Artículos de revisión

La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible

Psychology and Oncology: in an Essential Unit

Yolanda Cabrera Macías[1] Ernesto José López González[1] Ernesto López Cabrera[1] Bárbara de la Concepción Arredondo Aldama[2]

[1] Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Policlínico Universitario Idalberto Revuelta, Santa Clara, Villa Clara, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Cabrera-Macías Y, López-González E, López-Cabrera E, Arredondo-Aldama B. La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2017 [citado 2026 Nov 8]; 7(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/522

Resumen

El cáncer está considerado como un grave problema de salud en el mundo, no solo por constituir una de las principales causas de muerte en quienes lo padecen, sino también por las limitaciones físicas y psicológicas que provoca. La creciente incidencia de este padecimiento en la población mundial, la peculiar problemática emocional que acarrea el diagnóstico y los tratamientos que se deben seguir con los pacientes han permitido que la psicooncología surja y se desarrolle como una especialidad relativamente nueva, para resguardar las necesidades psicológicas asociadas a este proceso mórbido. Estos objetivos generan nuevas expectativas en el trabajo psicológico que requiere una mirada más abarcadora e integral, y a su vez específica, interdisciplinar y multifactorial. El objetivo de este artículo es exponer entre los aspectos fundamentales de la psicooncología, sus antecedentes, la relación entre el cáncer, el estrés y la personalidad y las intervenciones psicológicas básicas en esta especialidad.

Palabras clave: oncológica médica, psicología médica, síntomas afectivos

Abstract

Cancer is considered a serious health problem worldwide, not only because it constitutes one of the main causes of death of who suffer from it but also due to the physical and psychological limitations it provokes. The increasing incidence of this disease in the world population, the peculiar emotional problems involved in the diagnosis and treatment to be followed with patients have allowed onco-psychology to emerge an develop as a new specialty to safeguard the psychological needs associated to this morbid process. These objectives generate new expectations in the psychological work which demands of a more holistic and comprehensive look and at the same time specific, interdisciplinary and multi-factorial. The objective of this article is to resent among other main aspects of onco-psychology, its antecedents, its relation with cancer, stress and personality and basic psychological interventions in this specialty.

Key words: medical oncology, psychology medical, affective symptoms

Recibido: 2017-01-18 13:17:43
Aprobado: 2017-03-07 09:55:28

Correspondencia: Yolanda Cabrera Macías. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. psicologia6002@ucm.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El cáncer está considerado como un grave problema de salud en el mundo, no solo por constituir una de las principales causas de muerte en quienes lo padecen, sino también por las limitaciones físicas y psicológicas que provoca. La comunicación del diagnóstico causa siempre una desagradable impresión tanto en el paciente como en sus familiares, trayendo consigo alteraciones emocionales, que provocan el cuestionamiento de su comportamiento y otros aspectos de su vida.

El padecimiento de esta enfermedad es una de las experiencias más difíciles que una persona pudiera llegar a experimentar, por la gran cantidad de factores que implica y la relación directa con la muerte. Existen aún varios tipos de cáncer en los que no se conoce el modo de curarlos o tratarlos satisfactoriamente, por lo que a la incertidumbre vital se une la sensación de impotencia y la urgencia por saber, cómo enfrentarlo. El cáncer al ser diagnosticado muda muchos de los aspectos de la vida cotidiana, tanto en el paciente como en su familia y en su entorno más cercano.

En el transcurso de la enfermedad oncológica, el proceso de duelo psicológico es inevitable. El duelo es el proceso de adaptación ante una serie de pérdidas, no solo referentes a la salud, sino también, relacionadas con la pérdida de la estabilidad y seguridad, pérdida de la rutina y de lo cotidiano, pérdida del rol que solía tener dentro de la familia, el mundo laboral o social, pérdida del control, entre otras. Se ha observado y por eso es importante destacarlo, que la pérdida de control, puede llegar a ser una de las más desestabilizantes y desestructurantes en el ser humano.[1]

Por lo que la intervención de la psicología como especialidad que permite esclarecer, mediar y aliviar el dolor de pacientes y familiares, se hace imprescindible, surgiendo así la psicooncología, la cual está considerada una subespecialidad de la oncología, que se ocupa de las respuestas emocionales de los pacientes, sus familias y el equipo médico. Incluye además el estudio de las variables psicológicas, sociales y conductuales que influyen en la prevención, riesgo y sobrevida de quienes sufren este padecimiento. Su propósito final es aliviar síntomas psíquicos y tratar de alcanzar la humanización de los tratamientos. Procura también conocer y describir los diversos modos de afrontamiento de la enfermedad oncológica, los factores que influyen sobre ella y las estrategias terapéuticas útiles.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)[2] el cáncer constituye la segunda causa de muerte en el mundo; ocasionando en 2015, 8,8 millones de fallecimientos. Aproximadamente una de cada seis defunciones se debe a esta enfermedad. Los tipos de carcinomas con una mayor mortalidad fueron: el de pulmón, colorrectal, hepático, mamario y gástrico. Cerca del 70 % de estas defunciones por cáncer acontecieron en países de ingresos medios y bajos. Señalan además, que aproximadamente un tercio de las muertes provocadas por este padecimiento se debe a los principales factores de riesgo dietéticos y conductuales: índice de masa corporal elevado, falta de actividad física, ingestión reducida de frutas y verduras, consumo de alcohol y del tabaco.

El objetivo de este artículo es exponer entre los aspectos fundamentales de la psicooncología, sus antecedentes, la relación entre el cáncer, el estrés y la personalidad y las intervenciones psicológicas básicas en esta especialidad.

DESARROLLO

Los orígenes de la palabra cáncer se remontan al griego antiguo, *karkinos*, que significa cangrejo, término que ya se usaba desde los tiempos de Hipócrates para denominar ciertos tumores, por el parecido que el médico observó entre las lesiones y la forma de este crustáceo.[3] Los inicios de la psicooncología, aparecen desde la antigüedad, cuando el médico griego Galeno, afirmó que eran más propensas de padecer cáncer las mujeres melancólicas que las mujeres sanguíneas. No obstante, las primeras tentativas asistenciales e investigativas fueron dirigidas a ofrecer respuestas a las condiciones médicas (cuidados y cura) de la enfermedad.

