



**EL PAPEL DEL PSICOLÓGICO ONCOLÓGICO EN LA  
 PSICOEDUCACIÓN Y PREVENCIÓN: UNA REVISIÓN TEÓRICA.**

**THE ROLE OF THE ONCOLOGICAL PSYCHOLOGIST IN  
 PSYCHOEDUCATION AND PREVENTION: A THEORETICAL REVIEW.**

**Rubiel Alberto Chica Ríos<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9902-0957>

Universidad de Baja California-México

[rubielchica@gmail.com](mailto:rubielchica@gmail.com)

**RESUMEN**

El papel del psicólogo en oncología es articular y posibilitar todos los espacios para la psicoeducación, la prevención y el seguimiento, explorando los distintos ámbitos que promuevan mejores estilos de vida, habilidades emocionales y de comportamiento, resiliencia y resignificación de la vida que impacten de manera positiva todos los esfuerzos para sobrellevar mejor la enfermedad del cáncer.

Este artículo hace una breve revisión de la literatura sobre los aspectos generales del cáncer que deber tener presentes los psicólogos oncológicos, la psicoeducación, la prevención y se analizarán los aspectos más importantes alrededor de la salud mental y los diferentes recursos con los que cuentan las personas para tener una mejor calidad de vida y sobrellevar la enfermedad del cáncer. La revisión sistemática de la literatura fue en bases de datos académicas internacionales, la búsqueda de los artículos se realizó entre el 25 de abril del 2022 hasta el 11 de junio del 2022. Las bases de datos consultadas fueron: Scopus, Pubmed y MedicLatina.

Es fundamental por parte de los psicólogos oncológicos, conocer la importancia de la psicoeducación que sea centrada en la persona mediante un abordaje biopsicosocial y cultural, en conexión con los problemas sociales, psicológicos y biológicos que intervienen. Abordándolo desde una visión inter y multidisciplinaria que nos ayudará a generar mejores estrategias que contribuyan a impactar de manera positiva todos los agentes causales de índole social, económica, psicológica, educativa, biológica y emocional.

**Palabras clave:** Cáncer, Duelo, Educación, Empatía, Prevención.

## ABSTRACT

The role of the psychologist in oncology is to articulate and enable all spaces for psychoeducation, prevention, and follow-up, exploring the different areas that promote better lifestyles, emotional and behavioral skills, resilience and resignification of life that impact positive all efforts to better cope with cancer disease.

This article makes a brief review of the literature on the general aspects of cancer the oncological psychologists should have in mind. The psychoeducation, the prevention, and the most important aspects of mental health and the different resources available to people for treatment will be analyzed to have a better quality of life and cope with cancer disease. The systematic review of the literature was done in international academic databases, the search for articles was carried out between April 25, 2022, and June 11, 2022. The databases consulted were Scopus, PubMed and MedicLatina.

It is relevant to oncology psychologists to know the importance of psychoeducation that is centered on the person through a biopsychosocial and cultural approach, in connection with the social, psychological, and biological problems involved. Approaching it from an inter and multidisciplinary vision that will help us generate better strategies that contribute to positively impacting all causal agents of a social, economic, psychological, educational, biological, and emotional nature.

**Keywords:** Cancer, Grief, Education, Empathy, Prevention.

## **INTRODUCCIÓN**

En este artículo de revisión teórico se explorarán la prevención en la enfermedad del cáncer con todos sus componentes psicoeducativos y cómo el psicólogo debe convertirse en un preventólogo, teniendo un análisis crítico del fenómeno del cáncer y haciendo un enfoque multicausal de la enfermedad. De esto la importancia de abordar esta enfermedad dentro de varios contextos como el social, político, individual, cultural, económico y familiar.

El Psicólogo oncológico debe ser un actor socio educativo y cultural inscrito en el contexto de la multidisciplinariedad, capaz de continuar con autonomía su proceso de formación, para responder de manera pertinente a los retos de una realidad cambiante en el sector de la salud. De igual forma debe tener en cuenta que su intervención debe ser de carácter inter y multidisciplinario.

Este equipo interdisciplinario, para que obtenga los resultados esperados, además de la capacitación en el tema específico de la oncología y del entrenamiento y la sensibilidad para el trabajo en equipo, debe ser empático en el momento de su intervención.

