Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2005, Vol. 39, Num. 3 pp. 383-388

Funcionamiento Familiar en Situación de Trasplante de Órganos Pediátrico

Elisa Kern de Castro[1 2]
Bernardo Moreno-Jiménez
Universidad Autónoma de Madrid, España

Compendio

El presente trabajo revisa recientes hallazgos y examina algunas cuestiones relacionadas a las implicaciones del trasplante de órganos en la infancia para las relaciones familiares. El trasplante de órganos pediátrico es un procedimiento que puede desestabilizar el funcionamiento familiar y puede influenciar la adaptación y manejo del niño con respecto a la enfermedad y tratamiento. Los estudios revisados muestran que se pueden producir cambios importantes en las relaciones familiares cuando se plantea la posibilidad de un trasplante de órganos, especialmente un aumento en el estrés de los padres y la aparición de conductas sobreprotectoras con el niño. Actualmente existen pocos estudios sobre el tema, pero las evidencias revelan que el funcionamiento familiar y la salud mental de los padres son aspectos importantes que pueden influenciar el bienestar psicológico del niño.
Palabras clave: Relaciones familiares; niños; trasplante de órganos; conducta frente a la enfermedad.

Familiar Functioning in Pediatric Organ Transplantation

Abstract

The present work reviewed recent findings and examined some questions concerning the implications of organ transplantation in childhood to the family relationships. Pediatric organ transplantation is a procedure that can disestablish family functioning and can influence the child adaptation and coping with the disease and treatment. The reviewed studies showed that important changes in family relationships can happen when a child needs organ transplantation, especially enhance in parental stress and overprotection behavior with child. Currently there are few studies on the topic, but despite that, evidences showed that family functioning and parents mental health status are important aspects that influence the child psychological well-being.
Keywords: Family relations; childhood; organ transplantation, attitudes toward physical illness.

El trasplante de órganos se ha convertido en un tratamiento cada día más utilizado para enfermedades en fase terminal para pacientes de todas las edades. Los pacientes pediátricos en especial pueden ser favorecidos con un aumento del tiempo de supervivencia y una mejora en la calidad de vida si la indicación del procedimiento es adecuada, en el caso contrario la enfermedad crónica puede conducir a la muerte. Sin embargo, es necesario resaltar que el trasplante no es la cura total de la enfermedad, sino una opción de tratamiento que presenta sus propias dificultades (Goodwin, Bickerton, Parsons, & Lask, 2000; Harmon, 1998).

A pesar de los beneficios del trasplante para la salud de los pacientes, en algunos casos factores relacionados con la enfermedad y posibles complicaciones causadas por la cirugía pueden afectar el desarrollo normal del niño, con consecuencias psicológicas para toda su familia (Griffin & Elkin, 2001). Por eso, las condiciones emocionales del niño afectado y de su entorno familiar y social son aspectos importantes que deberían ser evaluados antes y después del trasplante para dar cabida a posibles intervenciones, facilitar la adaptación a la enfermedad, al trasplante, y al retorno a su vida normal, sin dejar de lado en ningún momento los cuidados de salud que serán necesarios para toda la vida (Pandolfo, Castro, Ribeiro, Grass, & Silveira, 2000).

La Familia y el Trasplante de Órganos Pediátrico

Uno de los aspectos importantes a ser tratados en el tema de trasplante de órganos, especialmente en el trasplante pediátrico, es el paciente receptor y su familia. Cualquier enfermedad crónica puede ser comprendida como un estresor que afecta no sólo el paciente sino también a todas personas de su entorno, desorganizando el sistema familiar y acentuando posibles problemas ya existentes (Castro & Piccinini, 2002; Góngora, 1998; Pedreira, 1998). Así, la manera con que el niño va adaptarse y afrontar la enfermedad depende en gran parte de la dinámica de funcionamiento de todos los miembros de la familia y de los recursos personales y familiares disponibles para afrontar el problema.