En los inicios del siglo XX se fundó el *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* que fue el primer centro privado oncológico, que hizo un esfuerzo en la investigación de este padecimiento. En 1937 se fundó el Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU, siendo el primero de los Institutos Nacionales de Salud. Los novedosos tratamientos médicos, disminuían el pesimismo, elevaban la esperanza de remisión y de vida, y fomentaban un nuevo interés por el estudio de los efectos del cáncer a largo plazo.[3]

Los avances en el diagnóstico y en el tratamiento médico de esta enfermedad, propiciaron que los profesionales de esta área considerasen relevante el bienestar emocional del paciente con padecimiento oncológico, ocupándose así de garantizar la atención psicológica en las diferentes etapas de la enfermedad; así como la creación de instituciones especializadas en el estudio de los aspectos psicosociales del cáncer y la realización de diversas investigaciones acerca del tema.

En los primeros estudios de adaptación psicológica al cáncer, realizados en el Hospital General de *Boston, Massachusetts* en 1950 y los realizados por *Abrams* en 1953, se abordó el manejo de los sentimientos de culpa y la comunicación. En 1952, *Arthur Sutherland* creó la primera unidad de psiquiatría oncológica en el centro de cáncer *Memorial Sloan-Kettering* (MSKCC) de *Nueva York*, lo que se convirtió posteriormente en el Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales, lo que influyó notablemente en la fundación en 1984 de la Sociedad Internacional de Psicooncología y en 1988 la Sociedad Americana de Oncología Psicosocial y Conductual y Sida.[4]

Otra investigación que contribuyó a acrecentar el interés por los problemas psicológicos en relación al cáncer, fue el libro "*On Death and Dying*" de la psiquiatra *Elizabeth Kûbler Ross* (1969), "quien desafió el tabú de hablar con los pacientes de cáncer respecto a su muerte inminente y desafió a los médicos y enfermeras a que dejaran de evitar a estos pacientes y escucharan sus preocupaciones".[3]

En la década del 60, el único soporte psicológico formal que existía para pacientes con cáncer era por medio de grupos de apoyo con otros pacientes que ya habían pasado por las mismas o similares situaciones, y brindaban la ayuda espontáneamente. Con posterioridad los trabajadores sociales junto a las enfermeras fueron los primeros profesionales que se ocuparon de atender los problemas psicológicos y sociales de los pacientes con cáncer y sus familiares. Profesionales de ambas especialidades se han mantenido sistemáticamente en la atención clínica y en la investigación en psicooncología.

La formalización y el reconocimiento de la psicooncología como una subespecialidad, primero de la oncología y luego como una rama de la psicología de la salud, se enmarca en la década del 70 del pasado siglo, cuando comienza a permitirse la revelación del diagnóstico, haciendo posible hablar con los pacientes acerca de este padecimiento, y de la implicación del cáncer para sus vidas. Esta ciencia se encarga de estudiar las respuestas emocionales de los pacientes, sus familias y el equipo médico; y las variables psicológicas, sociales y conductuales que influyen en la prevención, riesgo y sobrevida de estos pacientes. Su objetivo es aliviar síntomas psíquicos y tratar de alcanzar una mayor humanización de los tratamientos. Se dedica también a explorar y describir los diversos modos de afrontamiento en la enfermedad oncológica, de los factores que influyen sobre ella, y de las estrategias terapéuticas más efectivas.

En este periodo se crearon en varios países asociaciones de psicooncología entre ellas: en 1987 se fundó la Sociedad Mexicana de Psicooncología y en el 2008 la Sociedad Venezolana de Psicooncología. La Asociación Argentina de Oncología con un capítulo especial de psicooncología y la Sociedad Internacional de Psicooncología.

Se han realizado múltiples investigaciones[5-9] en relación con las reacciones de los pacientes que padecen cáncer, acerca de la adaptación a la enfermedad, de las intervenciones médicas a realizar y de las secuelas posteriores. Se ha pesquisado también acerca de las intervenciones psicológicas, de la influencia de las variables inmunológicas y neuroendocrinas que median en los procesos de aparición de la enfermedad.[5]

El desarrollo científico y tecnológico al servicio de la oncología, supone investigaciones y terapias cada vez más avanzadas, observándose una evolución constante en el manejo y control sintomático de este padecimento, aumentando así los índices y tiempos de supervivencia, e incluso la remisión en algunos tipos de cáncer. Los avances médicos han hecho posible que los efectos del cáncer se padezcan a corto, mediano y largo plazo por lo que el paciente está en proceso de adaptación permanente.

La creciente incidencia de este padecimiento en la población mundial, la peculiar problemática emocional que acarrea el diagnóstico y sus tratamientos en el paciente y su entorno, ha permitido que la psicooncología surja y se desarrolle como una especialidad relativamente nueva, para resguardar las necesidades psicológicas asociadas a este proceso mórbido,

ya no solo en el paciente y su entorno; sino en la preparación y el cuidado de los miembros del equipo médico. Estos objetivos generan nuevas expectativas en el trabajo psicológico que requiere una mirada más abarcadora e integral, y a su vez específica, interdisciplinar y multifactorial.

Los psicólogos y psiquiatras que trabajan en esta área dedican sus esfuerzos a una variedad de acciones profesionales; entre ellas: promover estilos de vida saludables, prevenir desde la sensibilización procurando un diagnóstico precoz, evaluar las necesidades psicosociales, el tratamiento de las alteraciones psicológicas asociadas a la enfermedad neoplásica, orientación a los familiares, rehabilitación psicológica y social de pacientes con padecimientos oncológicos, apoyo a pacientes y familiares, mejorar las habilidades comunicativas y la interacción de los miembros de los equipos de salud con pacientes y familiares, y brindar apoyo emocional, entrenamiento en técnicas de autorregulación y preparación psicológica en los equipos de salud acerca las características de la enfermedad oncológica.