### **Aspectos generales para tener presentes**

El cáncer es la principal causa de muerte en el mundo: en 2020 se atribuyeron a esta enfermedad casi 10 millones de defunciones, es decir, casi una de cada seis de las que se registran. Los tipos de cáncer más comunes son los de mama, pulmón, colon y recto y próstata. Alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se deben al consumo de tabaco, a un elevado índice de masa corporal, al consumo de alcohol, a una baja ingesta de frutas y verduras y a la falta de actividad física. Además, las infecciones oncogénicas, entre ellas las causadas por los virus de las hepatitis o el papiloma humanos, ocasionan aproximadamente el 30% de los casos de cáncer en los países de ingresos bajos y medianos. Muchos casos se pueden curar si se detectan a tiempo y se tratan eficazmente. (Organización Mundial de la Salud, 2022).

El cáncer es una enfermedad crónica que ataca a las personas sin distinción de raza, creencia o religión. Se caracteriza porque las células anómalas se dividen sin control y destruyen los tejidos corporales. Esta enfermedad puede originarse en cualquier parte del cuerpo y aunque existen algunas similitudes, se diferencian en la manera cómo crecen y se propagan. (Castañeda, 2022).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) también señala que el cáncer es “un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células que pueden aparecer prácticamente en cualquier parte del cuerpo; el tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos diferentes del organismo; la enfermedad también puede atacar a los seres humanos desde la etapa infantil y se presenta de distintas maneras siendo las leucemias y los tumores del sistema nervioso central los tipos de cáncer más frecuente en la infancia (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El papel del psicólogo en Oncología se ha incrementado con el nacimiento y aparición de la Psicooncología en los años 70. Hasta la llegada de esta nueva disciplina, el personal médico era el único encargado de prestar algún tipo de intervención a los pacientes con cáncer (Hernández et al., 2007). La Psicooncología, nacida de la intersección entre la disciplina médica (oncología clínica) y la psicológica (psicología de la salud), trae consigo la necesidad de personal cualificado que atienda las necesidades de los pacientes con cáncer a nivel psicosocial (Cruzado, 2003).

Un diagnóstico de cáncer supone un gran cambio en el proyecto vital de la persona. La figura del psicólogo en oncología se convierte, en una pieza clave, orientada a acompañar desde este primer momento y durante todo el transcurso de la enfermedad, con la formación y capacidad suficiente para ayudar a la persona a gestionar las emociones que puedan aparecer en las distintas etapas y para ayudar a fomentar la calidad de vida del paciente (Rojas-Jara y Gutiérrez, 2016).

### **Factores de riesgo en el cáncer**

El consumo de tabaco y de alcohol, la alimentación poco saludable, la inactividad física y la contaminación del aire son factores de riesgo de cáncer y de otras enfermedades no transmisibles. Además, también lo son algunas infecciones crónicas, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos. Cerca del 13% de los casos de cáncer diagnosticados en el mundo en 2018 se atribuyeron a infecciones carcinógenas, especialmente las causadas por *Helicobacter pylori*, los papilomavirus humanos, los virus de la hepatitis B y de la hepatitis C y el virus de Epstein-Barr. (Organización Mundial de la Salud, 2022).

En virtud de lo anterior, de la variedad de agentes que pueden desencadenarlo y de sus etapas (iniciación, crecimiento y desarrollo de metástasis), las cuales transcurren a lo largo de muchos años, es apropiado considerar a este padecimiento como un proceso multifacético, multifactorial y progresivo (Blanco y Navia, 1986).

Cuando su curso no logra controlarse sobreviene la muerte del paciente; sin embargo, en otros casos, cuando el tratamiento permite sobrellevar la enfermedad y reducir la probabilidad de que reaparezca o de evitar que se disemine, se considera a los pacientes como “sobrevivientes” (American Society of Clinical Oncology, 2018). Estos no solamente han debido hacer frente previamente a los efectos físicos de la enfermedad y su tratamiento (fatiga, dolor, náuseas, insomnio), sino también a los deterioros funcionales y cognitivos y a las secuelas económicas (deudas médicas o insolvencia para adquirir los medicamentos) y psicológicas (estrés, angustia emocional, incertidumbre, ansiedad, depresión, confusión, ira, desesperación, etc.) que el padecimiento trae consigo (Cabrera, López, López y Arredondo, 2017; Miller et al., 2019).

