Arch Argent Pediatr. 2026;124(4):e202510940

Riesgo psicosocial en pacientes pediátricos con cáncer y utilidad de los recursos de atención disponibles percibida por sus cuidadores

Débora Farberman[1], Ignacio Goldsmit[1], Bárbara Zima[1], Valentina Cantón[1], Soledad Lacava[2], Sol Couselo[3], Ruth Páez[4], Florencia Peralta[5]

RESUMEN

Introducción. El cáncer pediátrico expone a las familias a numerosos estresores crónicos, que requieren recursos a menudo ausentes en contextos de vulnerabilidad.

Objetivos. Conocer el riesgo psicosocial de pacientes oncopediátricos y explorar la percepción que tienen los cuidadores sobre la utilidad de los recursos de atención psicosocial que ofrecen los hospitales.

Población y métodos. Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal. Se incluyeron cuidadores de pacientes con diagnóstico oncológico reciente de cinco hospitales argentinos. Se administró el cuestionario PAT y un inventario de intervenciones psicosociales hospitalarias diseñado para el estudio.

Resultados. La muestra estuvo conformada por 103 sujetos Los hospitales públicos y el privado obtuvieron puntajes similares de riesgo. Riesgo promedio: intermedio. La muestra se distribuyó en riesgo bajo 43 %, intermedio 41 % y alto 16 %. Las áreas de mayor riesgo fueron estructura y recursos de la familia, reacción al estrés y problemas de los padres. Todas las acciones institucionales destinadas a fortalecer los recursos económicos fueron relevadas como de gran ayuda. La elección de otro tipo de intervenciones fue dispar, relevando especialmente la utilidad de las dirigidas a los pacientes y a fortalecer el soporte social. Las intervenciones dirigidas a tratar psicopatología del cuidador fueron consideradas menos útiles, a pesar de ser este tipo de problema uno de los más prevalentes entre los padres de riesgo psicosocial alto y medio.

Conclusión. El estudio permitió evaluar el riesgo psicosocial de la población pediátrica con enfermedad oncológica en Argentina, precisar las intervenciones psicosociales que ofrecen los hospitales y relevar la percepción de utilidad que los cuidadores les asignan en el primer mes posdiagnóstico.

Palabras clave: *neoplasias; pediatría; hospitales; servicios de salud mental; servicio social.*

doi (español): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10940
doi (inglés): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10940.eng

Cómo citar: Farberman D, Goldsmit I, Zima B, Cantón V, Lacava S, Couselo S, et al. Riesgo psicosocial en pacientes pediátricos con cáncer y utilidad de los recursos de atención disponibles percibida por sus cuidadores. *Arch Argent Pediatr.* 2026;124(4):e202510940.

[1] Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Dr. Prof. Juan P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; [2] Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, Santa Fe, Argentina; [3] Centro Provincial de Salud Infantil (CePSI) Eva Perón, Santiago del Estero, Argentina; [4] Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti, Mendoza, Argentina; [5] Hospital Militar Central, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia para *Débora Farberman: deborafarberman@gmail.com*

Financiamiento: *El estudio ha recibido financiamiento por parte de la Fundación Garrahan a través de una beca de investigación de doce meses en el período septiembre 2023-agosto 2024.*

Conflicto de intereses: *Ninguno que declarar.*

Recibido: *28-10-2025*
Aceptado: *16-3-2026*

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.
Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original.
No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.
Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

Más de dos tercios de los casos de cáncer pediátrico en el mundo ocurren en países de bajos y medianos ingresos.[1] En Argentina, cada año se diagnostican cerca de 1360 nuevos casos.[2]

El cáncer pediátrico expone a las familias a numerosos estresores crónicos, que requieren recursos a menudo ausentes en contextos de vulnerabilidad. Estudios reportan que el estrés psicosocial al diagnóstico se asocia con niveles más altos de estrés posterior y mayor utilización de recursos sanitarios.[3,4] Niveles altos de estrés y psicopatología del cuidador se asocian a mal afrontamiento y consecuencias negativas en la salud de los niños con enfermedad crónica.[5,6] Asimismo, cuando el afrontamiento de los padres es adecuado, el crecimiento personal de los niños aumenta.[7,8]