Los progenitores de niños enfermos suelen ser descritos como sobreprotectores o restrictivos, y las familias suelen tener conflictos y dificultades para tomar decisiones (Curiel, 2000). La presencia de síntomas depresivos y angustia en los padres son relativamente frecuentes, interviniendo en

[1] Dirección: Dept. de Psicología Biológica y de la Salud, Facultad de Psicología, Módulo 2 / Laboratorio 5, Campus de Cantoblanco. Ctra. de Colmenar, km 15, Madrid, 28049, España. *E-mail:* elisa.kern@uam.es
[2] Los autores agradecen a la CAPES (Gobierno de Brasil) por la beca de Doctorado concedida a la primera autora

su salud mental tanto la percepción que tenga de la gravedad del estado de su hijo como también su propia relación de pareja. Anthony, Gil y Schanberg (2003) demostraron que la percepción de los padres de la vulnerabilidad del niño enfermo afecta a su comportamiento en la medida en que pueden convertirse en padres sobreprotectores con dificultades para manejar situaciones cotidianas del niño. Remor, Ulla, Ramos, Arranz, y Hernández-Navarro (2003), igualmente verificaron que la sobreprotección familiar puede ser un factor de riesgo para la autoestima de niños enfermos crónicos, pues la sobreprotección aumentada suele relacionarse con baja autoestima y la sensación de incapacidad de cuidar de sí mismos que pueden desarrollar los niños. Piccinini, Castro, Alvarenga, Vargas, y Oliveira (2003), en un estudio sobre prácticas educativas empleadas por madres de niños con enfermedades crónicas, identificaron que esas madres utilizaron menos prácticas coercitivas, en especial el castigo y la punición física, en comparación con un grupo control de madres de niños sin problemas de salud, lo que demuestra que el sistema educativo de las madres de niños con enfermedades crónicas puede ser peculiar.

Precisamente, la manera como la familia reacciona a la enfermedad crónica infantil, principalmente los cuidadores primarios, debe ser comprendida como un conjunto de sentimientos ambivalentes, que incluyen tanto el deseo de que el niño se cure y tenga una vida normal como el deseo de que el niño muera para evitar que siga sufriendo (Castro & Piccinini, 2004; Góngora, 1998). Estos sentimientos contradictorios suelen generar en los padres ansiedad y culpa, manifestándose en un trato diferenciado con el niño (Masi & Brovedani, 1999). Por otro lado, no siempre los efectos emocionales negativos causados por la enfermedad se mantienen. Con el pasar del tiempo la experiencia puede ser elaborada y promover en algún grado la comunicación familiar y el apoyo mutuo, lo que ayuda a los niños a afrontar sus problemas (Curiel, 2000).

Gold, Kirkpatrick, Fricker, y Zitelli (1986) fueron uno de los pioneros en el trabajo con familias de niños candidatos y receptores de trasplante de órganos. A partir de su experiencia realizando grupos de apoyo a padres y madres de pacientes pediátricos en lista de espera para trasplante y grupos de acompañamiento postrasplante, los autores intentaban estimular los padres y madres a mantener mecanismos de afrontamiento adecuados en las distintas fases del trasplante. Los objetivos del grupo incluían ayudar a los progenitores a conservar sus relaciones sociales para no aislarse de las personas, mejorar la comprensión de la enfermedad y las reacciones del niño y reflexionar sobre el difícil proceso emocional del trasplante para adquirir la conciencia de que los sentimientos ambivalentes son normales y esperados. Ayudando a los padres, de manera indirecta se presta asistencia también al niño enfermo y/o trasplantado.

Los estudios empíricos sobre aspectos familiares de pacientes pediátricos candidatos o receptores de trasplante son muy recientes, realizados la mayoría en la última década. Los temas investigados son diversos, como por ejemplo los factores que influencian a padres y madres a la tomar la decisión de realizar el trasplante de sus hijos (Higgins, 2001), la decisión de donar órganos propios al hijo (Kärrfelt, Berg, & Lindblad, 2000), la percepción familiar de la vulnerabilidad y recuperación del niño trasplantado (Shih et al., 2000), y los procesos de adaptación, estrés y afrontamiento de la familia en situación de trasplante infantil (Douglas, Luzón, & Trompeter, 1998; LoBiondo-Wood, Willins, Kouzekanani, & McGhee, 2000; Rodrigue et al., 1996; Serrano-Ikos, Lask, & Whitehead, 1997; Suddaby, Flattery, & Luna, 1997; Thompson, DiGirolamo, & Mallory, 1996). A continuación se presentan y discuten los principales hallazgos de estos estudios.

