

# Planteos éticos de la práctica de la medicina en pacientes pediátricos con pronóstico reservado. Sus familiares y la búsqueda de alternativas terapéuticas

Marcelo Boer

## INTRODUCCIÓN

*“Propongo hablar de un monstruo que es más insaciable que la guillotina, más destructivo para la vida y la salud que la mayor armada que alguna vez haya marchado a la batalla, más terrorífico que cualquier obstáculo que haya amenazado la existencia de la especie humana. El monstruo del que hablo... se ha alimentado y ha engordado... de la carne, la sangre, los cerebros y los huesos de hombres y niños en cada región. El nombre de este monstruo letal e insaciable es: Cáncer”<sup>1</sup>*

*El principal factor predisponente para contraer esta enfermedad es haber nacido.<sup>2</sup>*

Ante determinadas enfermedades cuyo diagnóstico es definitivo y terminal, surgen en muchos profesionales ciertas preguntas acerca de cuál es el límite, el punto máximo al que podemos y debemos llegar en el intento de mitigar los sufrimientos ocasionados.

¿Hasta dónde es preciso continuar con la obstinación terapéutica? ¿Cuándo desistir de la aplicación de tratamientos, muchas veces agresivos, intrusivos y dolorosos para el paciente, que no hacen sino prolongar y extender el dolor? O, ¿por qué intentar, muchas veces empecinadamente, la instrumentación de determinados métodos que ya no pueden dar una respuesta fiable?, ¿se debe tratar o no?, ¿hasta qué punto?, ¿hasta dónde prolongar la vida?, ¿desde dónde posicionarse para lograr un “buen morir”?

Ante estos tratamientos agresivos y el intento a ultranza de “supervivencia” por parte de los médicos, el paciente y sus familiares requieren y necesitan una medicina integral y adecuada a la individualidad de cada persona, así como profesionales que contemplen de manera conjunta y profunda los distintos niveles que forman y constituyen la complejidad del ser humano: los factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Se trata así de consagrar los derechos de los enfermos: autonomía y dignidad.

## EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ENFERMEDAD TERMINAL

Las neoplasias en pediatría presentan características especiales. Se incluyen en esta categoría una docena de enfer-

medades. Su importancia radica en que es la primera causa de mortalidad en los primeros 16 años de vida. La incidencia anual es de 6000 a 7000 niños, lo que representa 12/100 000. Los cánceres más frecuentes son, en orden decreciente: las leucemias, los tumores del sistema nervioso central (SNC), los linfomas, el neuroblastoma, los sarcomas, el tumor de Wilms, los tumores óseos y el retinoblastoma. Sumado a esto y complicando aun más la situación, las características biológicas de las enfermedades neoplásicas crean un problema adicional: la agresividad de los tratamientos necesarios para intentar la curación. Citando algunos ejemplos: el linfoma no Hodgkin, el neuroblastoma, los osteosarcomas y el tumor de Ewing debutan en más del 80% de los casos con metástasis a distancia.<sup>3</sup> Esto conlleva la necesidad de tratamiento quimioterápico en casi el 100% de los pacientes desde el momento del diagnóstico, que a su vez implica ciertas complicaciones que se detallan en las Tablas 1 a 4. Además, para el diagnóstico y la estadificación se requieren métodos muy invasivos tales como la cirugía, la biopsia, la punción de médula ósea y la punción lumbar, entre otros.

La morbimortalidad en estos casos es muy elevada. Los pacientes que reciben quimioterapia padecen inmunosupresión, esta a su vez aumenta las posibilidades de contraer infecciones que requieren el uso de antibióticos endovenosos para su tratamiento, e implican internaciones

**Tabla 1.** Complicaciones secundarias a la toxicidad de los quimioterápicos<sup>3,4</sup>

- |                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| • Supresión de médula ósea    | • Constipación            |
| • Alteraciones del SNC y SNP  | • Hipersensibilidad       |
| • Cistitis hemorrágica        | • Metabólicas-endocrinas  |
| • Fibrosis pulmonar           | • Hipertensión arterial   |
| • Secreción inadecuada de HAD | • Úlcera gástrica         |
| • Conjuntivitis               | • Nefrotoxicidad          |
| • Dermatitis                  | • Ototoxicidad            |
| • Estomatitis                 | • Segundos tumores        |
| • Miocardiopatía              | • Retraso del crecimiento |