La pobreza es una de las principales barreras para el acceso a la salud en población latina, y una fuente importante de estrés para los cuidadores.[9] Estudios recientes la señalan como un condicionante de la evolución del cáncer pediátrico. La pobreza y las condiciones de vivienda inadecuadas se han relacionado recientemente a fallas en la adherencia en pacientes oncopediátricos.[10] Condiciones de riesgo socioeconómicas como inestabilidad económica, desempleo y carencia de seguro de salud, y la onerosa carga económica que representan para estas familias los gastos en transporte, comunicaciones, vivienda y comida, son una fuente incesante de estrés para los cuidadores de niños con cáncer.[11,12] Los cuidadores con mayores niveles de ingresos reportaron mayor satisfacción con los recursos brindados por el hospital que trataba a sus hijos, mientras que aquellos con menores ingresos manifestaron menor satisfacción, pese a haber recibido prestaciones similares.[13]

Las intervenciones psicosociales hospitalarias en Argentina se realizan sin un conocimiento sistemático del riesgo psicosocial de su población local, y sin tomar como base las recomendaciones plasmadas en consensos internacionales. La intervención psicosocial puede resultar así inadecuada para responder a las necesidades de la población sobre la que se aplica. De allí la importancia de conocer el riesgo psicosocial de la población oncopediátrica local, e identificar los recursos de ayuda hospitalarios preferidos por los cuidadores.

Se espera que este estudio promueva el desarrollo de recursos de intervención psicosocial hospitalarios capaces de morigerar las consecuencias de tan altas demandas.

OBJETIVOS

- Caracterizar el riesgo psicosocial de la población oncopediátrica argentina.
- Explorar el grado de utilidad que las familias asignan a los recursos de atención psicosocial.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Observacional prospectivo, descriptivo, transversal.

Población

Padres/cuidadores de pacientes oncológicos atendidos en cuatro hospitales públicos pediátricos de alta complejidad, de referencia en el Programa Sanitario Nacional Oncopediátrico, sitos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Santa Fe, Mendoza y Santiago del Estero, y un hospital privado general, que asiste mayoritariamente a usuarios de obras sociales. Este último forma también parte de la red de atención oncopediátrica del país.

Criterios de inclusión

Cuidador de pacientes entre 0 y 17 años con enfermedad oncológica en tratamiento activo hasta 33 días posteriores al diagnóstico.

Criterios de exclusión

Cuidador de pacientes críticos y/o con requerimiento de cuidados intensivos, pacientes que realizaran tratamiento exclusivamente paliativo, pacientes con indicación de tratamiento exclusivamente quirúrgico.

Muestreo

Intencional. Se invitó a participar en forma consecutiva a padres y cuidadores de pacientes internados y ambulatorios.

El protocolo fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación correspondientes. Los participantes firmaron consentimiento informado para su participación voluntaria. Se recolectaron datos entre diciembre 2023 y agosto 2024.

Instrumentos

Cuestionario PAT (*Psychosocial Asessment Tool)*[14] para la evaluación de riesgo psicosocial en torno a siete áreas: 1) estructura familiar y recursos, 2) soporte social, 3) problemas del niño,

4) problemas de los hermanos, 5) problemas de los padres, 6) reacción al estrés (producido por el diagnóstico) y 7) creencias familiares (respecto a la situación de enfermedad). Arroja tres niveles de riesgo general: bajo, medio y alto, y cuantifica el riesgo de cada área. Traducido al español para población argentina. La versión en español demostró ser una medida confiable y válida del riesgo psicosocial familiar.[15]

Inventario de recursos psicosociales: instrumento elaborado para el estudio que releva 21 recursos de atención psicosocial, informados por trabajadores sociales y psicólogos de la Sociedad Argentina de Hemato-Oncología Pediátrica (SAHOP). Los cuidadores asignan un nivel de utilidad a cada uno de ellos. Las intervenciones se organizaron según las siete áreas de riesgo del PAT: recursos económicos; apoyo social; salud mental del paciente, de los hermanos y de los padres; impacto diagnóstico y alianza con el equipo de salud. Se incluyó una pregunta abierta sobre necesidades no atendidas y sugerencias.