Estudios Empíricos sobre Familia y el Trasplante de Órganos Infantil

La toma de decisión sobre el trasplante es un tema complicado para los padres, pues aunque la cirugía sea una oportunidad de mejora de la salud de su hijo, el riesgo de complicaciones y de muerte existe. Sobre ese tema, Higgins (2001) realizó un estudio cualitativo etnográfico cuyo objetivo fue identificar los factores que influenciaron a 24 padres y madres de 15 pacientes a tomar la decisión sobre el trasplante cardíaco de sus niños. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas semi-dirigidas y observaciones participantes en el periodo de las dos semanas en las que los progenitores tenían que decidir acerca de la realización o no de la cirugía. Los progenitores de 10 de los 15 niños participantes optaron por el trasplante. El estilo individual de la toma de decisión varió desde una elección independiente y autónoma a hacer lo que el médico creía que era mejor para el niño. Los padres que tomaron la decisión espontáneamente tendieron a no seguir estrictamente la recomendación del equipo sanitario. Varias familias expresaron la preferencia de tomar la decisión compartida con el equipo, lo que según los autores es un reconocimiento de la necesidad de comunicación y participación de los padres en las decisiones sobre el paciente. Kärrfelt, Berg y Lindblad (2000), por otro lado, examinaron la toma de decisión de los progenitores sobre la donación de uno de sus riñones para trasplantar a su hijo. En el estudio, que también fue de carácter cualitativo/prospectivo, participaron 18 familias de pacientes pediátricos trasplantados de riñón de donante vivo. Se realizaron entrevistas semi-dirigidas con los progenitores y fueron analizados los historiales médicos de los pacientes. De los 13 padres y madres que fueron donantes de uno de sus riñones, dos tuvieron dudas en hacerlo y tomaron la decisión bajo mucha tensión. Sin embargo, el hecho de que el niño pudiera liberarse de la diálisis fue una justificación bastante fuerte para la decisión. Estos padres y madres donantes relataron que su autoestima aumentó después de este hecho. Para todos los progenitores, la vida fue reevaluada y nuevas prioridades fueron encontradas. Eventos que antes de la donación inducían a preocupación y ansiedad, después no les causaban tantos efectos negativos. Tres familias recibieron

tratamiento psicológico incluyendo intervención individual para el niño, y cinco familias que no tuvieron este tipo de apoyo expresaron la necesidad de tenerlo.

La recuperación del niño trasplantado, los factores que influencian a esta recuperación, las necesidades de cuidados y la percepción familiar sobre la vulnerabilidad del niño trasplantado de hígado fueron los temas investigados por Shih et al. (2000). Los autores realizaron cinco entrevistas semi-estructuradas con los cuidadores de tres pacientes: la primera antes del trasplante, la segunda después del alta de la UCI, la tercera después del alta del hospital y las dos últimas seis y doce meses después del trasplante. Dos pacientes recibieron parte del hígado de uno de sus progenitores (donante vivo) y otro recibió el hígado de donante no vivo. Distintos factores fueron considerados importantes en las cuatro etapas de la recuperación del niño. Antes del trasplante, el sostén ofrecido por los médicos y enfermeras, la seguridad de que el equipo era eficiente y el apoyo social de la familia y amigos fueron considerados como factores importantes para su bienestar. En el periodo en que los niños estuvieron ingresados en la UCI inmediatamente después de la cirugía, los factores que ayudaron a la recuperación fueron el buen manejo de los problemas de salud del niño y las explicaciones sobre su estado de salud. En el periodo posterior a la hospitalización, fueron consideradas importantes las explicaciones sobre los protocolos de tratamiento y el buen apetito del paciente. Seis y doce meses después del trasplante, el apoyo social de la familia y el incentivo de los profesores y colegas de la escuela fueron importantes para la recuperación del niño. Asimismo, el periodo más vulnerable emocionalmente para las familias fue la noche anterior al trasplante por el miedo de la muerte del niño. En el periodo de estancia en la UCI y hospitalización, el estrés apareció bajo la forma de incertidumbre sobre la condición física del niño y en la ansiedad de separación. Seis meses después del trasplante, una madre se mostró estresada y preocupada debido a las incomodidades expresadas por el niño debido a complicaciones de su estado de salud, y en la última entrevista ninguno de los progenitores se mostró especialmente preocupado o tenso debido a que la mayor parte de los problemas de salud de sus hijos estaban bajo control.