SNC, sistema nervioso central; SNP, sistema nervioso periférico; HAD, hormona antidiurética.

prolongadas y el riesgo de múltiples complicaciones. Si la enfermedad compromete órganos vitales, el riesgo es aun mayor, por ejemplo, en el caso de las metástasis pulmonares para cuya extirpación se necesitan reiteradas cirugías. Por lo referido, la complejidad de la situación requiere un abordaje multidisciplinario. Esto incluye el trabajo de especialistas tales como el cirujano, el oncólogo, el clínico/pediatra, el radioterapeuta, el especialista en diagnóstico por imágenes, la enfermería especializada, los psicólogos y los asistentes sociales, entre otros. El diálogo entre todos estos actores debe ser permanente y las decisiones necesariamente flexibles.

Tradicionalmente el cirujano ha sido el coordinador del equipo ya que era él quien establecía el diagnóstico y proporcionaba el primer, y muchas veces único, tratamiento. Hoy, en cambio, se deben conocer las indicaciones, los riesgos y beneficios de las diversas opciones terapéuticas: cirugía, radio-quimio-inmuno-hormonoterapia y biología molecular.

Es bien sabido que el trato con los niños y sus familiares presenta características particulares con respecto a los as-

pectos psicológico, social y espiritual, que los diferencian de la atención de adultos.

En los pacientes pediátricos surge, muchas veces, un sentimiento de agresividad hacia los padres a los que culpan por obligarlos a permanecer en un lugar donde no quieren estar. En particular, en los pacientes adolescentes y sus padres, aparece el fantasma de la muerte. Otro aspecto que plantea dificultades y que es necesario apuntalar es lo referido a su imagen corporal, ya que se encuentran adelgazados, con caída del cabello y débiles. A veces incluso dependen de los hermanos más chicos, generando así una inversión en sus roles.

Se deben coordinar los cuidados totales del paciente. La atención adecuada exige planificar la combinación y secuencia apropiada de tratamientos, en una situación individual en la que se consideren las necesidades físicas, emocionales y psicológicas del enfermo, así como su situación de vida.<sup>4</sup>

#### RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA

En las ciencias de la salud, el objetivo es prevenir y curar las enfermedades, así como también promover la salud y el bienestar, entendiendo estos últimos desde los enfoques biológicos y no biológicos.

En la estructuración de la enfermedad intervienen una multiplicidad de factores. Se distinguen representaciones y prácticas que presentan una compleja articulación, por lo que van adquiriendo diversas formas de ordenamiento simbólico. Las personas se articulan a partir de las influencias externas y su interjuego con las significaciones de deseos del propio sujeto, su propia historia personal y su imbricación dentro de la sociedad en la cual se desenvuelve.<sup>5</sup>

Es necesario que el médico personalice al paciente. La actitud pseudoprofesional de tratar al paciente como un "objeto médico" tiende a cosificarlo. Se trata de personas que sufren, y no de dolores. Si se lo despersonaliza, él mismo se despersonaliza: si se lo niega, desaparece el yo del paciente. Por lo tanto, es preciso tener en cuenta la necesidad real de participación activa de la propia persona en el cuidado de su salud y la prevención o curación de la enfermedad. La mejoría es efecto de la ayuda de la medicina y de la determinación consciente del enfermo del deseo de curación.

El concepto del médico como educador sigue teniendo vigencia, pero no debe caerse en el paternalismo tradicional que limita la autodeterminación y autonomía del paciente y su familia, y su rol en la toma de decisiones. El paciente vale y debe ser valorado por lo que es, una persona, un sujeto. Se debe respetar su dignidad y no su enfermedad. El médico debe ser justo, sin ser juez.