Los investigadores administraron los instrumentos.

Procesamiento de datos

Las poblaciones de hospitales púbicos y del hospital privado tuvieron características sociodemográficas y de riesgo psicosocial similares, por lo que se presentan los resultados en forma conjunta.

La descripción de la muestra se realizó con análisis de frecuencias, lo mismo que la utilidad asignada a los recursos de intervención. En ambos casos, los resultados se expresaron en porcentajes.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 103 sujetos, provenientes de Hospital Nacional de Pediatría Dr. Prof. J. P. Garrahan (N = 59); Hospital Dr. H. Notti (N = 12); Hospital Militar Central (N = 12); CePSI Eva Perón (N = 10) y Hospital Alassia (N = 10). La media de edad de los pacientes fue de 7,64 (DE 4,86) años, para una población de entre 0 y 17 años; el 58 % varones y el 42 % mujeres. La mayoría (95 %) eran argentinos. La distribución por diagnósticos fue de un 68 % de leucemias y linfomas; un 20 % de tumores sólidos y un 12 % de tumores del sistema nervioso central. El 59 % de los pacientes tenía cobertura pública de salud; el 38 % contaba con obra social y solo el 3 % tenía medicina prepaga (*Tabla 1*).

El 89 % de los cuidadores fueron las madres, casi en su totalidad mayores de 21 años. Un 66 % convivía en pareja y un 34 % era familia monoparental. El 44 % de estos cuidadores no alcanzó la escolaridad obligatoria. El 75 % reportó

Tabla 1. Descripción de la muestra. N = 103

		N (%)
Centro tratante	Garrahan	59 (56)
	Notti	12 (12)
	Militar Central	12 (12)
	CePSI Eva Perón	10 (10)
	Alassia	10 (10)
Procedencia	Buenos Aires y CABA	38 (36)
	Mendoza	12 (12)
	Santiago del Estero	11 (11)
	Santa Fe	11 (11)
	Otras provincias	26 (25)
	Extranjeros	5 (5)
Diagnóstico	Leucemias y linfomas	70 (68)
	Tumores sólidos	20 (20)
	Tumores del SNC	13 (12)
Edad paciente		X = 7,64 (0-17)
Sexo	Varón	58 (60)
	Mujer	42 (43)
Cobertura de salud	Salud pública	59 (61)
	Obra social	38 (39)
	Medicina prepaga	3 (3)

N: número, CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, SNC: sistema nervioso central.

pocos o ningún problema de dinero, pero el 25 % refirió muchos problemas o no poder cubrir necesidades básicas (*Tabla 2*).

La distribución de riesgo psicosocial fue bajo 43 %, intermedio 41 % y alto 16 %; el intermedio (X = 1,25) fue el riesgo promedio.

Las áreas que presentaron mayor riesgo psicosocial fueron estructura familiar y recursos; reacción al estrés y problemas de los padres. El área que menor riesgo presentó fue soporte social (*Figura 1*).

Los ítems que sumaron al riesgo en el área de estructura familiar y recursos fueron tener cobertura de salud pública, carecer de transporte propio y bajo nivel educativo del cuidador.

La reacción al estrés en esta muestra reveló que un 53 % de los padres sufría síntomas cognitivos, emocionales y/o somáticos compatibles con estrés agudo, especialmente "*Sentirse nerviosos, asustadizos o con taquicardia al recordar la enfermedad del hijo*". Un 24 % de cuidadores experimentaba estos síntomas la mayor parte del tiempo.

Entre los problemas de los padres, se informaron "*preocupación o ansiedad en la familia"; "encontrarse en duelo por fallecimientos", "problemas familiares estresantes"* y *"haber sufrido violencia o abuso".* Un 15-20 % de los cuidadores reportó intentos de suicidio, problemas con alcohol y drogas, problemas de pareja y disputas legales por la custodia de los hijos.