Reacciones psicológicas en los pacientes con cáncer

El cáncer como otras tantas enfermedades crónicas constituye un suceso vital y de gran significación, que provoca un fuerte impacto emocional y amplia repercusión social en quienes lo padecen. Una vez que el paciente es informado del diagnóstico se manifiestan un conjunto de reacciones emocionales, las cuales están estrechamente relacionadas con los rasgos de personalidad, los recursos de afrontamiento que posee la persona, el tipo de cáncer, y todo un conjunto de factores externos, del apoyo social que recibe, de las condiciones materiales económicas y de vida, de modo que las respuestas reactivas se pueden dar dentro de todo un amplio espectro de variaciones.

Otras reacciones asociadas al hecho de contraer cáncer lo constituyen la preocupación, el nerviosismo, la depresión y el enojo.[5] Donde se plantea que entre el 15 y el 25 % de los pacientes con cáncer sufren estados depresivos, aumentando con ello el riesgo suicida, también se refiere una leve tendencia a que las pacientes con cáncer de cuello uterino se afecten más psicológicamente que los pacientes que sufren otros tipos de cáncer.[5]

Se ha descrito que en pacientes con esta enfermedad pueden aparecer desorientación, incertidumbre, pánico, confusión, angustia, rabia, desesperación, entre otras, por percibir disminuida su salud y amenazadas sus vidas.

En un estudio que combina y analiza los resultados de 43 investigaciones en esta área, se demostró que la depresión aparece con una frecuencia del 14 % y la ansiedad en un 29 % aproximadamente. En la comparación entre sobrevivientes a largo plazo y sus cónyuges, se encontró que el 26,7 % de sobrevivientes a largo plazo y el 26,3 % de sus cónyuges tenían depresión y el 28 % de sobrevivientes a largo plazo y el 40,1 % de sus cónyuges tenían ansiedad.[6]

En relación a tipos específicos de neoplasias se describen diversas reacciones emocionales. En el caso de las de próstata, investigaciones del Instituto Nacional del Cáncer en España encontraron el reconocimiento de diferencias emocionales en función de la personalidad, los recursos psicológicos y otras cuestiones como son: la masculinidad amenazada, sentimientos de vergüenza, el evitar las discusiones sobre el diagnóstico, la falta de honestidad con uno mismo y/o su médico y el temor de pedir ayuda, entre otras. En el caso de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, se trata de una afección que puede afectar su imagen al dañar la cara, la voz, así como funciones vitales como la digestiva, la deglución y la respiración, situación que provoca además de angustia mucha ansiedad.[7]

En las pacientes con cáncer de mama se señala que la calidad de vida tiende a afectarse aún más, debido a que la imagen corporal se ve afectada, atentando a la feminidad y la autoestima. Las dificultades emocionales más frecuentes son: impacto emocional al diagnóstico, problemas de adaptación a los cambios físicos (fatiga, infertilidad, ganancia de peso, cambios en los patrones de sueño y alimentación, etc.), pérdida de control, aislamiento, malestar psicosocial (ansiedad, depresión, baja autoestima y cambios en la imagen corporal), dificultades en las relaciones sexuales, redefinición o cambio de valores, cambios en las relaciones con las personas del entorno y preocupaciones relacionadas con la actividad laboral, miedo a la recidiva y/o a la muerte.[8] El cáncer en los genitales, en ambos sexos provoca emociones negativas: vergüenza, sentimientos de inferioridad y culpa, en ocasiones. En los de intestino grueso se genera con frecuencia ideas

de abandono y temores por la aceptación de su pareja.[9]

La mayoría de los tratamientos contra el cáncer son invasivos para el organismo por lo que generan efectos colaterales indeseables y muy desagradables. En dependencia del tipo de terapia pueden aparecer reacciones como la caída del cabello que afecta la imagen corporal, náuseas y vómitos, pérdida de peso, somnolencia, debilidad y alteraciones psicológicas, que gracias a la adherencia terapéutica por la esperanza de vivir de los pacientes, el abandono de la terapia sería inevitable. Los temores por el tratamiento, la incertidumbre, la ansiedad y la angustia que acompaña a estos procesos demanda de una atención sistemática de los servicios psicológicos, que además de trabajar por disminuir los síntomas y las reacciones emocionales negativas, estimula el optimismo en los resultados del tratamiento y contribuye a mejorar la dinámica familiar, a veces complicada, que puedan afectar el proceso de tratamiento y rehabilitación.[7] En el transcurso de la enfermedad oncológica, el proceso de duelo psicológico es inevitable. El duelo es un proceso de adaptación ante las pérdidas, no solo referentes a la salud, sino también, concerniente a la pérdida de la estabilidad y seguridad, afectaciones de la rutina cotidiana, detrimento del rol que solía tener dentro de la familia, en el mundo laboral y social y la pérdida de control, entre otras. Esta última es una de las más desestabilizantes y desestructurantes en los seres humanos.[3]

En un estudio en España (2016) se valoró la prevalencia del diagnóstico de duelo prolongado y la gravedad de síntomas depresivos, ansiosos. En 66 familias estudiadas el 30,3 % y 21,21 % de los dolientes presentaban puntuaciones de depresión y ansiedad clínica a los dos meses del fallecimiento.[10]

Los adelantos alcanzados en los tratamientos contra el cáncer han permitido, en muchos casos, detener el avance de la enfermedad y alargar la vida, no obstante, este proceso deja secuelas de considerable impacto psicosocial y personal. Las amputaciones de diferentes partes del cuerpo (de las mamas, de miembros inferiores o superiores, etc.) traen consigo cambios importantes en la imagen corporal, o incluso minusvalía que comprometen la independencia de los pacientes, resultan de muy difícil aceptación. Estos cambios afectan la autoestima de los pacientes, además que pueden llevar al retiro de la vida laboral o provocar limitaciones de las funciones antes ejercidas en ese ámbito. Se ha demostrado que las mastectomías afectan la autoestima de la mujer al modificar la dinámica en la relación con su pareja,[11] lo que requiere de un aprendizaje y adaptación a convivir con sus limitaciones y las secuelas generadas por la enfermedad.

