cáncer son complejos, prolongados e implican por consecuencia a diversos especialistas; hoy en día los tratamientos más comunes que se manejan en el área de oncología son la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia, trasplantes de médula ósea, etc. Lamentablemente tanto la misma enfermedad como los efectos secundarios que provocan dichos tratamientos son importantes fuentes de estrés, misma que afecta la calidad de vida del paciente y por consecuencia a su familia. Los cuidados paliativos tienen como principal objetivo aliviar el sufrimiento del paciente y mejorar su bienestar cuando la intervención médica no puede controlar el avance de la enfermedad.

La psicooncología es la intervención principal de la psicología en el área de la oncología, y es de suma importancia para que los pacientes y sus familias puedan afrontar de manera adecuada la enfermedad y por consecuencia su tratamiento médico. La primicia de la atención psicológica ha enfatizado a medida en que el sistema sanitario ha reconocido como objetivos principales tanto la curación como el alivio del sufrimiento del paciente oncológico, junto con las

necesidades de que el mismo paciente tenga información adecuada y además sea participe en las decisiones terapéuticas, por tal motivo es de suma importancia la intervención de la

psicología en el tratamiento oncológico. Por consecuencia el objetivo principal de este trabajo de investigación es la creación de la Clínica Psico-oncológica para atención de pacientes pediátricos Dr. José Méndez Venegas, en el Estado de Guerrero.

REFERENCIAS

- Alaoui, F. (2010). *Diagnóstico precoz del cáncer en el niño: Manual de formación para los médicos del primer nivel de atención*. Lima: Empreíntes
- Alejo, A. (2014). *Estrategias de afrontamiento en niños hospitalizados con diagnóstico de cáncer*. Tesis de licenciatura inedita, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Alvarado, S., Genovés, S., & Zapata, M. (2009). *La psicooncología: Un trabajo transdisciplinario*. *Cancerología* 4. pag. 47- 53. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F. Recuperado en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541342.pdf>.
- American Cancer Society. (2014). *Leucemia en niños*. Atlanta, Ga.
- Barreto, M. (2009). *Intervención psicológica en el final de la vida*. Recuperado en: http://www.morellpsicologia.com/guias/final_vida.pdf.
- Blasco, A., & Camps, C. (2007). *Programa de Formación de la especialidad de Oncología Médica*. Hospital General Universitario de Valencia, España.
- Briones, A., Vega, V., López, G., Castellanos, M., & Suárez, J. (2014). *Prevalencia de estrés en escolares de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, México y factores familiares asociados*. *Información Psicológica*, 108, 19-30.
- Castiblanco, E. (2007). *Introducción a la Psiconeuroinmunología una aproximación holística de la salud*. Universidad de la Sabana, Colombia.

- Calleja, N. (2011). *Inventario de escalas psicosociales en México 1984-2005*. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Cesar, I. (2012). *Propuesta de un taller para incrementar la autoeficacia en jóvenes diagnosticados con cáncer*. Tesis de Licenciatura inedita, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Comín, E., De la Fuente, I., & Gracia, A. (2015). *El Estrés y el riesgo para la salud*. MAZ, España.
- Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Síntesis, S.A., España.
- Desarrollo Integral Familiar, D.I.F. (2013). *Manual de Organización del Departamento de Atención Psicológica*. Huixquilucan, Estado de México.
- Del Rincón, C., Martino, R., Catá, E., & Montalvo, G. (2008). *Cuidados paliativos pediátricos. El afrontamiento de la muerte en el niño oncológico*. *Psicooncología*, 5, 425-437.
- Farberman, D., (2010). *El psicólogo en el Hospital Pediátrico: Herramientas de intervención*. Paidós SAICF, España.
- Felipe, E., & León del Barco, B. (2010). *Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, (10), 245-257.
- Fernández, F. (2007). *Estrés y riesgo familiar e inadaptación socioemocional y escolar en la infancia*. Universitas Malacitana, España.

Fernández, C. (2012). *Afrontar la muerte en ciencias de la salud*. Universidad de Almería, España. Recuperado en: <https://books.google.com.mx/books?id=wXpVAQAAQBAJ&pg=PA83&lpg=PA83&dq=definici%C3%B3n+de+afrontamiento+real+academia+de+la+lengua+espa%C3%B1ola&source=bl&ots=n7BLqO8WG2&sig=LVWL7edoxybZ0ibHfXuTI7nzZsk&hl=es&sa=X&ei=GVRIVaa9L5KtyASOm4HQCw&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20de%20afrontamiento%20real%20academia%20de%20la%20lengua%20espa%C3%B1ola&f=false>

Florencia, M. (2012). *Biología del Comportamiento - Estrés*. Universidad de Buenos Aires.