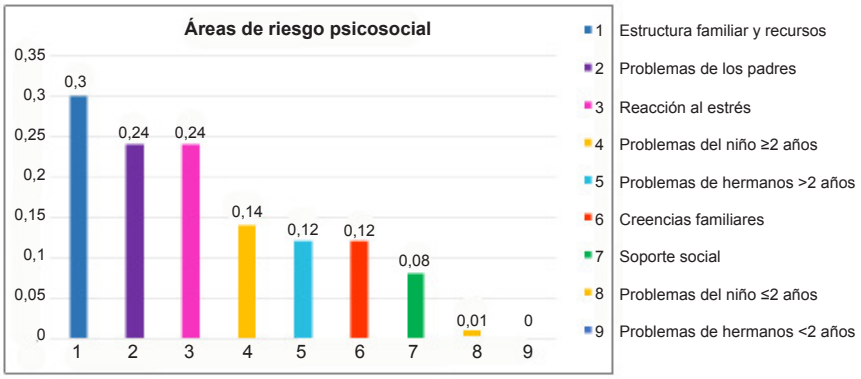
El soporte social se consolidó como una fortaleza, incluso en familias monoparentales, a partir del apoyo de familiares en términos económicos, de cuidado y de contención emocional.

Tabla 2. Descripción de la muestra. Características del cuidador primario. N = 103

		N (%)
Cuidador primario	Madre	92 (89)
	Padre	9 (9)
	Otro	2 (2)
Edad	Menor de 21 años	1 (1)
	Mayor o igual a 21 años	102 (99)
Estado civil	Soltera/o, separada/o, viuda/o	35 (34)
	Casada/o, conviviente	68 (66)
Nivel educativo	Primario incompleto	16 (16)
	Primario completo	4 (4)
	Secundario incompleto	25 (24)
	Secundario completo	31 (30)
	Terciario/universitario	27 (26)
Problemas económicos	Pocos/ninguno	75 (77)
	Muchos/no poder cubrir necesidades básicas	25 (26)

N: número.

Figura 1. Nivel de riesgo psicosocial según área



Casi la totalidad de la muestra tenía expectativas positivas sobre el desempeño del personal de salud y sobre su propia capacidad para transitar y superar la situación.

De los recursos de intervención hospitalarios, los cuidadores prefirieron los destinados a mejorar los recursos económicos, fortalecer el soporte social y optimizar la salud emocional de los pacientes (*Figura 2*).

Las intervenciones orientadas a problemáticas como violencia, consumo y psicopatología del cuidador tuvieron una muy baja aceptación, incluso entre quienes referían sufrir esas situaciones (*Figura 3*).

El inventario de recursos permitió relevar que el 84 % de los cuidadores no tuvo conflictos con el equipo de salud y que al 22 % le resultaba difícil cumplir con la totalidad de las indicaciones médicas.