La adaptación familiar, el estrés y el afrontamiento familiar en situación de trasplante infantil son algunas de las grandes preocupaciones de los investigadores sobre el tema. Mientras tanto, en la mayoría de los estudios encontrados el periodo investigado fue el pretrasplante (LoBiondo-Wood, Willins, Kouzekanani, & McGhee, 2000; Rodrigue et al., 1996; Serrano-Ikos, Lask, & Whitehead, 1997; Suddaby, Flattery, & Luna, 1997; Thompson, DiGirolamo, & Mallory, 1996), y sólo uno ha investigado el periodo posterior al trasplante (Douglas, Luzón, & Trompeter, 1998).

LoBiondo-Wood, Willins, Kouzekanani, y McGhee (2000) averiguaron las relaciones entre estrés familiar, percepción de estrés, estrategias de afrontamiento, apoyo social y adaptación desde la perspectiva de la madre durante el periodo pretrasplante pediátrico de hígado. Veintinueve madres entre 19 y 44 años participaron en el estudio mientras el niño era evaluado para la cirugía. Los análisis de los diversos instrumentos psicométricos utilizados evidenciaron una relación entre un vínculo familiar alto, escasas habilidades de afrontamiento e inadaptación familiar. Las madres manifestaron altos niveles de estresores familiares (especialmente problemas de pareja y roles forzados dentro de la familia) que podrían estar causados por la naturaleza crónica de los cuidados que tienen que prestar al niño. También se hizo evidente una relación significativa entre inadaptación familiar y depresión en la madre. De acuerdo con los autores, estos resultados son importantes porque demuestran la necesidad de tener un profesional de salud mental en el equipo para intervenir con esas familias. Del mismo modo, Serrano-Ikos, Lask, y Whitehead (1997) investigaron la morbilidad psicosocial de 51 pacientes pediátricos entre cinco y 16 años que esperaban trasplante de corazón o corazón-pulmón y sus familias. En el estudio se realizaron entrevistas semi-estructurados con los niños y progenitores y se aplicaron instrumentos para medir el funcionamiento psicosocial del niño, de sus padres y hermanos. Los resultados mostraron que una cuarta parte de los pacientes presentó problemas emocionales y la mitad un funcionamiento psicosocial deteriorado. Treinta por ciento de los hermanos también presentaron problemas emocionales y más de la mitad de las familias mostraron dificultades. Las entrevistas revelaron que los progenitores se preocupaban únicamente del niño enfermo mientras los otros hijos recibían poca atención. Pocos padres presentaron enfermedades psiquiátricas, pero sí estrés. Los autores concluyeron que hay un alto grado de morbilidad psicosocial antes del trasplante, y por eso es necesario evaluar sistemáticamente la adaptación o ajuste del niño y de la familia para prestar apoyo durante este periodo. En otra investigación sobre el mismo tema, con progenitores de pacientes pediátricos candidatos a trasplante cardíaco, algunos resultados se mostraron diferentes de los estudios anteriores (Suddaby, Flattery, & Luna, 1997). Veintiséis progenitores de 18 niños en espera de trasplante de corazón con edades entre dos y cinco años contestaron a instrumentos sobre cambios familiares, percepción sobre el trasplante y estrategias de afrontamiento familiar. Se encontraron niveles de estrés bastante variados entre los progenitores que no estaban relacionados con la percepción de gravedad del estado de salud del niño, sin diferencias significativas entre padres y madres y que tendían a mantenerse tres meses después de la primera aplicación. Con relación a la percepción sobre el trasplante, los progenitores de las niñas percibían el trasplante como más negativo en comparación con los progenitores de varones. Las estrategias de afrontamiento empleadas por los padres se presentaron similares a los datos normativos del instrumento con padres de niños sanos, pero ellos puntuaron más alto en búsqueda de apoyo social y afrontamiento pasivo del problema y más bajo en búsqueda de apoyo espiritual. No se encontraron asociaciones significativas ni entre el estrés y el

afrontamiento, ni entre la percepción del trasplante, afrontamiento y sexo del progenitor.