La concepción de la enfermedad no es separable de la experiencia individual del paciente y su familia, y del conjunto de fenómenos sociales en la que esta se desarrolla. El

**Tabla 2.** Complicaciones infecciosas secundarias a los quimioterápicos<sup>3,4</sup>

- Sepsis
- Proctitis
- Shock
- Neumonía
- Mucositis
- Meningitis
- Del catéter venoso central

**Tabla 3.** Complicaciones a largo plazo secundarias a los quimioterápicos<sup>3,4</sup>

- Esterilidad
- Segundos tumores
- Insuficiencia cardíaca
- Trastornos del conocimiento-inteligencia-madurativos
- Psicosociales: - Estrés
  - Ansiedad
  - Mortalidad de sus compañeros
  - Respuestas condicionadas a la quimioterapia
  - Metabólicas-endocrinas

**Tabla 4.** Urgencias oncológicas<sup>3,4</sup>

- Metabólicas: Por lisis tumoral
  - Por pérdidas: vómitos, diarrea, diuresis
- Hematológicas: Sepsis
  - Freno de médula ósea (MO)
  - Injerto contra huésped
  - Trasplante de MO
- Compresivas: Compresión medular (por metástasis)
  - Síndrome de vena cava superior: linfoma.
- Hipertensivas: Hipertensión endocraneana: Tumores primarios y metástasis

diagnóstico de cualquier proceso patógeno en algún miembro del grupo familiar produce, habitualmente, un impacto cuya magnitud varía en función de una variedad de factores: el tipo y gravedad de la patología, la edad de quien la padece, las circunstancias en las que esta se produce. Este fenómeno, particularmente estudiado en ámbitos pediátricos, tiene consecuencias observables que surgen de procesos que benefician o que destruyen el bienestar de una familia y de sus integrantes.

Siguiendo esta línea de pensamiento, algunas investigaciones han propuesto que es la familia y no el sujeto la unidad que mejor predice la existencia de determinadas pautas de desarrollo patológico, como el consumo de medicamentos y la toma de decisiones respecto de qué hacer con la enfermedad y con el sujeto enfermo, incluida la consulta a un servicio determinado.<sup>6</sup>

Cuando se trata de un niño, los efectos sobre la familia adquieren mayor repercusión, porque la cultura occidental no reconoce el padecimiento, la enfermedad y la muerte como parte de la vida cotidiana y, sobre todo, como parte de la vida de los más jóvenes.<sup>7</sup>

Tanto la familia como principalmente el niño tienen una fuerte necesidad de un sólido apoyo psicológico. Depositán mucha confianza en lo que respecta a la toma de decisiones, las cuales pasan a ser un tema que parece estar fuera del enfermo o de la familia. Los padres realizan una especie de acto de entrega de su hijo al médico.

## COMUNICACIÓN

La comunicación produce efectos diferentes no solo por el contenido del mensaje sino por la significación otorgada a cada una de las personas incluidas en la interacción comunicativa y por el contexto de producción del fenómeno comunicacional.

Todo tipo de información que brinda por el profesional o el equipo de salud es resignificada de una manera particular. Será escuchada e integrada, o no reconocida, olvidada, anulada, y también tergiversada.<sup>7</sup> El paciente y sus familiares seleccionan los términos que resultan más conocidos en función de sus saberes y experiencias previas. Se les adjudican valores que corresponden con el propio universo de pertenencia simbólica. La historia personal, el capital simbólico de cada sujeto, las categorías cognitivas con las que cuentan operan de modo tal que toda apropiación toma un carácter singular. Por esto es importante la singularización de la relación médico-paciente-familia.

Durante esta comunicación también interviene otro de los aspectos mencionados: se trata específicamente de cuál es la posición de los actores involucrados durante la interacción. A grandes rasgos, se comprueba que cuanto mayor sea la asimetría entre los interlocutores, existirá una menor probabilidad de éxito en la comprensión del mensaje. En este aspecto influye la situación socioeconómica. En mu-

