



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Unidades Psicooncológicas Pediátricas: Herramienta Paliativa de la Psiquiatría de Enlace

Pediatric Psycho-oncological Units: Palliative Tool of Liaison Psychiatry

Kathleen Nicole González Medina*

Liudmila Aponte Ramírez**

** Estudiante de 5to año de la carrera de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas.

**Especialista de I Grado en Bioquímica Clínica. Profesora asistente

RESUMEN

La psicooncología pediátrica, entre otras, estudia por qué el cáncer, además de ser una enfermedad crónica que amenaza la vida de quien la padece, es una enfermedad que simboliza el sufrimiento de la persona enferma y su familia. Se realizó un artículo de revisión con el objetivo de describir los avances relacionados al impacto de las unidades psicooncológicas como herramienta paliativa del equipo básico de salud en la psiquiatría de enlace. Se seleccionaron 20 de 169 artículos obtenidos en las búsquedas de infomed en Scopus, SciELO y Ebsco. Las intervenciones psicosociales oncológicas han expuesto grandes logros, a pesar de la gran variabilidad de maniobras, direcciones e invenciones manejadas. Si se potencian, se estarán consagrando nuevas herramientas abiertas a los logros y disposiciones de la oncología y se reducirán el uso de tratamientos farmacológicos, por tanto, se encargarán de minimizar los efectos secundarios a los tratamientos biomédicos, así como de la percepción del paciente consigo mismo y con el medio que le rodea.



Palabras clave: Psico-Oncología; Intervención Psicológica; Psicología Médica.



Introducción

La psicooncología pediátrica, entre otras, estudia por qué el cáncer, además de ser una enfermedad crónica que amenaza la vida de quien la padece, es una enfermedad que simboliza el sufrimiento de la persona enferma y su familia⁽¹⁾.

El aumento en las tasas de sobrevivencia del cáncer infantil, la ubicación de las neoplasias pediátricas como la principal causa de muerte relacionada con enfermedad en niños y adolescentes y el conocimiento acerca de los efectos de los tratamientos médicos finalmente, han hecho que la psicología se interese por los niños con cáncer y su familia. No sólo para afrontar la muerte del niño sino para entender e intervenir en la adaptación al cáncer infantil y sus múltiples repercusiones sobre el paciente joven y su familia⁽²⁾.

Las unidades de psicooncologías representan hoy día un claro ejemplo de la importancia de la psiquiatría de enlace en los hospitales actuales⁽³⁾.

Por interesante y atractivo que parezcan las conjeturas acerca del dilema cartesiano alma-cuerpo/cuerpo-alma, aún en el vasto territorio de la medicina psicosomática actual, no hay evidencias de peso que sostengan una relación etiológica entre cuadros de índole psiquiátrica-psicológica o traumática con la aparición de las patologías oncológicas o el agravamiento de las mismas⁽³⁾.

Registra sus primeros pasos en el contexto del hospital general en el año 1950, cuando se constituye la unidad de psiquiatría en el *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* de Nueva York. Por varios decenios la psiquiatra J.C. Holland ha estado a cargo de dicha unidad desarrollando una vasta trayectoria académica, asistencial y de investigación⁽³⁾.

En el año 1984 se constituyó la Sociedad Internacional de Psico-oncología (IPOS). La propia Dra. Holland ha señalado que el desarrollo de la psico-oncología ha ido de la mano de los importantes avances que se han logrado en el diagnóstico y tratamiento de las patologías oncológicas⁽³⁾.



Muchos de estos principios fueron incorporados a las unidades de cuidados paliativos en el hospital. Ambos desarrollos, el de la psico-oncología y el de los cuidados paliativos son el resultado del potente avance de la oncología médica ⁽³⁾.

El siglo XXI nos provee de nuevos manuales que vienen a aportar en el ámbito, con miradas y énfasis diversos, donde algunos de estos aún se asientan desde lo predominantemente médico, otros que poseen un robusto sustento psicológico en sus referencias, análisis, interpretaciones y propuestas de intervención y algunos focalizados en el manejo sintomático de las dimensiones psicosociales del cáncer ⁽⁴⁾.