Figura 2. Recursos de atención elegidos por más del 70 % de los cuidadores

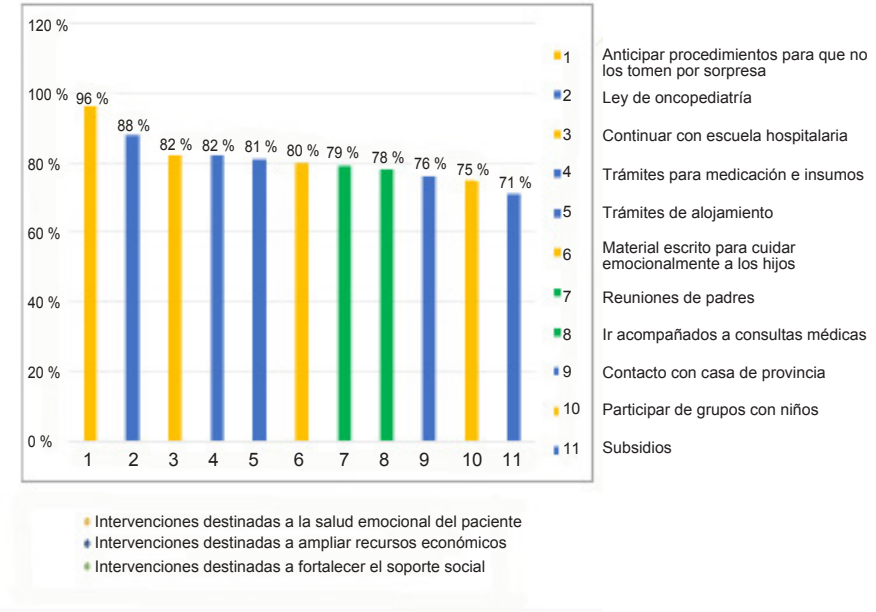
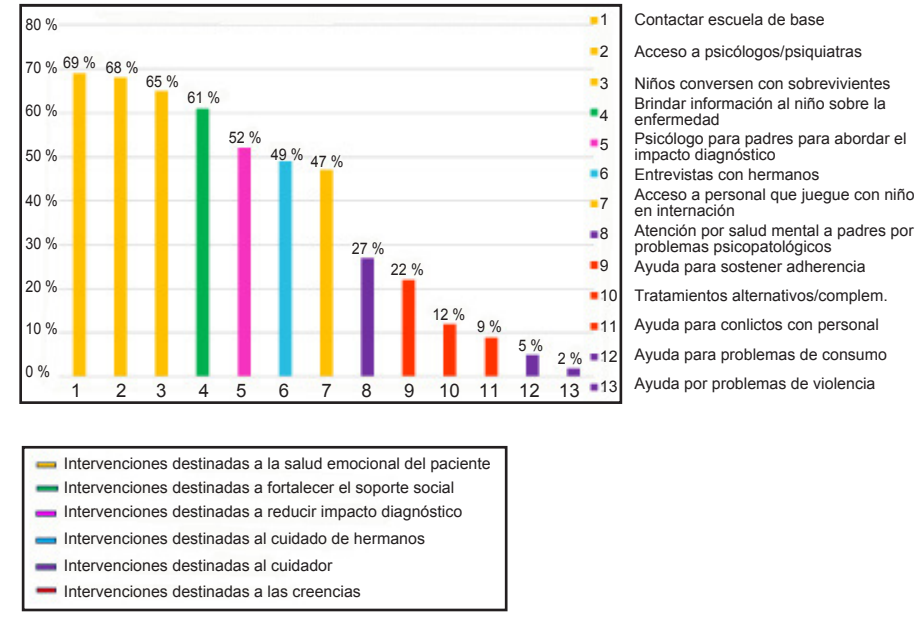


Figura 3. Recursos de atención elegidos por menos del 70 % de los cuidadores primarios



Los cuidadores no sugirieron otras intervenciones de ayuda.

DISCUSIÓN

Este constituye el primer estudio realizado en Argentina que evalúa el riesgo psicosocial en pacientes oncopediátricos. El nivel de riesgo observado en esta muestra fue inferior al de la población latina incluida en la muestra normativa de Filadelfia (Estados Unidos) y Melbourne (Australia).[14] El mayor riesgo registrado en dicha muestra podría explicarse por diferencias culturales entre poblaciones hispanas y estadounidenses, vinculadas a creencias y conductas de salud, hábitos alimentarios, estilos de comunicación e idioma, previamente señaladas en la literatura como barreras para el acceso y la atención en salud.[9]

Asimismo, algunas respuestas parecen reflejar más la percepción subjetiva del cuidador que las condiciones objetivas a las que se refieren. Esta percepción podría diferir entre poblaciones migrantes o hispanas en Estados Unidos y la población argentina no migrante. En esta muestra, por ejemplo, la mayoría de los cuidadores refirió escasas dificultades económicas, pese a que otros indicadores sugieren una situación menos favorable.

La caracterización del riesgo psicosocial por áreas en esta muestra tiene similitudes con las halladas en otros estudios en población latina, siendo el área de mayor riesgo la de estructura familiar y recursos, y soporte social la de mayor fortaleza. Creencias familiares también se reveló como un área de bajo riesgo psicosocial.

El soporte social y el rol central de los familiares como proveedores de ayuda han sido ya reportados como características de los grupos latinos tanto migrantes[9] como no migrantes.[16]

Las creencias de los cuidadores en torno a su situación resultaron una fortaleza porque mostraban un alto nivel de confianza en el equipo de salud tanto como en los recursos propios para afrontar la situación.