Contrariamente a los estudios presentados, tres investigaciones han mostrado resultados más optimistas con relación al funcionamiento familiar. El estudio de Rodrigue et al. (1996) realizado con padres y madres de pacientes en lista de espera para trasplante de riñón (séis pacientes), hígado (cinco), corazón (cuatro) y medula ósea (tres) mostró un adecuado funcionamiento familiar, bajos niveles de conflicto y niveles altos de estrés. Los autores interpretaron estos datos a partir de la idea de que, como el trasplante requiere separaciones físicas de la pareja para atender a las demandas del niño enfermo, las interacciones disminuyen y, con esto, disminuye también el conflicto. Thompson et al. (1996) evaluaron el funcionamiento psicológico de 45 pacientes pediátricos entre cinco y 17 años con fibrosis quística en espera de trasplante de pulmón y de sus progenitores. Contrariamente a las expectativas de los autores, los pacientes y sus padres mostraron un funcionamiento psicológico normal en las medidas de problemas emocionales y conductuales. El funcionamiento psicológico de los padres no estuvo asociado a los síntomas psicológicos del niño, y los pacientes más pequeños mostraron más síntomas depresivos que los demás. Según los autores, algunos factores específicos asociados a la fibrosis quística como la edad precoz del diagnostico y la familiaridad con el régimen de tratamiento deben ser mejor examinados para identificar el peso de estas características en la adaptación psicológica ante la opción del trasplante.

El funcionamiento familiar en el periodo postrasplante ha sido menos investigado hasta el momento. Douglas, Luzón, y Trompeter (1998) evaluaron la influencia del trasplante renal pediátrico en la conducta y problemas de alimentación de niños receptores y nivel de estrés y habilidades de afrontamiento de los padres. Los padres y madres de 14 pacientes pediátricos trasplantados de riñón entre dos y siete años de edad participaron en una entrevista semi-estructurada sobre la historia del niño y respondieron a instrumentos para medir su salud mental, estrategias de afrontamiento, situaciones de crisis familiares y problemas de conducta del niño. Los problemas de conducta fueron evidentes en apenas una parte de la muestra, y en la entrevista con los padres y madres no se evidenciaba que el trasplante fuera la causa. Las estrategias de afrontamiento utilizadas por los progenitores eran esencialmente pasivas, mostrando que no se preocupaban de forma innecesaria de los acontecimientos sobre los que no tenían control. Un resultado importante del estudio fue el alto nivel de dificultades sociales de las madres en la época en que sus hijos tenían que utilizar el tubo nasogástrico para alimentarse.

Consideraciones Finales

La revisión de literatura realizada revela algunos cambios que posiblemente pueden ocurrir en familias con un niño en proceso de trasplante de órganos. A pesar de que hasta el momento el tema ha sido poco estudiado, las evidencias indican que el funcionamiento de toda la familia y el estado emocional de los padres y madres son aspectos fundamentales en el bienestar emocional y la adaptación del niño a la enfermedad y trasplante.

Los estudios revisados revelan varios temas relacionados al trasplante de órganos pediátrico que merecen atención especial por parte de los psicólogos. La salud mental de los padres y madres, por ejemplo, es un aspecto extremamente importante ya que los pacientes pediátricos dependen de ellos y necesitan de sus cuidados y protección para sobrevivir. Si los progenitores presentan problemas psicológicos y no están preparados para cuidar de sus niños de la manera requerida parece normal esperar efectos en la salud del paciente. Por eso son importantes algunas intervenciones psicológicas con estos padres, como la que fue propuesta por Gold, Kirkpatrick, Fricker, y Zitelli (1986) a fin de minimizar su sufrimiento y estimular sus recursos psicológicos para afrontar la situación y cuidar adecuadamente del niño.

Con relación al funcionamiento familiar, parece que la fase pretrasplante es un periodo de vulnerabilidad para la adaptación familiar. Dificultades relacionadas con el manejo del niño enfermo, cambios en la rutina de la familia, espera del trasplante e inseguridad sobre la supervivencia son factores que pueden desencadenar estrés en la familia. En el periodo postrasplante algunos de estos problemas pueden disminuir debido a la supuesta mejora en la salud física del niño, aunque la necesidad de seguir una rutina de cuidados estricta para toda la vida sea un factor importante que la familia tendrá que aprender a manejar.