La intervención psicológica en el ámbito oncológico favorece el ajuste emocional en todas estas áreas afectadas. Debemos entender el rol del psicooncólogo en el equipo de salud y lo que tiene para ofrecer. Si logramos potenciar sus resultados, estaremos brindando nuevas herramientas a los avances y las decisiones de la medicina oncológica ⁽⁵⁾.

Por otra parte, en los estudios en Psicooncología Pediátrica durante las últimas tres décadas se ha dado gran importancia a la descripción de características como edad, género, etnicidad, nutrición y estado socioeconómico relacionadas con algún tipo de neoplasia infantil y las consecuencias de su tratamiento. También, la desnutrición, la pobreza, y pertenecer a grupos étnicos minoritarios han sido elementos asociados con bajas tasas de curación ⁽¹⁾.

Por lo tanto, es necesario actualizar los aspectos relacionados al impacto de las unidades psicooncologicas como herramienta paliativa del equipo básico de salud en la psiquiatría de enlace, esto, favorecerá los tratamientos y decisiones futuras, incrementará la esperanza de vida de los pacientes y el impacto psicológico-emocional al que es sometido el personal médico, siendo esta la principal motivación de este artículo de revisión.

Partiendo de esta interrogante nos trazamos el **objetivo** de describir los avances relacionados al impacto de las unidades psicooncologicas como herramienta paliativa del equipo básico de salud en la psiquiatría de enlace.





Desarrollo

Factores psicosociales moderadores en el curso y el pronóstico del cáncer infantil: Existen numerosos modelos que ha adaptado la Psicooncología Pediátrica que intentan explicar cómo se da la interacción entre los factores asociados con el cáncer. Destacan la importancia de las variables psicológicas en la aparición y el desarrollo del cáncer. De esta forma se evidencia en la variabilidad de respuesta que presentan las personas expuestas a carcinógenos similares. La anterior idea es tan antigua como la historia de la medicina, por ejemplo, Galeno en su tratado «De Tumoribus» (150 años a.C.) señaló que las mujeres melancólicas eran más susceptibles al cáncer. También la medicina rusa de los siglos XVII y XVIII consideró la pena prolongada como una causa remota del cáncer; igualmente Snow en 1893 concluyó que la pérdida de un pariente cercano es un factor importante en el desarrollo del cáncer de mama y útero ⁽¹⁾.

En este sentido, la atención que se brinda al paciente y a los familiares tiene como objetivos la adaptación a la enfermedad y la mejora de la calidad de vida, el control y la mejora del estado del ánimo y las emociones negativas como la depresión y la ansiedad (las más prevalentes), la culpa, la incertidumbre o la rabia, entre otras ⁽⁶⁾.

La importancia de la familia

El valor de la familia en el proceso salud-enfermedad del niño es ampliamente reconocida. Tal vez esta sea la razón para que una gran cantidad de estudios e intervenciones para niños con cáncer se hayan centrado en distintos tipos de terapia familiar, aunque también son frecuentes las investigaciones que consideran a los niños enfermos en soledad o aislamiento. Es relevante notar que, con el diagnóstico del niño con cáncer, otros círculos del sistema dentro de la ecología social son agregados, activados o cambiados. La familia sigue siendo el sistema primario, sin embargo, los profesionales de la salud, la escuela, los grupos de pares y sistemas de vecinos juegan un rol significativo en el curso del cáncer en un niño. Por lo anterior, el modelo social ecológico reconoce la importancia del



cambio en múltiples niveles del sistema, incluyendo las políticas que rigen la exposición a cancerígenos y la accesibilidad de los tratamientos antineoplásicos ⁽⁷⁾.

Busca mediar y aliviar el dolor de los pacientes, desde una mirada holística. Esto es: mediante un abordaje integral del paciente, entendiendo la importancia del trabajo interdisciplinario, y con una mirada biopsicosocial, donde la psico-oncología juega un papel fundamental ⁽⁵⁾.