### **Acompañamiento en el Proceso de duelo en el Cáncer**

El incremento de enfermedades como el cáncer y, con ello, el de pacientes que se encuentran en fin de vida, ha avivado el debate durante las últimas dos décadas en diferentes países sobre la atención que se brinda a estos pacientes. Se ven reflejadas divergencias entre la voluntad de los pacientes y las oportunidades de conversar sobre esta voluntad, las disposiciones legales (por ejemplo, voluntades anticipadas), éticas y sanitarias. (Calvache, 2021 y Sánchez, 2006).

Desde el momento en que el cuidador es informado de que su familiar tiene cáncer, emergen en él sentimientos de impotencia y angustia debido a que establece una relación de esta enfermedad con la muerte; estas emociones tienden a ocultarse por el temor a desmotivar al mismo paciente y a sus otros familiares, lo cual le genera una carga emocional importante (Calderón, 2016).

El acompañamiento en esta etapa expone dilemas importantes que debe enfrentar el profesional de la salud, uno de ellos es la toma de decisiones asociadas al inicio o suspensión de tratamientos específicos de la enfermedad (Luna, 2021; Calvache 2021), escenario que va de la mano con el reto de enfrentarse a conversaciones difíciles con el paciente y sus familiares.

Algunos profesionales de la salud consideran que brindar acompañamiento durante la etapa de fin de vida —a pesar de generar una alta carga emocional—, tiene un sentido de propósito que se ve favorecido por la relación que se establece con la familia y con el paciente, cuando el objetivo del manejo terapéutico se enfoca en el confort (Pattison, 2013), a partir de la identificación de las necesidades del paciente asociadas a su entorno, cultura y creencias, para lo cual se requiere tiempo necesario y un genuino interés (Bradshaw, 2021).

La comunicación termina siendo un reto importante para el paciente. Se ha demostrado que la calidad de vida y de la muerte de pacientes con enfermedad avanzada mejoran cuando pueden expresar sus preferencias acerca de su tratamiento y cuidados médicos, tanto con el equipo médico como con sus familiares y cuidadores (Medina, 2020; Herrera, 2014). Es importante que puedan manifestar preocupaciones o deseos sobre el final de su vida, despedirse de sus seres queridos, resolver temas pendientes o incluso pedir ayuda para acelerar el fin de su vida. Varios pacientes también mencionan la importancia de mantener conversaciones sobre la muerte y fin de vida con las personas de su entorno (Olsson, 2010).

Se ha demostrado que cuando existe una alta carga de síntomas depresivos en el cuidador, esto repercute en la calidad de la atención reportada por los pacientes. Por tal motivo se resalta la importancia de integrar al cuidador en las intervenciones que permitan detectar la sobrecarga e intervenir de manera oportuna (Litzelman, 2016).

Estas intervenciones deben abarcar también el periodo de duelo, ya que luego del fallecimiento del paciente oncológico, quien ejercía el papel de cuidador lidia ahora con su dolor, además de tener que adaptarse a un mundo ya sin la presencia de su familiar (Rangel, 2018).

### **Psicoeducación y empatía**

Uno de los recursos existentes es el equipo de salud, quienes tienen dentro de su rol una tarea importante en la entrega de información al paciente a través de diversas estrategias de intervención y en la que enfermería juega un papel fundamental. Esta información debe aportarse de manera completa, veraz, oportuna, clara y planificada sobre las condiciones y necesidades particulares del paciente que forma parte de una familia y su entorno social y comunitario (De la Maza L. et al., 2015).

Con respecto a la forma de hablar, se espera que sea sosegado, que hable claro y preciso. Que exista un buen manejo del humor, que las intervenciones sean cordiales y afectuosas, naturales, sencillas, cooperativas y espontáneas. Si esto ocurre, se refleja en el profesional un interés sincero por los problemas de salud del paciente y eso a su vez, lo hará actuar con cautela al indagar sobre su intimidad y al reflexionar sobre los desaciertos ocurridos durante la entrevista. (Ruiz, R; Alvarez, M, 2017; Cuba, S, 2017; Yelamos, Cet.al, 2018).

De acuerdo con un estudio de Díaz-Morales et al. (2018), la educación en salud que se proporciona a los pacientes y padres o cuidadores es un componente importante de la quimioterapia, ya que se ha demostrado que beneficia e impacta positivamente a los

pacientes que la reciben. Las intervenciones educativas a menudo son proporcionadas por equipos multidisciplinarios con el objetivo de mejorar la atención al paciente.