Es interesante notar que en los estudios revisados se han utilizado metodologías cualitativas y cuantitativas, instrumentos psicométricos, entrevistas y observaciones, lo que manifiesta la necesidad y variabilidad de enfoques y metodologías diferentes en la investigación con esta población. En muestras clínicas como en el caso del trasplante de órganos pediátrico, en las que por lo general las muestras son pequeñas, es importante conocer y utilizar diferentes metodologías y abordajes de trabajo a fin de tener resultados válidos y conocer de forma realista la situación de los pacientes.

Como el trasplante de órganos pediátrico es un tratamiento relativamente reciente, los efectos psicológicos a largo plazo para el paciente y su familia todavía no son conocidos. Por eso, además de seguir investigando los factores psicosociales relacionados con el periodo pretrasplante, sería interesante llevar a cabo estudios longitudinales que comprendan la adaptación emocional de la familia a largo plazo, tratando de ubicar los periodos de vulnerabilidad y crisis para que sea posible programar intervenciones preventivas con esas familias.

En definitiva, está claro que la familia que pasa por la situación de trasplante de órganos pediátrico es psicológicamente vulnerable y puede necesitar ayuda psicológica en diversos momentos. Por ser un tema novedoso y amplio, los psicólogos tenemos que estar atentos a los cambios familiares que pueden ocurrir para

poder prevenir problemas y favorecer la salud mental de todos los miembros.

Referencias

Anthony, K., Gil, K. M., & Schanberg, L. E (2003). Brief report: Parental perceptions of child vulnerability in children with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology, 28*, 185-190.

Castro, E. C., & Piccinini, C. A. (2004). The experience of motherhood in mothers of children with and without physical chronic disease in the second year of life [abstract]. In International Society for the Study of Behavioral Development (Ed.), *ISSBD 18th Biennial Meeting Programme & Abstracts* (pp. 296-296). Ghent: ISSBD.

Castro, E. K., & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia Reflexão e Crítica, 15,* 625-635.

Curiel, J. D. (2000). El modelo de funcionamiento familiar psicosomático: Estudio en familias de niños/niñas con artritis reumatoide juvenil. *Psiquis, 21*, 293-300.

Douglas, J. E., Hulson, B., & Trompeter, R. S. (1998). Psycho-social outcome of parents and young children after renal transplantation. *Child Care, Health and Development, 24*, 73-83.

Gold, L. M., Kirkpatrick, B. S., Fricker, F. J., & Zitelli, J. (1986). Psychosocial issues in pediatric organ transplantation: The parents' perspective. *Pediatrics, 77*, 738-744.

Góngora, J. N. (1998). El impacto psicosocial de la enfermedad crónica en la familia. In J. A. Ríos (Ed.), *La familia: Realidad y mito* (pp. 176-201). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

Goodwin, M., Bickerton, A. M., Parsons, R., & Lask, B. (2000). Paediatric heart/heart-lung transplantation: A systemic perspective on assessment and preparation. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 4,* 93-99.

Griffin, K. J., & Elkin, T. D. (2001). Non-adherence in pediatric transplantation: A review of the existing literature. *Pediatric Transplantation, 5,* 246-249.

Harmon, W. (1998). Pediatric organ transplantation. *Transplantation Proceedings, 30,* 1952-1955.

Higgins, S. S. (2001). Parental role in decision making about pediatric cardiac transplantation: Familial and ethical considerations. *Journal of Pediatric Nursing, 16,* 332-337.

Kärrfelt, H. M., Berg, U. B., & Lindblad, F. I. (2000). Renal transplantation in children: Psychological and donation-related aspects from the parental perspective. *Pediatric Transplantation, 4,* 305-312.

LoBiondo-Wood, G., Williams, L., Kouzekanani, K., & McGhee, C. (2000). Family adaptation to a chid's transplant: Pretransplant phase. *Progress in Transplantation, 10,* 81-87.

Masi, G., & Brovedani, P. (1999). Adolescents with congenital heart disease: Psychopathological implications. *Adolescence, 34,* 185-191.

Pandolfo, A. C., Castro, E. K., Ribeiro, D. D., Grass, F., & Silveira, T. R. (2000). Psychological evaluation for children and adolescents before liver transplantation [abstract]. In International Liver Transplantation Society and American Association for the Study of Liver Diseases (Ed.), *Liver transplantation, Sixth Congress of the International Liver Transplantation Society* (Vol. 6, pp. 73-73). Buenos Aires: ILTS

Pedreira, J. L. M. (1998). El niño enfermo crónico: Aspectos psicosomáticos y relacionales. *Psiquis, 19,* 89-96.