El apoyo psicológico es indispensable para enfrentar y desarrollar el proceso de readaptación a las nuevas condiciones, que en la mayoría de los casos va unido a un proceso de rehabilitación para recuperar cierto nivel de validismo.

El cansancio oncológico es uno de los síntomas más frecuentes e incapacitantes en este tipo de enfermos, tanto durante su tratamiento como en estados avanzados de su enfermedad y afecta en forma significativa la dimensión física, afectiva y cognitiva del paciente.

Estrés, cáncer y personalidad

En relación con la aparición del cáncer se han estudiado cualidades psicodinámicas como las relaciones sociales afectivas, experiencias traumáticas, depresión, estados emocionales y otras variables estructurales como el temperamento, carácter y rasgos de la personalidad.

Un aspecto al que se le ha dedicado gran interés es el estudio de los rasgos de personalidad asociados al cáncer a partir de la descripción de la personalidad tipo C hecha por Lidia Temoshok en 1987, “propuso un modelo según el cual hay tres grupos de factores que desempeñan un papel esencial en la promoción del cáncer, en diferentes momentos, a lo largo de un continuo período de adaptación. Estos factores incluyen determinados rasgos de personalidad como son: estoicismo, amabilidad, laboriosidad, perfeccionismo, sociabilidad, convencionalismo y controles defensivos más rígidos, dificultad en la expresión de las emociones, en particular de las negativas como el miedo y la ira, así como una actitud o tendencia crónica hacia el desamparo y la desesperanza aprendidos, aun cuando el sujeto no sea consciente de ello.”[12]

La personalidad tipo C se diferencia por tener un perfil introvertido y obsesivo, estas personas tienden a interiorizar sus reacciones ante el estrés, mecanismo por el cual lo perpetúan y cronifican.[13] Es característico de este tipo de

personalidad la inhibición y negación de las reacciones emocionales negativas como la agresividad, la ira y la ansiedad y la expresión acentuada de las emociones y conductas consideradas positivas y esperadas socialmente, tales como: excesiva tolerancia, extrema paciencia, aceptación ecuánime de los problemas y actitudes de resignación en general, en todos los ámbitos de la vida; son personas que buscan cultivar buenas relaciones interpersonales y evitar conflictos, pero, de la misma forma que en otras enfermedades, el intento de buscar un perfil de personalidad asociado al cáncer no es conclusivo.

En el estudio de estos pacientes es necesario tener presente otras formaciones de la personalidad, se señalan como necesidades concretas de quien padece una enfermedad oncológica: seguridad, información, contacto físico y sexualidad, pertenencia y amor, consideración, respeto y reconocimiento. Para preservar la calidad de vida hay que satisfacer de forma integral sus necesidades.

El estrés se relaciona con múltiples enfermedades por sus efectos negativos sobre el sistema inmunológico. En las enfermedades oncológicas se brinda una atención especial a los mecanismos de afrontamiento que utiliza el paciente, estando estrechamente relacionados con la personalidad de tipo C, como predispuesta al cáncer, como se ha comentado en el apartado anterior. Sus mecanismos de afrontamiento son la dependencia y el conformismo respecto a algún objeto o persona con valor emocional para ella, con problemas para establecer relaciones íntimas con las personas queridas; y ante hechos de gran estrés tienden a reaccionar con sentimientos de desesperanza, de indefensión y propensión a reprimir la expresión de las reacciones emocionales.

Un elemento importante dentro del estudio de la personalidad del paciente es la forma en que enfrenta la enfermedad y los mecanismos de defensa que utiliza, estos le permitirán mantener su equilibrio emocional y tolerar todas las situaciones a las que se enfrentará, ya que, cuando se le comunica al paciente de la presencia de cáncer se torna esta información en un suceso trágico, asociado a la imagen de muerte, incapacidad, minusvalía, desfiguración física, dependencia y deterioro de la relaciones interpersonales. En el momento de la noticia, no se tiene la total asimilación de lo que significa la enfermedad, pues el impacto emocional que recibe en ese momento tanto el paciente como la familia crea en su entorno social la reacción de desorientación y desadaptación.

Se han realizado estudios donde se demuestran diferencias en los niveles de cortisol en mujeres con cáncer de mama en diferentes estadios, la relación entre los niveles de cortisol y el estrés, el optimismo y las estrategias de afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento, espíritu de lucha y evitación cognitiva son las variables que tienen más influencia en los niveles de cortisol.

Las pérdidas se mantienen como fuente de estrés y el empleo del mecanismo racional-anti-emocional, en el que los pacientes se expresan más racionales, con exigua expresión de las emociones, las que niegan y evitan, con una tendencia a la depresión. Hay preponderancia de lo racional sobre lo emocional.[14]

Los efectos emocionales, físicos y sociales de la enfermedad resultan estresantes para las personas con cáncer, quienes en ocasiones, tratan de controlar el estrés adoptando comportamientos riesgosos como fumar, beber, lo que puede provocar una peor calidad de vida después del tratamiento. Las personas que emplean estrategias eficaces de superación para manejar el estrés con técnicas de relajación, presentan niveles más bajos de depresión, ansiedad y efectos indeseables relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Según información del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos.[1]

Otra característica aunque de carácter psicopatológico que se ha vinculado al cáncer es la presencia de altos niveles de depresión,[5] durante los procesos depresivos se produce una disminución inmunológica, así como modificaciones en el comportamiento de las funciones endocrinas y fisiológicas, las que pueden facilitar la aparición de formaciones neoplásicas.