La información debe aportarse de manera completa, veraz, oportuna, clara y planificada sobre las condiciones y necesidades particulares del paciente que forma parte de una familia y su entorno social y comunitario (De la Maza L. et al., 2015).

La buena comunicación que un profesional de la salud mantiene con su paciente, ha sido descrita por algunos autores (Alonso y Kraftchenko, 2012), como parte de la formación ética profesional. En estudios realizados para mejorar la comunicación de los diagnósticos fue analizado el cumplimiento de las tres funciones de la comunicación: informativa, regulativa y afectiva, y de la empatía como un mecanismo de comprensión mutua. La buena relación que un paciente establezca con quien sigue su tratamiento, aumenta la confianza y el compromiso y produce muchos beneficios para la salud física y psicológica de esa persona. Recibir un diagnóstico en un marco de buena relación con el profesional, es una oportunidad que le permite a la persona enferma, expresar su agrado o desagrado, su acuerdo o desacuerdo con la atención recibida, sin descuidar que esto también es una variable con la que se puede distinguir, en lo que hace a la práctica profesional, la satisfacción o no que tenga el médico, desarrollando su tarea. (Casanova, 2017).

La empatía, que facilita el conocimiento de los sentimientos, pensamientos y reacciones conductuales de una persona, es uno de los elementos que suelen influir en el tipo de apoyo (Carlson, Ottenbreit, Pierre y Bultz, 2001; Hope y Mills, 2013), lo que resulta fundamental sobre todo cuando se le brindan cuidados a alguien que sufre dolor o algún daño físico (Sánchez-Aragón y Martínez, 2016), como es el caso de los pacientes oncológicos.

En efecto, el trabajo empírico muestra que la empatía constituye un punto clave en el diagnóstico, tratamiento, atención y fase terminal del cáncer (Atici, 2006), al tiempo que mejora los resultados psicológicos de los pacientes oncológicos al aliviar su angustia psicológica porque favorece el sentirse escuchado, valorado, comprendido y aceptado (Hope y Mills, 2013; Rohani et al., 2018; Taleghani, Ashouri y Saburi, 2017).

Por lo tanto, la empatía no son solo los esfuerzos para comprender a otra persona, sino también por responder conductualmente, de una manera compasiva, al estrés o la angustia (Decety y Jackson, 2004; Eisenberg, 2000; O'Brien, DeLongis, Pomaki, Puterman y Zwicker, 2009), aunque es justamente la percepción de dicho estado la causa principal de esa acción (Berscheid, 2010). Cuando tales conductas tienen como propósito el bienestar, el florecimiento, el cuidado, la valoración y el respeto al otro, se habla entonces de amor compasivo, que incluye actitudes, acciones, expresiones y palabras

relacionadas con la entrega de sí mismo por el bien del otro (Underwood, 2009), todas ellas caracterizadas por la tolerancia, comprensión, honestidad, confianza y apoyo (Fehr, Harasymchuk y Sprecher, 2014; Fehr y Sprecher, 2009; Sprecher y Fehr, 2005; Underwood, 2002).

El trabajo realizado por Klimecki, Leiberg, Lamm y Singer (2013) respecto a la relación entre la empatía y la compasión muestra que mientras que la primera se asocia con afectos negativos, la segunda tiende a aumentar las experiencias afectivas positivas. Lo anterior, según Peters y Calvo (2014), sugiere que la compasión podría generar resistencia, incluso en las circunstancias más difíciles, ya que no entorpece la reacción emocional al dolor, sino que aumenta la capacidad de respuesta ante el sufrimiento; asimismo, y a pesar de su conexión con la contemplación del sufrimiento, tiende a aumentar el bienestar a través de la conexión social y la reducción del estrés, a diferencia de la angustia empática, que suele conducir al agotamiento. (Cruz y Sanchez, 2021).

### **Familia como factor protector en el Cáncer**

Los cuidadores familiares de personas con alguna enfermedad son llamados en ocasiones los segundos pacientes invisibles y resultan fundamentales para la calidad de vida de los beneficiarios de la atención (Brodaty y Donkin, 2009).

Una de las principales preocupaciones de los cuidadores es el ser competente en la realización de los cuidados. También es para ellos una preocupación importante el ser compasivos y amables en el trato con sus familiares enfermos (Sullivan et al., 2015).