chos casos, el posicionamiento de las personas frente a la autoridad profesional dificulta una interacción basada en la confianza y el diálogo; de allí que diversas opciones alternativas ligadas a lo místico o religioso, por ejemplo la imposición de manos, quedan silenciadas frente al médico. La comunicación entre el médico, el paciente y la familia está signada por el predominio del saber que tiene el primero, quien no siempre reconoce las sensaciones de ansiedad y angustia por las que pasan las personas que están enfermas, ni las dificultades que tienen para plantear dudas y demandar explicaciones. El intento por dialogar y acercar modos de entender y de tratar los procesos de salud-enfermedad demanda así un esfuerzo importante por parte del médico, del paciente y su familia. Se trata del entrenamiento de una “escucha” médica diferente de la tradicional, en la cual es de suma importancia el tiempo que se dedica a cada consulta, siendo esto beneficioso para el proceso de curación, ya que los enfermos se sienten escuchados, respetados y atendidos en sus necesidades. La “escucha” médica ha sido incorporada a la práctica de muchos profesionales; no obstante, no siempre se la identifica explícita y conscientemente como un recurso de peso en la evolución del proceso de salud-enfermedad del paciente.

La relación se basa también en el derecho del paciente a conocer la realidad de su situación, por lo cual el médico tiene el deber de decirle la verdad. Pero deberá también evaluar, sobre la base de pautas culturales vigentes, el mejor momento para decirla. La experiencia en el manejo de tantos casos en que el decir la verdad es un proceso angustiante aunque necesario, nos hace aprender a decirla en forma escalonada cuando sea dolorosa. El deber del médico es presentar los hechos en forma verídica pero desde una perspectiva siempre esperanzada. No se debe mentir, y se debe ofrecer una verdad gentil y optimista.<sup>3</sup> La adaptabilidad del médico es esencial para conservar la relación de confianza, necesaria para completar un tratamiento prolongado. No debe olvidarse nunca que el cáncer es una enfermedad crónica.

Los mensajes, sobre todo aquellos destinados a los niños, son saludables o protectores de la salud cuando están vinculados con un clima de confianza, respeto y afecto, es decir, cuando está acompañado de una contención afectiva. Se debe buscar transmitir tranquilidad acompañando y hablando con los padres. Es importante que los niños estén presentes, con lo que se evitan pensamientos acerca de cuestiones ocultas y fantasías que podrían provocar temores infundados.

En definitiva, la comunicación se torna un elemento de suma importancia para la relación entre el profesional, el paciente y la familia, y será beneficiosa en la medida en que sirva para establecer un vínculo de confianza, que permita recorrer el largo camino del tratamiento terapéutico de la

mejor manera posible. En este sentido, la responsabilidad del médico en el manejo de la información es fundamental para lograr una comunicación basada en la confianza, así como también tener en cuenta los procesos de adquisición y resignificación de los mensajes emitidos, ya que estos pueden generar situaciones que agraven el cuadro clínico.

### **TOMA DE DECISIONES**

Uno de los procesos de toma de decisiones más difíciles en la medicina es determinar el plan terapéutico más apropiado para un paciente con cáncer.

La mayoría de los pacientes espera compartir y participar en el proceso de toma de decisiones; no obstante, muchos de ellos se encuentran confundidos por la información contradictoria de familiares, amigos e incluso otros médicos. La ansiedad e incertidumbre acerca de la enfermedad que amenaza la vida y las posibilidades de deformación física contribuyen a un tono emocional excesivamente negativo que dificulta la toma de decisiones. Es esencial que el médico escuche de buen grado y discuta con claridad y de manera amplia las opciones de tratamiento. Se puede considerar el uso de materiales de aprendizaje. Esto les permite afrontar su enfermedad de manera más realista y disponer como corresponda su vida personal.<sup>4</sup>

Si el médico, el paciente y su familia no se comunican entre sí de manera honesta y abierta, es posible que el enfermo o su familia pierdan la confianza en quien lo trata y quizá no acepten recomendaciones terapéuticas subsiguientes. Un paciente informado e interesado puede ser un compañero vital.