Furió, T. (2014). *Cuidados paliativos en el niño con enfermedad terminal Actuación psicosocial ante la proximidad de la muerte del niño. Manejo del duelo en la familia*. (pp. 11). Hospital General de Castellón.

Galán, G. (2010). *Consejo Genético*. Departamento de Pediatría. UEX, Badajoz.

García, J., García, Á., López-Sánchez, C., Dias, P. (2016). *Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud*. *Health and Addictions*. 16(1), pág. 59-68. Universidad Miguel Hernández, Elche. España.

García, R., Mellado, A., Illarramendi, C., & Pérez, M. B. (2014). *Movimientos psicoterapéuticos atendiendo al proceso del cancer infantil: Una mirada constructivista narrativa*. *Alternativas psicologicas*, pp. 30.

- González, A. (2014). *Estrés y estrategias de afrontamiento en niños con cáncer*. (Especialista en intervención clínica en niños y adolescentes), Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- González, F. (2008). *Intervención psicológica en el cáncer: Aplicaciones profesionales prácticas*. Formación Alcalá, España.
- Granados, M., Beltrán, A., & Soto, B. (2011). *Cirugía oncológica: evolución histórica y estado actual*. Gaceta Médica de México, 147:551-60. México, D.F.
- Guerrero, L. (2010). *Educación para la muerte. Una investigación documental y una propuesta de intervención*. Tesis de Licenciatura, Inedita, Universidad Autónoma de México, México, D.F.
- Hernández, E., Espinosa, M., & Villa Hernández, I. (2013). *Risoterapia*. Colegio Anglo Mexicano de Coyoacán, México, D.F.
- Hernández, M., González-Arratia, N., Valdez, J., & Zarza, S. (2015). *Fortalezas personales en padres de familia con y sin hijos diagnosticados con cáncer*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, México, D.F. 18. Recuperado en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/52650/46845>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2014). *Estadísticas a propósito de... Día Mundial contra el cáncer* (4 de Febrero). Aguascalientes, AGS.
- Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado, ISSSTE. (2014). *Guía para el estrés, causas, consecuencias y prevención*. Instituto

de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, México, D.F.

Joseph, P., & De Gortari, P. (2007). *El estrés y sus efectos en el metabolismo y el aprendizaje*. Instituto de Biotecnología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Llantá, M., Grau Abalo, J., & Bayarre, H. (2014). *Calidad de vida relacionada con la salud en Oncopediatría: hacia un reflexión del tema*. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, (13), 528-536.

Loeza, J. (2011). *Frecuencias y tendencias del cáncer pediátrico en el hospital infantil de México Federico Gómez 1993-2007*. (Especialidad en Oncología Pediátrica), Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Loredo, N., Mejía, D., Jiménez, N., & Matus, R. (2009). *Nivel de estrés en niños(as) de primer año de primaria y correlación con alteraciones en su conducta* (Vol. 6): *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*.

Madariaga, C., Zambrano, J., Macías, M., & Valle, M. (2013). *Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico*. *Psicología desde el Caribe*, pp. 123-145.

Méndez, L. (2011). *Efectividad del Counselling en pacientes con enfermedad oncológica en fase diagnóstica*. Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga, Escuela de Ciencias Sociales.

Méndez, J., & Maya del Moral, A. (2011). *Psicología Pediátrica* (Vol. 32). México, D.F.: Acta Pediátrica de México.

- Moral de la Rubia, J., & Martínez, J. (2009). *Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento*. Universidad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Morales, F., Trianes, M., & Miranda, J. (2012). *Diferencias por sexo y edad por afrontamiento infantil del estrés cotidiano*. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10.
- Núñez, L., Cólica, V., Valdez, R., Telias, D., & Schenone, G. (2013). *Asesoramiento genético en oncología Manual para la práctica clínica* (pp. 110). Instituto Nacional del Cáncer.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2016). *Cuidados Paliativos*. Recuperado en: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>.
- Organización Mundial de la Salud, OMS.(2016). *Prevención del cáncer*. Recuperado en: <http://www.who.int/cancer/prevention/es/>.
- Ramos, A., Hervas, A., Montero, Á., Morera, R., Sancho, S., Córdoba, S. & Rodríguez, I. (2004). *La Oncología Radioterápica moderna: situación actual*. (Vol. 1, pp. 13-30). Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.
- Rivera, J. (2013). *Investigación sobre estrés, enfoque a estrés infantil*. *Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Nuevas Tecnologías*, (2), 72-97.
- Rodriguez, Y. (2013). *Estudio descriptivo de la patologías infecciosas presentadas por los pacientes hospitalizados en la sala de oncología del Hospital Infantil de México Federico Gómez en el periodo comprendido de enero- abril de*

2012. (Especialista en Infectología), Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Rodríguez, M., Espinoza, E., & Menjívar, E. (2012). *Manual de organización y funciones del Hospital Nacional "Nuestra señora de Fátima" de Cojutepeque*. San Salvador.