En cuanto a la reacción de estrés posterior al diagnóstico, los consensos en oncología pediátrica recomiendan reforzar el acompañamiento psicológico en las etapas iniciales de la enfermedad, dado que se trata de un momento especialmente demandante desde el punto de vista emocional.[17] Las intervenciones psicosociales durante los primeros seis meses de tratamiento oncopediátrico han mostrado mayor efecto sobre el nivel de estrés familiar que la evolución médica del paciente.[18]

Se esperaba que los cuidadores priorizaran las intervenciones orientadas a los factores de riesgo más acuciantes, pero esta correspondencia no se observó. Las intervenciones dirigidas a fortalecer el soporte social y la salud emocional de los pacientes tuvieron una alta aceptación, a pesar de que los cuidadores referían contar holgadamente con ayuda y contención, y los hijos mostraban muy bajos niveles de riesgo. Por el contrario, las intervenciones dirigidas al cuidado emocional de los padres fueron desestimadas pese a la elevada presencia de psicopatología parental.

Los elevados niveles de dificultades parentales observados en esta muestra contribuyeron al aumento del riesgo psicosocial. Este hallazgo es coherente con la literatura, que señala que las poblaciones con vulnerabilidad socioeconómica y bajo capital social presentan mayores índices de psicopatología.[19]

Estas dificultades alertan sobre la necesidad de proveer atención psicosocial específica a los adultos cuidadores. Es probable que la baja aceptación a esas intervenciones se relacione con la necesidad de enfocarse en la protección del niño que transita una amenaza real a su vida, sin poder privilegiar el propio cuidado. En ese sentido, toda intervención destinada al cuidador debería ofrecerse explicitando el efecto protector que el cuidado del adulto tiene sobre el bienestar del niño.

Como toda disciplina vinculada al ámbito de la salud, la atención psicosocial debería estar estandarizada y fundamentarse en evidencia empírica sobre su efectividad.[20] Los consensos de atención psicosocial disponibles —Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica (SIOP)[17] y Psychosocial Standards of Care Project of Childhood Cancer (PSCPCC)— cuentan con un alto nivel de respaldo, aun cuando la evidencia disponible sobre su efectividad es todavía moderada.[21]

Un estudio anterior mostró que en Argentina se implementan en forma sistemática algunas de esas recomendaciones: acceso a servicios psicosociales, manejo de la información, escolaridad y cuidado de los hermanos sanos.[22] Otras intervenciones, como el monitoreo neuropsicológico, el seguimiento de sobrevivientes y el de familias en duelo, se realizan ante la demanda específica. Existe, además, variabilidad entre los servicios ofrecidos según el centro de atención. Estas

características de la atención psicosocial en oncología pediátrica no son exclusivas de nuestro país. La heterogeneidad de servicios y su falta de basamento en estudios sistemáticos es también referida en países desarrollados. Un estudio estadounidense informa que solo el 9 % de las instituciones evaluaba riesgo psicosocial con instrumentos objetivos, y menos del 11 % implementaba tratamientos basados en evidencia.[18]

Los hallazgos de este estudio, junto con las recomendaciones internacionales vigentes, podrían constituir un punto de partida para el diseño de programas de intervención psicosocial homogéneos a nivel nacional, orientados a promover una mayor equidad en la atención en salud. En este sentido, un hallazgo relevante del presente estudio es la distribución del riesgo psicosocial total, que evidencia que más del 80 % de la muestra presenta niveles bajos o medios. Esto indica que, en la mayoría de los casos, las necesidades pueden ser abordadas mediante intervenciones preventivas generales, actividades grupales, materiales psicoeducativos y estrategias focalizadas transitorias sobre factores de riesgo específicos. Este tipo de intervenciones, de corta duración y alcance masivo, resulta especialmente pertinente en instituciones con alta demanda asistencial y una elevada proporción de pacientes por profesional.