### **PACIENTES PEDIÁTRICOS GRAVES Y TERAPIAS ALTERNATIVAS: EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER AVANZADO**

La presencia de un paciente moribundo conmueve e inquieta a los médicos que, por su formación como profesionales de la salud, viven la muerte de los pacientes terminales como un fracaso de la medicina y no como un hecho natural de la vida. Por esta razón, la medicina ha intentado postergarla lo más posible, en detrimento de la calidad de vida. Los avances científicos y tecnológicos le han otorgado al médico nuevas herramientas terapéuticas. Estas, muchas veces, se utilizan en una forma desmedida e inadecuada en procura de vencer a la muerte, situación que refleja el sentimiento de impotencia, sometiendo al paciente a un encarnizamiento terapéutico que lo aleja de una muerte digna.

Muchas veces los profesionales de la salud olvidan que se debe ofrecer calidad de vida mientras se intenta prolongarla. Se debe tener siempre en mente que el objetivo final en el cuidado de un paciente con cáncer terminal es prolongar la vida útil, pero no un sufrimiento inútil. No es obligación aplicar terapéuticas. Siempre se debe consi-

derar su riesgo/beneficio, para la valoración total de cada paciente y su plan de acción.

Para lograr esto, debe considerarse qué significa calidad de vida para cada paciente en particular. Los intentos para medirla requieren el análisis subjetivo del estado de actividad del paciente antes y después del tratamiento, y de los síntomas durante su transcurso.

Es importante considerar en pacientes débiles, con enfermedad diseminada, y en quienes fracasaron los tratamientos anteriores, la posibilidad de establecer terapéuticas sintomáticas, e incluso de no utilizar ninguna o de suspenderla en caso de que se encuentre en curso. Una meta para cumplir es evitar los síntomas de la enfermedad y los de la toxicidad por el tratamiento.

El médico debe continuar atendiendo al paciente aunque ya no sea posible tratar el cáncer. Debe permitirse que el paciente muera con dignidad cuando la terapéutica activa no puede proporcionar beneficio alguno.<sup>4</sup>

### **TERAPIAS ALTERNATIVAS**

Frente a estos cuestionamientos, que parecen abreviar en el sentido ético que debe tener todo accionar médico, donde la búsqueda debe estar centrada indefectiblemente en el bienestar último del paciente, atendiendo a los aspectos más profundos de su sentir, respetando sus necesidades de autonomía y autodeterminación, no actuando con maleficencia o intransigentemente, e intentando mantener su dignidad, es que aparece la medicina alternativa como un campo para tener en cuenta para la práctica médica, como un complemento que puede resultar valioso si es usado adecuadamente.

Siendo la base científica de la medicina una amalgama de las ciencias biológicas con las sociales, es indispensable una relación cada vez más estrecha entre la profesión médica y otras prácticas que participan en el cuidado de la salud y la atención de la enfermedad de carácter interdisciplinario y transdisciplinario. Es un modelo médico que suma al modelo biomédico la concepción somato-psico-socio-cultural, superando su reduccionismo y ubicando la tecnología en su exacto lugar, despojándola de la tecnolatría, pero sin caer en la tecnofobia.

Ante la falta de respuestas por parte de los tratamientos convencionales, la utilización de terapias alternativas puede transformarse en una ayuda sustancial, ya que cuentan con técnicas menos dolorosas e invasivas. Además, poseen un costo notoriamente menor y por ende una accesibilidad mucho mayor.

En una encuesta realizada hace unos años en el Hospital Italiano de Buenos Aires, y coincidentemente con otras publicaciones, se observó que el 65% de la población encuestada por el servicio de Medicina Familiar en el Hospital central y centros periféricos utiliza terapias alternativas. Otro de los resultados que mostró esta encuesta fue

que entre los profesionales de la salud, el 40% las había utilizado. Estos datos son coincidentes con los aportados por los relevamientos del Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del mismo hospital.<sup>8,9</sup>

Las razones para su utilización fueron básicamente la falta de respuesta esperada por parte de la medicina alopática, la recomendación y la mayor atención y escucha.<sup>10,11</sup> Por estas razones, las terapias alternativas se emplean cada vez en mayor medida. Se están convirtiendo en un aspecto para tener en cuenta, ya que están alcanzando dentro de los sistemas de salud formales un lugar muy importante en lo que respecta a la prestación de salud. En muchos países en desarrollo, se presentan como una alternativa, un complemento a los tratamientos convencionales, dado que aportan una gama de soluciones diferentes. Éstas conllevan la satisfacción de carencias que el enfermo plantea y que la medicina alopática, cuando su conformación es netamente científicista, no puede abarcar ni satisfacer.