Rodríguez, G. (2010). *Desarrollo de la medicina conductual en México*. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, 1, 5-12.

Secretaria de Salud (2015). *Cáncer infantil en México*. Recuperado en: http://censia.salud.gob.mx/contenidos/cancer/cancer_infantil.html

Secretaria de Salud (2012). *Hospital Infantil de México Federico Gómez Unidad de Hemato-Oncología e Investigación*. Institución de servicio médico, enseñanza e investigación. México, D.F.

Shalkow-Klincovstein, J., Gúzman-Mejía, J. I., & Palacios-Acosta, J. M. (2010). *Cirugía oncológica pediátrica: conceptos generales para la pediatría*. Acta Pediátrica de México, 31, 145-148.

Silver, J. (2011). *El dolor crónico: Una guía para familiares y pacientes*. Paidós SAICF, España.

Soriano, J. (2002). *Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicología*. *Boletín de Psicología*, (75), 73-85.

Trianes Torres, M. V., Blanca Mena, M. J., Fernández Baena, F. J., Escobar Espejos, M., & Maldonado Montero, E. F. (2012). *Evaluación y tratamiento del estrés cotidiano en la infancia*. Papeles del Psicólogo, 33, 30-35.

Valentín, O. (2012). *El estrés en la infancia: estudio de una muestra de escolares de la zona sur de Madrid capital*. Revista Iberoamericana de Educación.

Yélamos, C., García, G., Fernández, B., & Pascual, C. (2014). *El cáncer en los niños*. Asociación Española Contra el Cáncer, España.

ANEXO 1.

Descripción de las escalas psicométricas.

1. (ECAVI-SPO) Escala de calidad de vida para pacientes oncológico: El ECAVI-SPO, evalúa el sentido de bienestar que percibe el paciente adolescente con padecimiento oncológico con sobrevivida, derivado de su experiencia ante la vida. 32 afirmaciones De Nunca o Nada (1) a Siempre o mucho (5).

2. Escala de Birleson para el trastorno depresivo mayor: La Escala de Birleson para el trastorno depresivo mayor, evalúa la sensación de tristeza, pérdida del humor, reducción de respuestas voluntarias, pasividad, sensación de incapacidad y desesperanza. Mide la variación de los efectos de la depresión, desde un abatimiento ligero hasta una desesperación extrema, así como la sensación consistente de insuficiencia y de falta de ánimo. 18 afirmaciones De Siempre (0) a Nunca (2).

3. Escala de depresión [b]: La Escala de depresión (b), evalúa la tendencia, en adolescentes, a experimentar tristeza, pérdida de la confianza en sí mismo, disminución de las relaciones interpersonales, confrontación y desesperanza. 19 afirmaciones De Nada frecuente (1) a Muy frecuentemente (5)

4. (EDAM) Escala de depresión para adolescentes mexicanos: El EDAM, evalúa síntomas depresivos en jóvenes, tales como: desgano, insatisfacción, inseguridad, tristeza, soledad y pesimismo. 29 adjetivos De Ausencia del sentimiento (1) a Grado más alto del sentimiento (10).

5. (CDS) Escala de depresión para niños: El CDS, evalúa la depresión del niño, que es definida como la respuesta afectiva, autoconcepto negativo, disminución de la productividad mental, problemas psicosomáticos, preocupación por la muerte o ideas suicidas e irritabilidad. Pide respuestas directas del sujeto sobre sus sentimientos, pensamientos y

conductas. La escala positiva mide sus actitudes positivas hacia él mismo y hacia los demás, en función de su satisfacción con lo que hace. La escala depresiva mide la presencia de sentimientos de culpa, tristeza, reducción de la energía, falta de motivación e interés, sentimientos de inseguridad, pesimismo, actitud derrotista y aprehensión. El CDS tiene implicaciones terapéuticas, ya que facilita la apertura y expresividad de los niños que tienen dificultades para verbalizar sus experiencias o sentimientos. 66 afirmaciones De Muy de acuerdo (5) a Muy en desacuerdo (1).