Piccinini, C. A., Castro, E. K., Alvarenga, P., Vargas, S., & Oliveira, V. Z. (2003). A doença crônica na infância e as práticas educativas maternas. *Estudos de Psicologia, 8,* 75-83.

Remor, E. A., Ulla, S., Ramos, J. L., Arranz, P., & Hernández-Navarro, F. (2003). La sobreprotección como un factor de riesgo en la reducción de la autoestima en niños con hemofilia. *Psiquis, 24,* 191-196.

Rodrigue, J. R., MacNaughton, K., Hoffmann III, R. G., Graham-Pole, J., Andres, J. M., Novak, D. A., & Fennell, R. S. (1996). Perceptions of parenting stress and family relations by fathers of children evaluated for organ transplantation. *Psychological Reports, 79,* 723-727.

Serrano-Ikos, E., Lask, B., & Whitehead, B. (1997). Psychosocial morbidity in children and their families, awaiting heart or heart: Lung transplantation. *Journal of Psychosomatic Research, 42,* 253-260.

Shih, F. J., Hu, R. H., Ho, M. S., Lin, M. H., Tao, C. E., Lee, Y. L., & Lee, P. H. (2000). Family perspectives of the factors facilitating taiwanese pediatric recipients' recovery from liver transplantation: one year follow-up. *Transplantation Proceedings, 32,* 2152-2155.

Suddaby, E., Flattery, M. P., & Luna, M. (1997). Stress and coping strategies among parents of children awaiting cardiac transplantation. *Journal of Transplant Coordination, 7,* 36-40.

Thompson, S. M., DiGirolamo, A. M., & Mallory, G. B. (1996). Psychological adjustment of pediatric lung transplantation candidates and their parents. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 3,* 303-317.

Received 05/12/2004
Accepted 08/06/2005

Elisa Kern de Castro. Psicóloga, doctoranda en Psicología Clínica de la Salud en la Universidad Autónoma de Madrid (becaria CAPES-Brasil). Línea de investigación actual: Psicología Pediátrica y el impacto psicológico de la enfermedad crónica y trasplante de órganos en la infancia.
Bernardo Moreno-Jiménez. Psicólogo, Doctor, Profesor Titular y Director del Departamento de Psicología Biológica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid. Línea general de investigación: influencia de los procesos de personalidad sobre la salud.

Sociedad Interamericana de Psicología
Interamerican Society of Psychology
Sociedade Interamericana de Psicologia

CONGRESO REGIONAL DE LA SOCIEDAD INTERAMERICANA DE PSICOLOGÍA

2 AL 6 DE OCTUBRE 2006

PALACIO DE LAS CONVENCIONES
CIUDAD DE LA HABANA, CUBA

La Sociedad Cubana de Psicología y la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP).
CONVOCAN A TODOS LOS PROFESIONALES y
CIENTÍFICOS de la Psicología a participar en
el Congreso Regional de la SIP, que tendrá lugar en
Ciudad de la Habana,Cuba, en los días del
2 al 6 de octubre de 2006.

TEMA CENTRAL
RETOS DE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA ANTE EL DESARROLLO DELOS PAÍSES DE LA REGIÓN

OBJETIVOS DEL CONGRESO

— Fortalecer la psicología como ciencia y profesión en la región.
— Fortalecer los lazos de cooperación de la SIP en la región.
— Propiciar el intercambio de ideas y reflexiones en la región.
— Estimular la participación de profesionales afines a la psicología.

IDIOMAS OFICIALES

Español, inglés y portugués

Para mayor información

Comité Dr. Guillermo Arias
Organizador Tel.: (537) 870-4617, 870-5842, 8326645
Fax: (537) 873-5960 y 553523
E-mail: garias@fq.uh.cu
gariasbeaton@yahoo.com.mx

Especialista M.Sc. Jorge L. Fando Borrego
E-mail: fando@cimex.com.cu
Teléfono: (537) 2039716 Fax: (537) 2039130

CORREO PARA ENVÍO DE TRABAJOS
sip2006@psico.uh.cu
CC sip2006@infomed.sld.cu

PARA CUALQUIER INFORMACIÓN
www.sipsych.org

José Toro-Alfonso
Secretario General
sip@uprrp.edu