Algunos estudios muestran que los cuidadores familiares perciben en los cuidadores formales una falta de empatía y de habilidades comunicativas (Domaradzki, 2016). En esa relación, toman especial relevancia el respeto, la empatía y la sinceridad (Dempsey et al., 2014).

Los familiares que se sienten comprendidos y apoyados perciben de una manera más positiva las tareas que deben realizar y tienen una mayor sensación de control personal (Domaradzki, 2016).

En cuanto a las intervenciones a realizar con los cuidadores familiares, existe evidencia sobre los beneficios que pueden dar a los cuidadores: intervenciones educativas, grupos de apoyo, influencia en el entorno social... Cualquier pequeña intervención realizada en el cuidador familiar, ha resultado efectiva (Huis In Het Veld et al., 2015; Noohi et al., 2016).

Es necesario priorizar la atención que se debe tener hacia el cuidador, quien debe ser integrado en los cuidados de soporte oncológico que recibe el paciente, además del



reconocimiento que merece su amorosa labor, y la necesidad de unión de otros familiares para ayudar a distribuir los cuidados (Castillo,2022).

### **Acción del psicólogo oncológico en la Prevención**

Para empezar a explorar este tema de prevención, el Psicólogo oncológico debe tener en cuenta que hacer prevención significa diseñar y poner en marcha un proceso activo y dinámico que involucre acciones que intenten fomentar la formación de los individuos, mejorando la calidad de sus vidas haciéndolos autónomos y partícipes en el enfrentamiento de riesgos de la enfermedad.

Ya que la prevención busca gestionar de la manera más efectiva estos riesgos para evitar daños y consecuencias negativas. En el marco de la protección social, la prevención es una estrategia para manejar o gestionar más efectivamente el riesgo social. Se pone en marcha antes de que el riesgo se manifieste y buscan reducir la probabilidad de que un choque adverso afecte la salud, la calidad de vida y el bienestar de las personas, los hogares y las comunidades. En este caso, los “choques” hacen referencia a los factores de riesgo que operan en los niveles macrosociales, microsociales y personales (UNODC, 2010).

Con todo esto la OMS en respuesta nos dice que en 2017, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA70.12 sobre la prevención y el control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado, en la que se insta a los Estados Miembros y a la OMS a acelerar la aplicación de medidas encaminadas a alcanzar las metas detalladas en el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2030 y la Agenda 2030 de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible a fin de reducir la mortalidad prematura por cáncer. (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Las estrategias de prevención se basan en disminuir los factores de riesgo (prevención primaria) y en el diagnóstico precoz del cáncer (prevención secundaria). Teniendo en cuenta que la exposición a los factores de riesgo, tanto sobre los que se tiene capacidad de modificación individual, por ejemplo, la actividad física, así como sobre los que no se tiene ninguna capacidad individual, por ejemplo, factores ambientales, son diferentes entre la población por nivel socioeconómico, por género, y otras variables sociales, y por tanto esto produce desigualdades en cáncer. Siempre que sea posible se deben priorizar las estrategias de prevención primaria y completar con estrategias de prevención secundaria. Y desarrollar estrategias para que las políticas de prevención beneficien a toda la población y no contribuyan a mantener estas desigualdades en la exposición y en la enfermedad (Salas,2013).

En los últimos años el campo de actuación por excelencia ha sido la prevención y control del cáncer. Los factores que favorecen y predisponen que aumente la probabilidad de desarrollar una enfermedad son los denominados factores de riesgo. En el cáncer estos factores pueden ser tanto endógenos como exógenos: Dieta, falta de ejercicio, hábitos no saludables (mala alimentación, sedentarismo, obesidad, consumo y abuso de tabaco y alcohol), radiación ultravioleta, agentes infecciosos (virus, bacterias, parásitos), exposición a agentes contaminantes o sustancias químicas y ciertos medicamentos o tratamientos farmacológicos (ej.: hormonas anticonceptivas) son algunas causas que pueden llevar al desarrollo de esta enfermedad. Conocerlas puede suponer un avance de cara a la prevención (Wild et al., 2020).

Hay evidencia de que algún tipo de actividad física regular se asocia con una reducción en el riesgo de cáncer de colon, el cáncer de mama, endometrio y próstata (Boyle,2003), (Martin,2003).

Varios estudios epidemiológicos indican un efecto protector de un mayor consumo de verduras y frutas en el riesgo de una amplia variedad de cánceres, especialmente en el esófago, estómago, colon, recto y páncreas. ( World Cancer Research Fund, 2007).