Su objetivo es aliviar síntomas psíquicos y tratar de alcanzar una mayor humanización de los tratamientos. Busca resguardar las necesidades psicológicas asociadas a este proceso mórbido. Se ocupa de estudiar las respuestas emocionales de los pacientes, sus familias y el equipo médico; las variables psicológicas, sociales y conductuales que influyen en la prevención, el riesgo y la sobrevida de estos pacientes ⁽⁵⁾.

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 ⁽⁸⁾.

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 ⁽⁹⁾.

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 ⁽⁹⁾.

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 ⁽⁹⁾.

Una de las dificultades más comunes para diagnosticar correctamente un episodio depresivo en un paciente oncológico, sin lugar a dudas, es la superposición de síntomas explicables por la condición médica propia del paciente. Raison y Miller intentaron profundizar en este aspecto, buscando precisar qué era lo intrínsecamente depresivo en un paciente oncológico. Encontraron una serie de síntomas comunes entre una depresión y lo que estos autores definieron como “comportamiento de enfermedad” (*Sickness behavior*)⁽¹⁰⁾.

La depresión se asocia con peor pronóstico para el tratamiento de los pacientes con patología oncológica, con aumento de morbilidad y mortalidad. Un paciente con historia de síntomas depresivos tiene 2.6 veces mayor riesgo de morir a los 19 meses, luego del diagnóstico de su patología oncológica ⁽¹¹⁾.

De esta manera, es entendible que los pacientes presenten, durante y después del tratamiento farmacológico de quimioterapia niveles de ansiedad y depresión considerables, debido a la frustración que les genera la dificultad para realizar tareas cotidianas que anteriormente realizaban con facilidad ⁽¹²⁾.

Cabe mencionar que es importante atender los padecimientos comorbidos existentes, para proporcionar calidad existencial al paciente y así se pueda atender de manera más centrada, el proceso oncológico ⁽¹²⁾.

El Dr. Juan Antonio Cruzado Rodríguez en su libro, Manual de psico-oncología. 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 ⁽¹²⁾.

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 ⁽¹⁾.

La **intervención del psicooncólogo** se centra, por un lado, en paliar el impacto emocional que desencadena un diagnóstico de cáncer. Por otro, ha de facilitar la **adaptación del paciente a la enfermedad** para que pueda ser parte activa del afrontamiento de la situación que genera la enfermedad ⁽¹⁴⁾.

Otra función esencial de este profesional es **mitigar los efectos secundarios de los tratamientos biomédicos**, por ejemplo: condicionamiento a los vómitos debidos a la quimioterapia, adaptación a la nueva imagen después de una mastectomía, etc. El **psicooncólogo** trata, en definitiva, de que el paciente y su familia aprendan a vivir con la enfermedad ⁽¹⁴⁾.

Las intervenciones psicosociales desarrolladas en pacientes con cáncer durante los últimos diez años se han mostrado eficaces, a pesar de la gran cantidad de enfoques, estrategias y metodologías utilizadas ⁽¹⁵⁾.

Debido a que los pacientes, como personas únicas e individuales, varían en cuanto a personalidad, forma de ser, historia, etapa del ciclo vital en que se encuentran, debido a los diferentes tipos de cáncer, estadio de evolución del mismo, distintos tipos de tratamiento, con sus respectivos distintos y variados efectos secundarios, distinta duración, frecuencia y muchas otras variables a



considerar, es que se hace imposible un patrón estándar de intervención psicosocial en oncología ⁽¹⁵⁾.

Se ha observado, lo que es transversal a todo tipo de tratamiento e intervención en oncología, la importancia del apoyo emocional (desde el equipo multidisciplinario) lo que tiene que ver con crear un ambiente de contención, amor, empatía, acogimiento, de manera que el paciente que sufre de cáncer y su familia transite por este proceso de la manera más tranquila y acogedora posible ⁽¹⁵⁾.

Significa también darle un sentido de pertenencia, que sienta que lo escuchan, que sienta que el equipo de salud que lo atiende, entiende y acoge sus preocupaciones, sus molestias, sus miedos, temores y estados de angustia, ansiedad e incertidumbre en el presente y frente al futuro ⁽¹⁵⁾.