Este tipo de tratamientos representan, en gran medida, la cultura, la idiosincrasia, la historia y las creencias del lugar de donde provienen. Encierran siglos de pensamiento, una manera específica de interpretar el mundo, de vivirlo, de sentirlo y de relacionarse con él. Existe un punto en común que permite unificar todas estas terapias de manera profunda, y es que comparten un pensamiento de carácter holístico, una concepción del ser humano formado por diferentes dimensiones o aspectos que se interrelacionan de manera imbricada y configuran una totalidad indisoluble. La medicina que reconoce la integridad del ser humano desde una mirada abarcadora es una disciplina que trata al cuerpo, a la mente y al espíritu, abarcando las dimensiones física, emocional, espiritual, social e intelectual.

Pueden adaptarse a las necesidades y valores fluctuantes que la sociedad presenta cotidianamente. Es complementaria de un modo de hacer medicina que enfoca, algunas veces, su atención en lo estrictamente sintomatológico, sin una mirada más global que tenga en cuenta la promoción de la salud y a la persona como una totalidad, al paciente en su integridad como ser complejo, en la que no solo desempeñan un papel importante los aspectos meramente fisicoquímicos de la enfermedad, sino también los psíquicos, sociales y culturales. Intentan la recuperación del equilibrio natural, recurriendo a prácticas que tienen por centro restablecer el bienestar, utilizando recursos menos agresivos, más relajados, armoniosos, naturales, que tienen por fundamento respetar cuestiones intrínsecamente enraizadas en la personalidad del sujeto, las significaciones sociales, culturales o intelectuales que lo contienen, brindándole un espacio activo en el proceso de curación. Tales características hacen de este tipo de terapéuticas una opción válida para los pacientes oncológicos con pronósticos reservados y para sus familiares. Probablemente el profesional de la salud podría brindar estas cuestiones bá-

sicas desde la alopática, o también sería posible la inserción de algunas de las prácticas de las medicinas alternativas dentro de nuestros sistemas de salud.

## DISCUSIÓN

Un paciente es no solo un ser biológico que sufre una dolencia orgánica, sino también un ser que experimenta esa enfermedad de acuerdo con una valoración particular, en la cual entran en juego múltiples variables, que van desde sentimientos muy personales acerca de lo que significa su enfermedad, hasta una mirada social y cultural sobre lo que significa estar enfermo. Estas significaciones propias y de la cultura a la que el sujeto pertenece determinan profundamente el sentido que una enfermedad tiene para el que la padece.

Desconocer o, mejor dicho, no valorar estos hechos es dejar de lado muchos elementos que pueden ser útiles a la medicina en su lucha contra las enfermedades.

En el caso del tratamiento de pacientes oncológicos pediátricos, las cuestiones éticas resurgen con una fuerza evidente, dado que la enfermedad genera, tanto en el niño como en sus familiares, sensaciones difíciles y angustiantes, las cuales no pueden dejar de influir en el comportamiento profesional. Los principios bioéticos deben regir la actividad médica. Se debe respetar la dignidad del paciente, sus deseos y decisiones, promover el autocuidado, la autocuración y la valoración del individuo como integridad. Debemos humanizar la medicina, dejando de pensar que el fin último de nuestro accionar es la lucha contra la muerte; también es nuestra finalidad ayudar al paciente y a su familia a vivir la muerte como la parte final de su vida y que el paciente no muera en soledad. Debemos humanizar la muerte.

Los cuestionamientos sobre hasta dónde es posible seguir con un tratamiento que es a simple vista doloroso y penoso para el paciente se tornan más significativos cuando se trata de pacientes pediátricos, por todo lo que esta condición conlleva.

Quizá por ello el uso de terapias alternativas surja como un complemento que debe ser tenido en cuenta en el tratamiento de estos pacientes, dado el tipo de prácticas que aquellas ponen en juego y que, en muchos casos, permiten aliviar y disminuir las dolorosas manifestaciones de la enfermedad y de los tratamientos.