6. Cuestionario de ansiedad cognoscitivo-somática: El cuestionario de ansiedad cognoscitivo – somática, evalúa las alteraciones en el pensamiento que se presentan en situaciones que se perciben como una amenaza. Tales alteraciones incluyen dificultad para concentrarse, preocupación o pensamientos que provocan temor. 14 afirmaciones De Nada (1) a Bastante (5).

7. Escala de ansiedad: La escala de ansiedad, Evalúa las respuestas de nerviosismo o agitación asociadas comúnmente con un acontecimiento futuro. 24 afirmaciones De Casi nunca (0) a Siempre (4).

8. Listado de síntomas o efectos psicofisiológicos del estrés: El listado de síntomas o efectos psicofisiológicos del estrés, mide las reacciones psicofisiológicas al estrés que se manifiestan en quejas de malestar físico. 30 síntomas De Poco (1) a Frecuentemente (3).

9. (SRT) Escala de síntoma [de malestar psicológico]: El SRT, Explora brevemente la presencia de rasgos psicopatológicos en la práctica clínica, y de síntomas somáticos, depresivos y de ansiedad en la población general. Detecta los cambios en el estado clínico de un paciente. 27 síntomas Nunca (0), Algunas veces (1) y A menudo (2).

10. (HAD) Escala de ansiedad y depresión en el hospital: El HAD, evalúa la presencia y severidad de síntomas ansiosos y depresivos en pacientes hospitalizadas por enfermedades de diversa índole. No distingue entre diferentes tipos de ansiedad y depresión. La subescala de depresión mide la depresión anhedónica (pérdida de la capacidad para experimentar placer e interés), y la de ansiedad registra la experiencia de temor no fundamentado por una situación o circunstancia particular, la preocupación de que ocurra algún evento adverso, y la inquietud e incapacidad para quedarse quieto y relajado por algunos minutos. Ha sido ampliamente utilizada en numerosos países. 11 afirmaciones 4 opciones de respuesta tipo Likert.

11. EAT Escala de autoconcepto de Tennessee: Evalúa la descripción que la persona hace de su identidad básica, la satisfacción que siente con su autoimagen, es decir, su nivel de aceptación, y la percepción de su propia conducta. También mide el punto de vista que la persona tiene sobre su cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad; sus cualidades morales, su relación con Dios y su satisfacción con su religión; su sensación de valía personal; el mérito y el valor que se otorga como miembro de una familia; y su sensación de adecuación y dignidad en la interacción social. Esta escala es una de las más utilizadas en el ámbito clínico para evaluar autoconcepto. 100 afirmaciones De Completamente falso (1) a Completamente cierto (5) Para su calificación, las respuestas se distribuyen en tres hileras (identidad, autosatisfacción y conducta) y cinco columnas (autoconceptos).

12. EAMA Escala de autoestima modificada para adolescentes: Evalúa el sentimiento de valoración integral que el adolescente tiene de sí mismo. 55 adjetivos 5 espacios entre adjetivos (Diferencial semántico).

13. Instrumento de autoestima para niños y adolescentes: Mide la evaluación positiva o negativa que los niños y adolescentes hacen de sus habilidades, emociones y relaciones. 21 afirmaciones De Siempre (1) a Nunca (3 para niños, 5 para adolescentes).

14. Cuestionario de autoestima [para niños]: Evalúa la autoestima infantil en las áreas de pensamiento, sentimientos y conducta. Se le considera como un factor protector que ayuda a resistir los sucesos estresantes de la vida y a afrontarlos con éxito. 32 afirmaciones Sí (1), No (0).

15. Escala de imagen corporal: Evalúa la apreciación que una persona tiene de su propio cuerpo. 18 afirmaciones De Casi nunca (1) a Casi siempre (3).

16. Escala de la imagen corporal: Evalúa la construcción social que las adolescentes elaboran respecto de la forma de su cuerpo, a partir de referentes biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales. Para preadolescentes, 5 figuras de mujer, y para adolescentes, 9. De Muy delgada (1) a Obesa (5 o 9).

17. HDL Escala de afrontamiento del Cuestionario de salud y vida cotidiana: Evalúa las estrategias individuales de resolución de problemas y de búsqueda de ayuda. 19 afirmaciones Sí, No y A veces.

18. Bender Test Gestáltico Visomotor: La prueba de Bender, junto con los tests Dibujo de un Hombre y Memoria Auditiva y Visual de Dígitos (VADS) integra una minibatería psicoeducacional de igual manera ayuda a descartar organicidad.