El estudio presenta algunas limitaciones que restringen la generalización de los resultados. En primer lugar, los participantes transitaban el primer mes de tratamiento, y es posible que la valoración de las ayudas ofrecidas haya estado influida por el desconocimiento de los problemas que podrían tener que afrontar. Estudios futuros deberían indagar si la elección de recursos varía en función del tiempo de evolución, administrando, por ejemplo, el instrumento en diferentes fases de la trayectoria de la enfermedad. En segundo lugar, el tamaño muestral, equivalente a menos del 10 % de los diagnósticos anuales en el país, impide generalizar los resultados. Por último, el muestreo intencional implica un posible sesgo de selección que podría afectar la representatividad de la muestra.

CONCLUSIÓN

Este estudio permitió caracterizar el perfil de riesgo psicosocial de la población oncológica pediátrica local, identificar áreas prioritarias de vulnerabilidad y fortaleza, y generar evidencia relevante para el diseño de estrategias de intervención psicosocial hospitalarias adaptadas a las necesidades reales de las familias. ■

REFERENCIAS

1. Schnur JJ, Garcia-Martínez A, Soga P, Badillo-Urquiola K, Botello A, Calderon Raisbeck A, et al. Salud Conecta MX: Lessons Learned from Deploying a Cooperative Mobile Health System for Pediatric Cancer Care in Mexico. *CSCW Companion'24*. 2024:316-22. doi:10.1145/3678884.368592.
2. Moreno F, Chapin MA, Nana M, Abriata G, Kumcher I. Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino: Tendencia de incidencia 2000-2022, estimación de cobertura y estadística de casos. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cancer; 2024. [Consulta: 5 de febrero de 2026]. Disponible en: https://www.consensosalud.com.ar/wp-content/uploads/2025/04/Manual-Registro-Oncopedi%C3%A1trico.pdf
3. Kazak AE, Hwang WT, Chen FF, Askins MA, Carlson O, Argueta-Ortiz F, et al. Screening for Family Psychosocial Risk in Pediatric Cancer: Validation of the Psychosocial Assessment Tool (PAT) Version 3. *J Pediatr Psychol*. 2018;43(7):737-48. doi: 10.1093/jpepsy/jsy012. Erratum in: *J Pediatr Psychol*. 2024;49(9):676. doi: 10.1093/jpepsy/jsae061.
4. Kazak AE, Prusak A, McSherry M, Simms S, Beele D, Rourke M, et al. The Psychosocial Assessment Tool (PAT)©: Pilot data on a brief screening instrument for identifying high risk families in pediatric oncology. *Fam Syst Health*. 2001;19(3):303-17. doi:10.1037/h0089454.
5. Gurtovenko K, Fladeboe KM, Galtieri LR, King K, Friedman D, Compas B, et al. Stress and psychological adjustment in caregivers of children with cancer. *Health Psychol*. 2021;40(5):295-304. doi:10.1037/hea0001070.
6. Toledano-Toledano F, Luna D, Moral de la Rubia J, Martínez Valverde S, Bermúdez Morón CA, Salazar García M, et al. Psychosocial Factors Predicting Resilience in Family Caregivers of Children with Cancer: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):748. doi:10.3390/ ijerph18020748.
7. Trask PC, Paterson AG, Trask CL, Bares CB, Birt J, Maan C. Parent and adolescent adjustment to pediatric cancer: associations with coping, social support, and family function. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2003;20(1):36-47. doi: 10.1053/jpon.2003.5.
8. Deribe L, Addissie A, Girma E, Abraha A, Adam H, Berbyuk Lindström N. Stress and coping strategies among parents of children with cancer at Tikur Anbessa Specialized Hospital paediatric oncology unit, Ethiopia: a phenomenological study. *BMJ Open*. 2023;13(1):e065090. doi: 10.1136/bmjopen-2022-065090.
9. Desai PP, Torres Rivera A, Backes EM. Latino Caregiver Coping with Children's Chronic Health Conditions: An Integrative Literature Review. *J Pediatr Health Care*. 2016;30(2):108-20. doi:10.1016/j.pedhc.2015.06.001.
10. Prieto BC, Ibarra BG, Guzmán VP, Werth CA, Espinoza OR, Sepúlveda CR. Factores de riesgos asociados a la adherencia al tratamiento médico oncológico en pediatría. *Andes Pediatr*. 2023;94(2):144-52. doi:10.32641/andespediatr.v94i2.4041.
11. Ochoa CY, Chan RY, Cervantes L, Baezconde-Garbanati L, Farias AJ, Milam JE, et al. Barriers and facilitators of Hispanic/Latino parents caregiving for a childhood cancer survivor: a qualitative study. *Cancer Causes Control*. 2023;34(2):151-60. doi:10.1007/s10552-022-01651-1.
12. Rativa Velandia M, Carreño Moreno SP. Family Economic Burden Associated to Caring for Children with