Conjuntamente con los factores biológicos y ambientales, aparece un grupo de factores psicosociales relacionados con el estilo de vida como son: las dietas perjudiciales, el tabaquismo y la ingestión indiscriminada de alcohol, entre otros. En lo concerniente al consumo de alcohol se plantea que se asocia a un riesgo incrementado para el cáncer de mama, aumentando linealmente incluso con un consumo moderado y con independencia del tipo de bebida alcohólica.[15]

Asimismo, se reconoce cierta relación con algunos tipos de neoplasias, de ese modo es bien conocida la relación del tabaquismo con neoplasias de las vías respiratorias, y algunos otros órganos de las vías digestivas, de igual forma la relación del alcoholismo y algunos tipos cáncer en las vías digestivas, algunos hábitos alimenticios y el cáncer de colon, entre otras relaciones.

En sentido general, se plantea que los síntomas más frecuentes son los trastornos de adaptación, depresión y la ansiedad. Los pacientes con personalidad ansiosa o que tienden a la ansiedad pueden tener mayores efectos secundarios por la quimioterapia, ya que la percepción del dolor o las molestias son peores.

Tales conductas son reactivas y comprensibles desde la perspectiva de los afectados, que a su vez desconocen pormenores de las reales repercusiones psicosociales de sufrir de cáncer, conocerlas nos permiten facilitar las búsquedas en el proceso del diagnóstico psicológico para establecer los objetivos psicoterapéuticos de la intervención.

Las dimensiones que alcanzaron mayor frecuencia de afectación fueron: comportamiento, sintomatología física, interferencia del dolor en las actividades y el descanso, vida social y familiar.[16]

Intervenciones básicas.

El conocimiento por parte de los pacientes y de sus familiares de la trascendencia del daño biológico y las esperanzas que representan las intervenciones médicas para su curación, constituyen un primer paso para el trabajo psicoterapéutico que contribuya a una mejor adherencia al tratamiento.

Los diversos niveles de estrés y de perturbación emocional que experimentan los pacientes con cáncer y sus familiares al recibir el diagnóstico y someterse a los tratamientos justifican la necesidad de la atención psicológica al paciente que padece cáncer y que afronta un proceso de aprendizaje de nuevos conocimientos e interacciones ante una realidad amenazante que pretende evitar el alto costo de reacciones negativas e intenta colaborar con el tratamiento médico e influir en el curso y el pronóstico de la enfermedad. El objetivo del trabajo psicoterapéutico es entender y aceptar el impacto del diagnóstico, estimular los recursos para el afrontamiento y, abordar los efectos del tratamiento médico y quirúrgico para prevenir complicaciones psicopatológicas. Dentro de las intervenciones psicosociales más comunes están: la intervención conductual, intervención cognitiva, intervención cognitivo-conductual, asesoramiento, intervención psicoeducativa, terapia de grupo, conciencia plena, técnicas en habilidades.[17]

En los pacientes que han superado la enfermedad aparece con frecuencia el temor a la recidiva, lo que constituye una secuela psicológica habitual en supervivientes de cáncer. Una técnica utilizada para ello es la terapia de aceptación y compromiso (TAC), en un estudio en pacientes con cáncer de mama de observó que el 87 % de los que recibieron la intervención mostraron disminuciones clínicamente significativas.[18]

Para el manejo del estrés se emplean intervenciones psicosociales destinadas a reducir la tensión y esto a su vez reduce el cansancio. Se emplean intervenciones mediante grupos de apoyo, orientación individual, adaptación exhaustiva y entrenamiento contra el estrés.[19]

Ante los sentimientos de desesperanza y la pérdida del sentido de la vida una intervención muy eficaz se puede brindar a través de la psicoterapia de grupo centrada en el sentido (PGCS), cuyo principal objetivo es ayudar a los pacientes con cáncer a vivir con sentido, viviendo en paz y con un objetivo de vida. Se organiza en 8 sesiones cada una con temas específicos.[20]

En la literatura se describen otros tratamientos psicológicos para las personas que sufren de cáncer entre ellos: Martí, Mercadal y Solé,[21] describen el efecto de la musicoterapia en el estado anímico y la calidad de vida de un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama. Téllez, Juárez, García[22] refieren el efecto de la hipnoterapia en la calidad del sueño de mujeres con cáncer de mama. Landa, Andrew, Vite, Sánchez y Riveros,[23] exponen el uso de la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad en pacientes con cáncer terminal.[24]

Para las alteraciones psíquicas en los pacientes con cáncer también se ha utilizado la hipnosis como un método no invasivo y eficaz. Empleado para disminuir niveles de ansiedad, enseñar al paciente a utilizar conductas saludables, acrecentar la confianza y seguridad en los

tratamientos, estimular una participación más activa en beneficio de su salud y mejorar el control de su dolor.[25] La técnica creada por *Herben Benson* profesor de la Universidad de *Harvard*, que consiste en un tipo especial de relajación utilizada en pacientes con esta patología.[25]

Desde 1992 *Steven Greer*[26] describió la terapia psicológica adyuvante (TPA). El autor tomó como punto de partida la hipótesis que establece, que la morbilidad psicológica relacionada con el cáncer está determinada no solo por las consecuencias reales del cáncer, sino también por dos factores decisivos: el significado propio de la enfermedad, es decir, cómo aprecia el paciente al cáncer y sus implicaciones y, por las estrategias de afrontamiento que utiliza, lo que el paciente piensa y hace para disminuir la amenaza que le supone enfermedad. Por tanto, el tratamiento de los disturbios psicológicos debe contener el intento de identificar y cambiar los pensamientos automáticos negativos subyacentes. Tiene como objetivo la reestructuración cognitiva de sus pensamientos irracionales y desadaptativos acerca de la enfermedad y el tratamiento. Estos elementos se examinan durante la terapia en el contexto de las relaciones, porque se consideran influenciados por la calidad del soporte emocional que le suministra la familia y las amistades, así como el personal médico y de enfermería que le atiende. La TPA basada en la psicología positiva y en la terapia cognitivo-conductual, se aplicó a pacientes de cáncer colorrectal para incrementar emociones positivas y reducir malestar, los resultados sugieren que mejoró el estado de ánimo positivo y la calidad de vida, y los pacientes lo consideraron importante y útil. Por lo que es potencialmente beneficioso y debería considerarse la posibilidad de implementarlo en estos pacientes.[17]

La psicoterapia puede ser individual o grupal, es necesario delimitar sus objetivos, ya sean supresivos, reeducativas y/o reconstructivas; sin dejar de tener en cuenta la amenaza física que constituye la enfermedad y sus tratamientos para la imagen corporal, en la aparición de la sensación de la pérdida del control sobre su vida, la de los familiares y los aspectos concernientes con el trabajo, la dependencia de otras personas y el miedo al abandono y todos los aspectos relacionados con la muerte. También es preciso observar los síntomas colaterales al tratamiento: ansiedad, depresión, nauseas, sentimientos de impotencia, para influir sobre ellos.