El apoyo psicológico durante el cáncer no se limita exclusivamente a las fases de diagnóstico y tratamiento. Al contrario, también se hace necesario en la denominada **fase libre de la enfermedad**, cuando el paciente ha superado el tratamiento con éxito, ya que el miedo a que el cáncer vuelva a aparecer puede llegar a suponer un problema que, en algunos casos, llega generar ansiedad ⁽¹⁶⁾.

En caso de **recaída o recidiva**, los pacientes pueden llegar a sufrir un choque emocional que, casi con toda probabilidad, resultará más grave que cuando se pasó por el primer diagnóstico ⁽¹⁶⁾.

Por último, cuando al cáncer no tiene solución y el paciente y sus familiares se enfrentan al final de la vida, la psico-oncología puede llegar a suponer una gran ayuda dando apoyo emocional, ayudando a gestionar el dolor, la ansiedad, etc ⁽¹⁶⁾.

Las intervenciones psicológicas para alcanzar una adecuada calidad de vida en los pacientes con cáncer deben trabajar en las siguientes áreas ⁽¹²⁾:

- 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 de 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.

Los pacientes con diagnóstico de cáncer concurren a la consulta especializada generalmente derivados por su oncólogo, aunque a veces, lo hacen espontáneamente y por su cuenta, no porque deseen analizarse, sino porque el diagnóstico de su enfermedad (al principio), las características particulares de los tratamientos oncológicos, o, la progresión de su enfermedad (más tarde), les producen tal grado de sufrimiento, que les impide el afrontamiento sin ayuda especializada. La primera entrevista debe cumplir con varias finalidades ⁽¹⁷⁾.

La de realizar la evaluación psico-oncológica del paciente, y al mismo tiempo, contener su angustia, promover su confianza y proponer un camino a seguir, de tal forma que se sienta aliviado por haber tomado la decisión de consultar. Se trata de una Entrevista Diagnóstica y Terapéutica ⁽¹⁷⁾.

La evaluación comprende el diagnóstico psicopatológico del paciente, el grado de conciencia de enfermedad y el nivel defensivo con que afronta la situación. Además, se tiene en cuenta la enfermedad somática, el momento evolutivo de la misma, el tipo de tratamiento que se está realizando y los que se realizarán en el futuro. Se evalúa el vínculo establecido con el médico tratante y se considera la factibilidad de realizar intervenciones en el mismo ⁽¹⁷⁾.

Se tiene en cuenta la estructura del grupo familiar y si la posibilidad de sostén puede llegar a desarrollarse espontáneamente o con ayuda terapéutica. Estas primeras entrevistas configuran un campo y es importante no olvidar que las características del mismo deben corresponder a las necesidades del paciente entrevistado ⁽¹⁷⁾.

El Psico-Oncólogo, debe permitir y favorecer, con su actitud de escucha, y con intervenciones atinadas, el despliegue de la personalidad del paciente. Si bien es



imposible no interferir, ya que la mera presencia condiciona el desarrollo de la entrevista, que sería diferente con otro entrevistador, no hay que olvidar que, el objetivo de este encuentro, es develar el misterio del que ocupa el lugar de paciente, qué le pasa en esta circunstancia de su vida y cómo puede ser ayudado ⁽¹⁷⁾.

Durante el tratamiento psicoterapéutico, el terapeuta es continente en el sentido de que recibe las angustias que el paciente vuelca en él, no para que queden depositadas en una mera actitud catártica, sino para que el terapeuta, poco a poco, según la evaluación que haga de las capacidades de su paciente, pueda ir devolviendo el material para pensarlo y elaborarlo juntos ⁽¹⁷⁾.

La técnica psicoterapéutica utilizada con los pacientes oncológicos tratados desde el año 1993 hasta la actualidad, en la Unidad Psicooncológica del Departamento de Psiquiatría del CEMIC, tiene características que permiten calificarla como Psicoterapia Breve o de Objetivo Limitado, con algunas particularidades que se irán evidenciando en el transcurso de esta exposición ⁽¹⁷⁾.