Cancer. *Invest Educ Enferm*. 2018;36(1):e07. doi:10.17533/udea.iee.v36n1e07.
13. Bouchard EG, Prince MA, McCarty C, Collins RL, Sahler OJZ, Vincent PC, et al. Socioeconomic inequalities in social support: Examining differences in social support network satisfaction and composition among pediatric cancer caregivers. *J Psychosoc Oncol.* 2025;*43*(6):841-54. doi:10.1080/07347332.2025.2483397.
14. Kazak AE, Cant MC, Jensen MM, McSherry M, Rourke MT, Hwang WT, et al. Identifying psychosocial risk indicative of subsequent resource use in families of newly diagnosed pediatric oncology patients. *J Clin Oncol*. 2003;21(17):3220-5. doi: 10.1200/JCO.2003.12.156.
15. Kazak AE, Hwang WT, Chen FF, Askins MA, Carlson O, Argueta-Ortiz F, et al. Validation of the Spanish Version of the Psychosocial Assessment Tool (PAT) in Pediatric Cancer. *J Pediatr Psychol.* 2018;43(10):1104-13. doi:10.1093/jpepsy/jsy046.
16. Olarte-Sierra MF, Rossell N, Zubieta M, Challinor J. Parent Engagement and Agency in Latin American Childhood Cancer Treatment: A Qualitative Investigation. *JCO Glob Oncol*. 2020;6:1729-35. doi:10.1200/GO.20.00306.
17. Comité de Aspectos Psicosociales de la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica (SIOP). Recomendaciones sobre aspectos psicosociales de oncología pediátrica. Buenos Aires: Fundación Natalí Dafne Flexer; 1991. [Consulta: 5 de febrero de 2026]. Disponible en: https://www.fundacionflexer.org/recomendaciones-de-la-siop.html
18. Selove R, Kroll T, Coppes M, Cheng Y. Psychosocial services in the first 30 days after diagnosis: results of a web-based survey of Children's Oncology Group (COG) member institutions. *Pediatr Blood Cancer*. 2012;58(3):435-40. doi: 10.1002/pbc.23235.
19. Castro Martinez JC, Diez-Canseco F, Brusco LI, Rodríguez Malagón N, Fung C, Cepeda-Gil M, et al. Depression, Anxiety and Comorbid Anxiety–Depression and its Relation to Social Capital and Resilience in Young People From Deprived Urban Areas: A Cross-sectional Study in South America. *Rev Colomb Psiquiat*. 2025;54(Suppl 2):33-42. doi: 10.1016/j.rcp.2025.08.001.
20. Kazak AE, Abrams AN, Banks J, Christofferson J, DiDonato S, Grootenhuis MA, et al. Psychosocial Assessment as a Standard of Care in Pediatric Cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2015;62(Suppl 5):S426-59. doi: 10.1002/pbc.25730.
21. Wiener L, Kazak AE, Noll RB, Patenaude AF, Kupst MJ. Standards for the Psychosocial Care of Children with Cancer and Their Families: An Introduction to the Special Issue. *Pediatr Blood Cancer*. 2015;62(Suppl 5):S419-24. doi:10.1002/pbc.25675.
22. Farberman D, Méndez T, García L, Salvia L, Otarola S. Cuidado psicosocial en Hematooncología Pediátrica en hospitales públicos en Argentina. *Arch Argent Pediatr*. 2017;115(2):110-7. doi:10.5546/aap.2017.110.