El enfoque cognitivo conductual y la desensibilización sistemática pueden ayudar en el proceso de rehabilitación para enfrentar los cambios ineludibles que sufrirá el paciente y para cuando es necesario la ruptura o transformación de algunos hábitos. También puede emplearse la técnica de inoculación del estrés para aprender estrategias de afrontamiento más sanas, la solución de problemas y la de expresión emocional.

Las intervenciones psicológicas, igualmente están dirigidas a controlar los síntomas físicos y mentales producto del tratamiento oncológico, ya sea quimioterapia, radioterapia o cirugía. En algunas investigaciones se reporta que entre los métodos y técnicas que se utilizan para tratar las náuseas y los vómitos asociados a la quimioterapia se hallan la hipnosis y técnicas cognitivo-conductuales, la distracción e imaginación, la relajación, así como el uso de los videojuegos y el empleo de la realidad virtual.[27]

Otra importante área de la psicooncología es la oncopediatría, el tratamiento del cáncer infantil implica un régimen médico exigente en el que los niños, adolescentes y sus familias se enfrentan a múltiples factores estresantes, que provocan cambios considerables en las actividades diarias, entre ellos, alteración de los roles familiares y sociales, temor a la adhesión al tratamiento y una constante amenaza de muerte.[28]

En el proceso de la enfermedad las familias se ven afectadas, en una investigación realizada en España se describe que aunque los progenitores manifiestan fundamentalmente síntomas de cansancio, dolores de cabeza y nerviosismo, no se observan valores especialmente negativos respecto a su salud percibida y su satisfacción con la vida. Existen relaciones significativas entre el estrés ante situaciones asociadas a la enfermedad y la salud y el bienestar de los participantes. El apoyo social percibido del núcleo familiar incide significativamente en la salud. Los análisis de regresión permiten contrastar la relevancia de las variables asociadas al estrés y el apoyo de la pareja y de los hijos sobre la percepción de síntomas y bienestar.[29]

En una revisión bibliográfica de 80 artículos se describen los problemas psicosociales que afrontan los adolescentes con cáncer: problemas de desarrollo, respuestas iniciales al diagnóstico,

el ajuste psicológico, la calidad de vida y las secuelas adversas del cáncer, los problemas de imagen corporal, la sexualidad y el cumplimiento y adherencia del tratamiento.[31]

Los niños y adolescentes presentan problemas psicológicos, familiares y en las relaciones escolares, estos problemas se producen como resultado de una construcción muy personal de las vivencias patológicas de la enfermedad, se han demostrado los beneficios de la técnica conocida como risoterapia en el tratamiento de la población pediátrica.

El cáncer tiene efectos diversos en la salud de los niños y es vivenciado de diferentes formas, al igual que en los adultos, en dependencia de los recursos personológicos y sociofamiliares del menor, según la edad y desarrollo evolutivo específico, el tipo de enfermedad oncológica, los tratamiento recibidos y los efectos secundarios de estos; pero en el caso infantil se adicionan variables relacionadas con la dependencia psíquica, física e incluso legal, de los cuidadores principales (habitualmente los padres) y la percepción de estos apoyos sobre la enfermedad, de cómo enfrentarla y adaptarse a ella.

La intervención psicológica en niños y adolescentes debe comenzar inmediatamente después del diagnóstico, para fomentar el alcance de las metas evolutivas esperadas. Esta intervención destaca la estimulación social y física, los juegos estructurados, el incremento del contacto familiar, promover la confianza en el personal de salud, conservar una apariencia física adecuada, minimizar la ausencia de algún familiar, conversar acerca de la enfermedad y cómo responde su organismo al tratamiento.[27-30]

Las intervenciones psicológicas para alcanzar una adecuada calidad de vida en los pacientes con cáncer deben trabajar en las siguientes áreas:

- En la desmitificación-desestigmatización de la enfermedad.
- Brindarles una adecuada información y atención integral a los pacientes y sus familiares.
- Prepararlos para el diagnóstico y la hospitalización.
- Trabajar en el ajuste emocional después del diagnóstico.
- Abordar los problemas asociados a la patología y/o a los tratamientos oncológicos específicos (dolor y otros síntomas).
- Prevención y atención del desgaste en el equipo médico.

El Dr. Juan Antonio Cruzado Rodríguez en su libro, Manual de psicooncología. Tratamiento psicológico a pacientes con cáncer, resume algunas de las técnicas psicológicas que se han descrito en este apartado y que se han considerado de alta efectividad: la relajación, la hipnosis, el entrenamiento de la inoculación del estrés, terapia de aceptación y compromiso y la terapia grupal.[31] Existen otros aspectos que en el proceso de intervención psicológica que son importantes a tener en cuenta para poder identificar cualidades vitales que son expresión de su estado de salud, como son: los movimientos, deambular, danzar y la posibilidad de hacer ejercicios, la expresión de la afectividad y las emociones en correspondencia con las circunstancias que está viviendo, la alimentación y nutrición, que acepte la alimentación básica y necesaria para subsistir, los hábitos de sueño, que condicionen un descanso reparador con efectos positivos posteriormente, la sexualidad, en relación a la edad y su práctica anterior a la enfermedad, la expresión del pensamiento y creatividad, la espiritualidad, el mantener la fe y sus creencias religiosas.