Según Glover la diferencia entre Psicoanálisis y Psicoterapia es la diferencia entre un enfoque principalmente dinámico, y otro principalmente estructural. En un caso se reducen las cargas patógenas y en el otro se refuerzan las defensas yoicas contra las cargas patógenas (Tarachow) ⁽¹⁷⁾.

En este caso, se trata de un tratamiento selectivo, limitado, en el cual se intenta una redistribución de la represión, las resistencias y los mecanismos de defensa, donde el fortalecimiento del Yo es una parte importante de la tarea ⁽¹⁷⁾.

El propósito de esta Psicoterapia es producir en el paciente un cambio favorable que le permita afrontar su enfermedad somática y el tratamiento de la misma. Se propone mejorar la calidad de vida del paciente oncológico mediante el tratamiento de los síntomas psicopatológicos, y la elaboración de estrategias de afrontamiento ⁽¹⁷⁾.



Tiene aspectos psicopedagógicos, relacionados con la preparación para el tratamiento quimioterápico y sus vicisitudes y algunos estudios especiales que en ocasiones es necesario realizar ⁽¹⁷⁾.

Estos aspectos son especialmente importantes en los pacientes que realizan trasplante de médula ósea, por el prolongado período de aislamiento que deben sobrellevar, la aplasia medular y sus consecuencias infecciosas y los efectos secundarios de los fármacos que se utilizan ⁽¹⁷⁾.

Se trata de una Psicoterapia Dinámica y Específica, y no debe ser confundida con una forma abreviada y económica de Psicoanálisis, y, como sucede en las Psicoterapias Breves, carece de los objetivos investigativos del mismo ⁽¹⁷⁾.

No se sostiene el anonimato absoluto del terapeuta, ni se fomenta el desarrollo de la neurosis de transferencia. La sesión transcurre bajo la forma de un diálogo entre paciente y terapeuta, sin que se excluya por completo la asociación libre ⁽¹⁷⁾.

Es necesario evitar las intensas reacciones de dependencia, por medio de argumentaciones esclarecedoras, referidas a circunstancias internas o externas del paciente, interpretando muy pocas veces la transferencia. El material actual adquiere una gran relevancia: es muy difícil que un paciente oncológico acepte hablar mucho tiempo de otra cosa que no sea su enfermedad, sobre todo al principio del tratamiento ⁽¹⁷⁾.

Son una excepción, los pacientes con un alto grado de negación, y, aquellas personas francamente psicopatológicas, en las cuales la enfermedad somática queda en segundo plano por alteraciones en el juicio de realidad ⁽¹⁷⁾.

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 ⁽¹⁸⁾.

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 ⁽¹⁹⁾.

La psico-oncología puede favorecer un estilo de afrontamiento activo, un estado de ánimo positivo, una mejor adaptación a la enfermedad y un control de la fatiga y el dolor ⁽²⁰⁾.

De esta manera se facilita la adhesión a los tratamientos médicos, la eficacia de los mismos y se disminuyen algunos efectos secundarios. Además, puede acortar el tiempo de recuperación y disminuir el número de consultas, mejorando la calidad de vida del paciente. Si aprendemos a sanar la mente, podemos aprender a aliviar el cuerpo ⁽²⁰⁾.

Conclusiones

Las intervenciones psicosociales oncológicas pediátricas han expuesto grandes logros, a pesar de la gran variabilidad de maniobras, direcciones e intervenciones manejadas. Si se potencian, se estarán consagrando nuevas herramientas abiertas a los logros y disposiciones de la oncología y se reducirán el uso de tratamientos farmacológicos; por tanto, se encargarán de minimizar los efectos secundarios a los tratamientos biomédicos, así como de la percepción del paciente consigo mismo y con el medio que le rodea.