## **CONCLUSIONES**

Como resultado de la revisión llevada a cabo en este trabajo, se puede señalar que los psicólogos oncológicos deben tener herramientas para el trabajo como preventólogos y psico educadores capaces de identificar problemas, eligiendo las estrategias más adecuadas para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

Esto se puede lograr de manera efectiva dando importancia al Ser, poniendo interés en los pacientes, enterarse de causas, síntomas y procesos, estar en el momento oportuno, con técnicas y estrategias apropiadas para la prevención y psicoeducación.

También ayuda en el buen desempeño, el analizar las teorías y modelos surgidos de estudios, investigaciones y experiencias sistematizadas, sin dejar de lado los aspectos socioculturales que deben tomarse en cuenta en toda intervención.

Recordar siempre la importancia del componente psicológico y psicoeducativo desde la prevención, diagnóstico, tratamiento en todas las fases de la enfermedad, supervivientes y en fase terminal y el conocer el papel que juegan los eventos estresantes, el manejo de emociones, la depresión y la personalidad en la aparición y desarrollo del cáncer. Es el papel fundamental del trabajo del psicólogo oncológico, el mejorar el perfil emocional y calidad de vida, ayudar a los pacientes en el proceso de afrontamiento y

adaptación a la enfermedad, ofrecer más apoyo psicológico y estrategias de intervención propias de la psicología oncológica (multidisciplinar: clínica, de la salud, social, experimental, educativa, etc.).

Por eso son tan significativos los aportes desde la teoría en los Modelos Cognitivo-Conductuales que son los más utilizados, ya que permiten identificar y modificar temores, ansiedades, tristezas y conceptualizaciones distorsionadas, reevaluando y modificando los pensamientos consecuentemente.

Es fundamental conocer antes de la intervención las preocupaciones, temores, psicopatología premórbida, sistemas de apoyo, estabilidad en sus relaciones y significado que atribuye al proceso.

Para los psicólogos en psicooncología la terapia cognitiva nos ayuda a enfocar el pensamiento hacia el positivismo y la esperanza a la hora de interpretar y entender la enfermedad siempre que el paciente tenga múltiples pensamientos, creencias, ideas o conceptos deformados, irracionales o inapropiados respecto a su enfermedad y situación.

Pensar más en la mejora de la calidad de vida a nivel psicológico y en algunos casos físicos e inmunológicos para tener una mejor intervención psicoterapéutica siendo efectiva con relación al afrontamiento y bienestar emocional.

Todo esto nos lleva a seguir formándonos y a entrenar formadores en psicoeducación y prevención teniendo la capacidad de trabajar en equipo donde confluyen los diferentes especialistas participando en el desarrollo interdisciplinario y multidisciplinario. Debemos transmitir coherencia entre lo que pensamos y hacemos, entre la teoría que se enuncia y la puesta en práctica, generando esfuerzos inductivos y deductivos en el trabajo con la población oncológica y su entorno familiar y social.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- Alonso, M y Kraftchenko. O. (2012). Educación Medica Superior. <http://www.riepel.org/deloslectores819Acosta.PDF>.
- American Society of Clinical Oncology (2018). Why is Survivorship? Alexandria, VA: ASCO. <https://www.cancer.net/survivorship/what-survivorship>.
- Atici, E. (2006). Cancer and empathy. *Journal of the International Society for the History of Islamic Medicine*, 5(10), 83-86.
- Berscheid, E. (2010). Love in the fourth dimension. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 1-25. Doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100318.
- Boyle, P., Autier ,P., Bartelink,.H, Baselga,J, Boffetta, P, Burn, J, et al. (2003).European Code Against Cancer and scientific justification: third version *Annals of Oncology*. 14: 973-1005.
- Blanco R., M.S. y Navia, V. (1986). Factores psicosociales y cáncer: una revisión crítica. *Estudios de Psicología*, 7(25), 3-35. Doi: 10.1080/02109395.1986.10821445.
- Bradshaw, A, Dunleavy, L, Walshe, C, et al. (2021).Understanding and addressing challenges for advance care planning in the COVID-19 pan- demic: An analysis of the UK CovPall survey data from specialist palliative care services. *Palliat Med.*;35(7):1225-37. doi: <https://doi.org/10.1177/02692163211017387>
- Brodaty, H.; Donkin, M. (2009). Family Caregivers of People with Dementia. En: *Clinical Research.*, 11, 2. 533-545.
- Cabrera, M.Y., López G., E.J., López C., E. y Arredondo A., B.C. (2017). La psicología y la oncología: una unidad imprescin- dible. *Revista Finlay*, 7(2), 115-127.
- Calderón, S, Cardona, J, Echenique, D, Fonseca, A. (2016). Percepción de cuidadores informales frente a la experiencia de cuidado de una persona adulta en cuidado paliativo con patología oncológica, asistentes al cjo 1 [tesis de pregrado]. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/21096/CalderonRochaS-tephany2016.pdf?sequence=1>
- Calvache, JA, Moreno, S, Prue, G, Reid ,J, Ahmedzai, SH, Arango, A, et al. (2021).Knowledge of end-of-life wishes by physicians and fami- ly caregivers in cancer patients. *BMC Palliat Care*. Dec 10;20(1):140. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00823-1>.
- Carlson, L., Ottenbreit, N., Pierre, M. y Bultz, B. (2001). Partner understanding of the breast and prostate cancer experience. *Cancer Nursing*, 24(3), 231-239. doi: 10.1097/00002820-200106000-00010.
- Casanova, J. (2017). Factores asociados en la percepcion mel medico sobre la relacion medico paciente. *Horiz. Med.* 17(3).
- Castilloa, L. A., Arango-Gutiérrezc, A., & De Vriesd, E. (2022). Fin de vida del paciente oncológico: percepciones de pacientes, familiares y médicos. *Journal of Anesthesiology*, 50, e1024.