La sobrevida del paciente con cáncer, libre de enfermedad demostrable durante períodos de tiempo relativamente largos, es un proceso de negociación continuo por lograr la reinserción al mundo habitual, en condiciones que exigen constantes sobreesfuerzos y recursos. Ello explica la necesidad de involucrarlos en los procesos de intervención psicológica encaminados a reconstruir el sentido de sus vidas. Los pacientes que lograron vencer la enfermedad experimentaron conscientemente o no, los estragos de este padecimiento, el dolor espiritual, físico, psicológico y social procedente del significado atribuido a este padecimiento y a la amenaza de la recidiva y de la muerte.

En un estudio en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama se observó un predominio de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. La ansiedad se comportó en niveles medios y prevaleció la distimia, como indicador característico del funcionamiento emocional. Las estrategias de afrontamiento empleadas no resultaron funcionales para regular el malestar emocional, lo que aumenta la vulnerabilidad ante la enfermedad.[32]

La información que se brinda al paciente depende de múltiples factores, características psicológicas del paciente, su nivel cultural, el contexto en que está insertado, su medio social. Las prácticas varían de unos países a otros, hay lugares donde se les da la información preferiblemente a los familiares, pero en la mayoría de los países desarrollados se exige decirle al paciente sobre su padecimiento, y el omitirlo constituye una violación. Hay que explicar con claridad la situación en que se encuentra y las opciones que tiene, para que así pueda movilizar sus energías y utilizar todos los recursos que le brinden mayores posibilidades de recuperación.

Es necesario también apoyarse en la toma de decisiones, y para garantizar este aspecto es importante incorporar los principios básicos de la ética médica: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Una vez que se han tenido en cuenta estos principios, las decisiones irán orientadas a una mejor práctica. Estas estrategias conjuntamente con las herramientas que se han creado para respaldar decisiones, como lo es el consentimiento informado, permitirán que se tomen medidas enfocadas en el principal objetivo de los cuidados paliativos, que es mantener la calidad de vida sin prolongar o acortar la subsistencia. Esto permitirá dar soporte y apoyo tanto al paciente, como a sus familiares.[33]

Cuestiones que están implicadas en el abordaje del paciente con cáncer, como la comunicación y la información adecuadas, son cruciales para la calidad de la atención. Reconocer la dimensión ética de los problemas implicados en el abordaje del paciente con esta enfermedad, se convierte en un factor determinante para trazar estrategias de enfrentamiento de estos problemas. Se destaca que los resultados de este estudio trajeron datos importantes para el campo de las investigaciones relacionadas con la atención en oncología.[34,35]

CONCLUSIONES

La psicooncología asume al cáncer como una enfermedad multifactorial, tanto en su génesis, como en su tratamiento y evolución. Centra su atención en el paciente, no en la enfermedad que lo aqueja, es decir, entiende al enfermo en su totalidad biopsicosocial. Entre sus acciones no solo garantiza el cuidado psicoemocional y el apoyo a los cuidados clínicos del paciente; sino que se preocupa de los efectos indirectos a los familiares. Tiene entre sus tareas el entrenamiento del personal de salud en el manejo de ciertos problemas psicológicos y en ofrecer el apoyo psicológico básico a los pacientes y familiares; así como la protección al equipo sanitario para evitar el síndrome de desgaste profesional y emocional asociado a esta especialidad.

La psicooncología centra su evaluación, investigación e intervención en los comportamientos relacionados con la aparición del cáncer, en actitudes o características personológicas de riesgo y también las protectoras; en el manejo de sintomatología o enfermedades psiquiátricas y de problemas psicológicos que pueden aflorar durante todo el tiempo que dure el proceso mórbido (diagnóstico, el tratamiento, y en las últimas etapas de la vida del paciente) y en el seguimiento de los que superan la enfermedad. Investiga continuamente acerca de las situaciones vitales y características culturales, psicosociales y espirituales que influyen en la aparición y tratamiento del cáncer, y su repercusión tanto para pacientes como su entorno familiar y social, con el objetivo de contribuir al desarrollo y la evaluación de terapias psicológicas efectivas que permitan reducir la morbilidad psicológica y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robert V, Álvarez C, Valdivieso F. Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. Rev Med Clin Condes [revista en Internet]. 2013 [citado 14 May 2016];24(4):[aprox. 8p]. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF revista médica/2013/4 julio/14_Ps.-Ver-¦nica-Robert-M.pdf

2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Nota descriptiva [Internet]. Washington: Centro de Prensa; 2017 [citado 3 Feb 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/

3. Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos. El Cáncer [Internet]. Washington: Instituto Nacional del Cáncer EU; 2013 [citado 20 Jul 2015]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol

4. Pérez JE. Cáncer: trascendencia de un término.

Rev Electron Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2016 [citado 20 Ene 2017];41(9):[aprox. 9p]. Disponible en: http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/852

5. Almanza JJ, Holland JC. Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras. Rev Inst Nal Cancerol Méx [revista en Internet]. 2000 [citado 20 Oct 2015];46(3):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=3779&id_seccion=322&id_ejemplar=420&id_revista=27

6. Cantú R, Álvarez J. Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer. Psicología y Salud. 2009;19(1):21-32

7. Mitchel AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Oncology [revista en Internet]. 2013 [citado 5 Ene 2017];14(8):[aprox. 11p]. Disponible en: http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-045(13)70244-4/abstract?rss=yes

8. Hernández MD, Pérez YL, Guerra VM, Treto GA, Grau AR. Particularidades de la ansiedad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Rev. Hospital Psiquiátrico de La Habana [revista en Internet]. 2013 [citado 1 Feb 2017];10(2):[aprox. 10p]. Disponible en: http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=45308

9. Almonacid V. Psicoterapia en cáncer de mama. Propuesta y resultados de un programa estructurado. Psicooncología [revista en Internet]. 2014 [citado 23 May 2016];11(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/45582

10. Rodríguez MA. La relación médico-paciente. La Habana: ECIMED; 2008

11. Romero V, Cruzado JA. Duelo, ansiedad y depresión en familiares de pacientes en una unidad de cuidados paliativos a los dos meses de la pérdida. Psicooncología [revista en Internet]. 2016 [citado 1 Feb 2017];13(1):[aprox. 1p]. Disponible en: http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/52485