Referencias Bibliográficas

1. Cely-Aranda, Johana Carolina; Duque Aristizábal, Claudia Patricia; Capafons, Antonio Psicooncología pediátrica Diversitas: Perspectivas en Psicología, vol. 9, núm. 2, 2013 [citado 2023 Oct 2], pp. 289-304. DOI: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67932397004>
2. Guana, A. Psicooncología Pediátrica y factores biopsicosociales. *Instituto Salamanca*. 2018 [citado 2023 Oct 2]. Doi:<https://instsal.me/lwnop>
3. RojasO. Psicooncología En El Hospital General. Alcances En Depresión Y Cáncerpsycho-Oncology In The General Hospital. Approaches In Cancer And Depression.Revista Médica Clínica Las Condes. Vol 28, Issue 3, May–June 2017, Pag 450-459. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300767>
4. Rojas Jara C, Gutiérrez Valdés Y. Psicooncología: aportes a la comprensión y la terapéutica. Chapter 1: Aproximaciones en psicooncología: una breve revisión. Nueva Mirada Ediciones Edition: 1era. 2016/08 pp.29-47. isbn = {978-956-9812-03-3}. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/305378250_Aproximaciones_en_p_sicooncologia_una_breve_revisio_n
5. Luchini F. La importancia de la psicooncología en el tratamiento contra el cáncer. INFOBAE-6. 2019. Disponible en:<https://www.infobae.com/opinion/2019/02/06/la-importancia-de-la-psicooncologia-en-el-tratamiento-contra-el-cancer/>
6. Pintado Cucarella MS. La importancia de la atención psicológica en oncología. UDLAP-19 junio, 2015. Disponible en: <http://blog.udlap.mx/blog/2015/06/laimportanciadelaatencionpsicologicaenoncologia/>
7. Torrico, E., Santín, C., Villas, M., Menéndez, S., & López, M. J. El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de psicología*, 2022[citado 2023 Oct 2]18(1), 45-59.



8. 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
9. 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..>
10. Raison Ch, A.H. Miller. Depression in Cancer: New Developments Regarding Diagnosis and TreatmentBIOL, 54 (2003), pp. 283-294 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12893104>
11. Stommel M., Given B.A., Given CW. Depression and functional status as predictors of death among cancer patients Cancer., 94 (2002), pp. 2719-2727 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12173342>
12. Díaz Barajas Det all. Evaluación Del Programa De Atención Psicológica En Pacientes Oncológicos Durante El Tratamiento Farmacológico De Quimioterapia. Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología – ALFEPSI. Integración Académica en Psicología. Volumen 6. Número 16. 2018. ISSN: 2007-5588; pp5-6
13. 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>



14. Monreal M. El importante papel del psicooncólogo en la aceptación y superación del cáncer. ISEP-4 febrero, 2018 Disponible en: <https://www.isep.es/actualidad-psicologia-clinica/el-importante-papel-del-psicooncologo-en-la-aceptacion-y-superacion-del-cancer/>
15. Robert, Verónica;Álvarez, Catalina;Valdivieso, Fernanda. Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. Revista Médica Clínica Las CONDES – 07/2013. (Citado 15 de agosto del 2019). Vol 24. Doi 10.1016/S0716-8640(13)70207-4. Pp677-684. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/273093727_Psicooncologia_Un_modelo_de_intervencion_y_apoyo_psicosocial
16. Previsora B. Psicooncología, mejorando el tratamiento del cáncer en pacientes y familiares. Vidasana CUN-3 mayo, 2017. (Actualizado: 27 febrero, 2018). Disponible en: <https://www.enfermedadesgraves.com/blog/psicooncologia/>
17. Vidal y Benito MC. **La Psicoterapia del Paciente Oncológico. Un Modelo de Psicoterapia Dinámica. ADAMED.** 31/07/2002 (Citado 02/10/2019). Disponible en: <https://psiquiatria.com/psicosomatica/la-psicoterapia-del-paciente-oncologico-un-modelo-de-psicoterapia-dinamica/>
18. 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>
19. Da Luz KR, De Oliveira MA, Schmitt 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
20. González Jareño A. El psico-oncólogo: cómo ayuda la psicología a pacientes con cáncer y familiares. SIQUIA-6 de agosto 2013. (Citado 03/08/2017).



Disponible en: <http://www.egr.es/intervencion-psicologica-en-pacientes-con-cancer/>