El trabajo conjunto de medicina alopática y de terapias alternativas puede generar en el paciente un estado menos angustiante y permitirle sobrellevar mejor su enfermedad, de la manera más digna posible; hecho que debe ser, en definitiva, el objetivo de todo profesional médico.

Siguiendo este pensamiento, sería importante para la medicina alopática retomar aquellos aspectos, quizá relegados en algunos profesionales, que las terapias alternativas tienen como principio fundamental y que no se diferencian

de los preceptos hipocráticos.

Profundizar desde el campo médico-científico en el estudio de estas terapias, en su funcionamiento, en sus prácticas, en sus herramientas, en sus técnicas, es todo un desafío. Esto permitiría avanzar en su desarrollo, dándoles un marco de acción más contenido y seguro, al mismo tiempo que aportaría a la medicina alopática una mirada dife-

rente acerca del bienestar y sobre el concepto de salud y de *ser* humano.

Agradecimientos: Rosa A. Pace, Gonzalo de Lusarreta, Marcelo Ikonikoff, Natalia Da Representação, Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires.

## REFERENCIAS

- 1- Proctor RN. No time for heroes: basic cancer research gets all the glory, but known preventive measures could save more lives. *The Sciences*. 1995;35(2):20-4.
- 2- Kumar V, Cotran RS, Robbins SL. *Basic pathology*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 1992. p. 171-215.
- 3- Behrman RE, Kliegman R. *Nelson compendio de pediatría*. México: Interamericana; 1991. p. 567-90.
- 4- Schwartz SI, Spencer FC, Shires GT. *Principios de cirugía*. 6<sup>a</sup> ed. México: Mc-Graw Hill Interamericana; 1995. Vol. 1, p. 311-87.
- 5- Herzlich C, Pierret J. De ayer a hoy:

- construcción social del enfermo. *Cuadernos Médicos Sociales*. 1991; N° 43.
- 6- Menéndez E. Grupo doméstico y proceso salud-enfermedad-atención: del teoricismo al movimiento continuo. *Cuadernos Médico Sociales* 1992; N° 60.
- 7- Ageitos ML, Laplacette G. *Vivir con VIH/SIDA. Una investigación testimonial sobre los mitos y sus derechos, la información y los silencios, la discriminación y la pobreza*. Buenos Aires: UNESCO; 2004.
- 8- Alderete M, Ikonikoff M. Encuesta a pacientes de un prepago de medicina sobre el uso y opinión de terapias alternativas. Buenos

- Aires: Hospital Italiano; mayo 2004.
- 9- Alderete M, Ikonikoff M. *Medicinas complementarias bajo la mirada de la medicina basada en la evidencia ¿qué opinan los médicos?, ¿qué opinan los pacientes?* Buenos Aires: Hospital Italiano; mayo 2004.
- 10- Jonas WB. *Alternative medicine. Learning from the past-examining the present, advancing to the future*. *JAMA*. 1998;280(18):1616-8.
- 11- Rubinstein A, Terrasa S, Durante E, et al, editors. *Medicina familiar y práctica ambulatoria*. 2<sup>a</sup> ed. Buenos Aires: Panamericana; 2001.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA*. 1998;279(19):1548-53.
- Balch CM. Surgical oncology in the 21st century. *Arch Surg*. 1992;127(11):1272-7.
- Hays DM, editor. *Pediatric surgical oncology: the principles and practices of*

- the pediatric surgical*. Orlando: Grune & Stratton; 1986.
- Osoba D, editor. *Effect of cancer on quality of life*. Boca Raton: CRC Press; 1991.
- Pizzo PA. *Infectious complications in the child with cancer. I. Pathophysiology of the compromised host and the initial evaluation*

- and management of the febrile cancer patient*. *J Pediatr*. 1981;98(3):341-54.
- Tung Kuo I, Bazterrica C, Bisignani R. *Energía vital en movimiento*. Buenos Aires: ERREPAR; 1993.
- Fracapani de Cuitiño M. *Bioética: limitaciones de tratamiento*. Buenos Aires: Lumen; 1997.