- Castañeda Córdoba, E. R., & Morales Lora, Y. (2022). Programa de educación para la salud en cuidadores de pacientes oncológicos pediátricos de una IPS de Cali (Doctoral dissertation, Universidad Santiago de Cali).
- Cruz-Vargas, D. J., & Sánchez-Aragón, R. (2021). Empatía y amor compasivo en el bienestar subjetivo y resiliencia de pacientes con cáncer y sus parejas. *Psicología y Salud*, 17-30.
- Cruzado, J. (2003). La formación en psicooncología. *Psicooncología*, 0(1), 9-19
- Cuba, S, y Campuzzano, J. (2017). Explorando al salud , la dolencia y la enfermedad. *Rev. Med. Hered.*; 28.
- Decety, J. y Jackson, P.L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100. Doi: 10.1177/1534582304267187.
- Dempsey, C., et al. (2014). Reducing Patient Suffering through Compassionate Connected Care. En: *The Journal of Nursing Administration.*, (44)10, 517-24.
- De la Maza L., V., Fernández C., M., Concha R., L., Santolaya D., M. E., Villarroel C., M., Castro C., M., & Torres T., J. P. (2015). Impacto de un programa educativo a los padres de niños con cáncer en el aumento del conocimiento de la enfermedad de sus hijos y la disminución de la ansiedad. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(5), 351-356. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.027>
- Díaz-Morales, K., Reyes-Arvizu, J., Morgado-Nájera, K., & Everardo-Domínguez, D. (2018). Síntomas en niños con cáncer y estrategias de cuidado familiar. *Revista Cuidarte*, 10(1). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.597>
- Domaradzki, J. (2016). Family Caregivers' Experiences with Healthcare Services—A Case of Huntington Disease. En: *Psychiatria Polska*. 50, 2. 375-391.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 665-697. Doi: 10.1146/annurev.psych.51.1.665.
- Fehr, B., Harasymchuk, C. y Sprecher, S. (2014). Compassionate love in romantic relationships: A review and some new findings. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(5), 575-600. Doi: 10.1177/0265407514533768.
- Fehr, B. y Sprecher, S. (2009). Prototype analysis of the concept of compassionate love. *Personal Relationships*, 16(3), 343-364. Doi: 10.1111/j.1475-6811.2009.01227.x.
- Hernández, M., Cruzado J. A., Arana, Z. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología*, 4(1),179-91.
- Herrera, A., Ríos, M., Manríquez, JM, Rojas G. (2014). Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Rev Med Chil.*142(10):1306- 15. doi: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000011>.