12. Salas C, Grisales H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. Rev Panam Salud Pública [revista en Internet]. 2010 [citado 11 Mar 2013];28(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scieloOrg/php/similar.php?lang=es&text=Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia

13. Nuñez F. Psicología y salud. La Habana: ECIMED; 2001

14. Hernández E. Atención psicológica en el trasplante de órganos. Trasplante de corazón. La Habana: ECIMED; 2007

15. Juárez DM, Landero R, González MT, Bernal LJ. Variación diurna del cortisol y su relación con estrés, optimismo y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. Acta Colombiana de Psicología [revista en Internet]. 2016 [citado 1 Ene 2017];19(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/

16. Castro GD, Maciel ME, Quintans LN, Castro JA. Mecanismos involucrados en el cáncer de mama por consumo de alcohol y alternativas para su prevención. Acta bioquim Clín latinoam [revista en Internet]. 2015 [citado 3 Ene 2017];49(1):[aprox. 18p]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572015000100006

17. Figueredo K. Intervención de cuidados paliativos domiciliarios para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama avanzado [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2013 [citado 26 Jul 2016]. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/741/

18. Cardoso A, Fernández J, Blasco T. Efectos de una terapia psicológica adyuvante en pacientes con cáncer colorrectal: un estudio piloto. Psicooncología [revista en Internet]. 2016 [citado 4 Mar 2017];13(1):[aprox. 7p]. Disponible en: https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/52491

19. Montesinos F, Luciano C. Aceptación de miedos a la recaída en pacientes con cáncer de mama: efectos de una intervención abreviada basada en la ACT. Psicooncología [revista en Internet]. 2016 [citado 30 Ene 2017];13(1):[aprox.

10p]. Disponible en: https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/52484/48290

20. Schiappacasse G, González P. Hacia una terapia multimodal en el cansancio oncológico: estudio piloto fase 2, prospectivo, randomizado y doble ciego. Dolor [revista en Internet]. 2013 [citado 4 Mar 2017];22(60):[aprox. 10p]. Disponible en: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=779246&indexSearch=ID

21. Gil FL, Breitbart W. Psicoterapia centrada en el sentido: "vivir con sentido". Estudio piloto. Psicooncología [revista en Internet]. 2013 [citado 23 Mar 2017];10(2-3):[aprox. 13p]. Disponible en: http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/43446

22. Martí P, Mercadal M, Solé C. El efecto de la musicoterapia en el estado anímico y la calidad de vida de un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama. Psicooncología [revista en Internet]. 2015 [citado 23 May 2016];12(1):[aprox. 23p]. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5093031

23. Jaime L, Téllez A, Juárez DM, García CH, García E. El efecto de la hipnoterapia en la calidad de sueño de mujeres con cáncer de mama. Psicooncología [revista en Internet]. 2015 [citado 23 Nov 2016];12(1):[aprox. 11p]. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5093004

24. Landa E, Andrew J, Vite A, Sánchez S, Riveros A. Descripción de la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad en pacientes con cáncer terminal. Psicooncología [revista en Internet]. 2014 [citado 23 Nov 2016];11(1):[aprox. 11p]. Disponible en: http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44924

25. Cabrera Y, López EJ, Ramos Y, González M, Valladares AM, López LM. La hipnosis: una técnica al servicio de la Psicología. Medisur [revista en Internet]. 2013 [citado Dic 3];11(5):[aprox. 8p]. Disponible en: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2515

26. Rodríguez MA. Cómo afrontar el cáncer. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2013

27. Greer S. Terapia psicológica adyuvante para mujeres con cáncer de mama. Boletín de Psicología [revista en Internet]. 1992 [citado 2 Ago 2016];1(36):[aprox. 12p]. Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjYroa8pMTQAhURayYKHbE7DAAQFgghMAA&url=http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N36-4.pdf&usg=AFQjCNHNHj7GV7LGNiHq7yvxVozLhExtw

28. Noel G. Síntomas e intervención psicológica en oncopediatría [Internet]. Mérida: Universidad de los Andes; 2013 [citado 20 Dic 2015]. Disponible en: http://www.medic.ula.ve/cip/docs/psico.pdf

29. Cely JC, Duque CP, Capafons A. Psicooncología pediátrica. Divers Perpesct Psicol [revista en Internet]. 2013 [citado 2 May 2015];9(2):[aprox. 15p]. Disponible en: http://www.redalyc.org/html/679/67932397004/

30. Pozo C, Bretones B, Martos MJ, Alonso E, Cid N. Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en familias afectadas. Rev Lat Psic [revista en Internet]. 2015 [citado 11 Mar 2017];47(2):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342015000200003

31. Bellver A, Verdet H. Adolescencia y cáncer. Psicooncología [revista en Internet]. 2015 [citado 7 Ene 2016];12(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/48909

32. Hernández M, Cruzado JA. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. Clínica y Salud [revista en Internet]. 2013 [citado 11 May 2017];24(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742013000100001&lng=es.http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a1

33. Montiel VE, Álvarez OL, Guerra VM. Afrontamiento a la enfermedad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Medicentro [revista en Internet]. 2016 [citado 11 Mar 2017];20(2):[aprox. 6p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000200004

34. Verástegui E, Allende S. Aspectos éticos en pacientes con cáncer avanzado en cuidados paliativos. GAMO [revista en Internet]. 2013 [citado 10 Ene 2017];12(4):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-aspectos-eticos-pacientes-con-cancer-X1665920113269846

35. Da Luz KR, De Oliveira MA, Schmidtt PH, Devos EL, Tomaschewski JG, Da Rosa LM. Problemas éticos vividos por enfermeros oncológicos. Rev Latino-Am. Enfermagem [revista en Internet]. 2015 [citado 9 Mar 2017];23(6):[aprox. 8p]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/es_0104-1169-rlae-23-06-01187.pdf