- Hope, S.L. D. y Mills, B.J. (2001). Developing empathy to improve patient care: a pilot study of cancer nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 7(3), 146-150. Doi: 10.12968/ijpn.2001.7.3.8913.
- Huis in het veld, J. G., et al. (2015). The Effectiveness of Interventions in Supporting Self-Management of Informal Caregivers of People with Dementia: A Systematic Meta Review. En: *BMC Geriatrics*. (15)1, 147.
- Klimecki, O., Leiberg, S., Lamm, C. y Singer, T. (2013). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cerebral Cortex*, 23(7), 1552-1561. Doi: 10.1093/cercor/bhs142.
- Litzelman, K., Kent, EE., Mollica, M., Rowland, JH. (2016). How does caregiver well-being relate to perceived quality of care in patients with cancer? Exploring associations and pathways. *J Clin Oncol*. 34(29):3554-61. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.67.3434>
- Luna, A. Godoy, N., Calvache, JA, et al. (2021). Decision making in the end- of-life care of patients who are terminally ill with cancer – a qualitative descriptive study with a phenomenological approach from the experience of healthcare workers. *BMC Palliat Care*.;20(1):76. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00768-5>.
- Martín, JM. (2003). El código europeo contra el cáncer. Tercera revisión Insistiendo y avanzando en la prevención del cáncer. *Rev esp salud pública*. 77: 673-9.
- Medina, MA. (2020). Deseos al final de vida en pacientes con cáncer no curable: un abordaje desde la perspectiva del paciente [tesis de maestría].
- Miller, K.D., Nogueira, L., Mariotto, A.B., Rowland, J.H. Yabroff, K.R., Alfano, C.M. y Siegel, R.L. (2019). Cancer treatment and survivorship statistics, 2019. *Cancer Journal for Clinicians*, 0(0), 1-23. Doi: 10.3322/caac.21565.
- Noohi, E., et al. (2016). Perception of Social Support among Family Caregivers of Vegetative Patients: A Qualitative Study. En: *Consciousness and Cognition*.41, 150-158.
- O'Brien, T.B., DeLongis, A., Pomaki, G., Puterman, E. y Zwicker, A. (2009). Couples coping with stress. *European Psychologist*, 14(1), 18-28. Doi: 10.1027/1016-9040.14.1.18.
- Olsson, L, Östlun, G. Strang, P. Jeppsson, E, Friedrichsen, M. (2010). Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care. *Int J Palliat Nurs*. ;16(12):607-12. doi: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.12.607>
- Organización Mundial de la Salud. (4 de febrero de 2018). *Tópicos acerca del cáncer*. Obtenido de [www.who.int/topics/cancer/es/](http://www.who.int/topics/cancer/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2 de febrero de 2022). Datos y cifras. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- Pattison, N. Carr, SM. Turnock, C. Dolan, S. (2013). Viewing in slow motion?: patients', families', nurses' and doctors' perspectives on end-of- life care in critical care. *J Clin Nurs*.;22(9- 10):1442-54. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12095>

- Peters, D. y Calvo, R. (2014). Compassion vs. empathy: designing for resilience. *Interactions*, 21(5), 48-53. Doi: 10.1145/2647087.
- Rangel RL, Ramírez OJG. (2018). Experience of caregivers of relatives who died of cancer: Pain they must learn to overcome. *Aquichan*. 18(4):395-406. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.4.2>
- Rohani, C., Sedaghati-Kesbakni, M. y Mohtashami, J. (2018). Clinical empathy with cancer patients: a content analysis of oncology nurses' perception. *Patient Prefer Adherence*, 12, 1089-1098. Doi: 10.2147 / PPA.S156441.
- Rojas-Jara, C. y Gutiérrez, Y. (2016). Aproximaciones en psicooncología: una breve revisión. En C. Rojas-Jara y Y. Gutiérrez (Eds). *Psicooncología: Aportes a la Comprensión y la Terapéutica*, 1, 29-47
- Ruiz, R., Alvarez, S. (2017). La interfaz comunicacion clinica-etica clinica: implicaciones para la educacion medica. *Educacion Medica*. 18(2).
- Salas, D., & Peiró, R. (2013). Evidencias sobre la prevención del cáncer. *Revista Española de sanidad penitenciaria*, 15(2), 66-75.
- Sánchez, R. y Martínez P., M. (2016). Empatía en el contexto romántico: diseño y validación de una medida. *Universitas Psychologica*, 15(1), 19-28. Doi: 10.11144/Javeriana.upsy15-1.ecrd.
- Sánchez, C., Romero, AL. (2006). Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia (I). *Med Paliativa*. 13(4):207-2015.
- Sullivan, B. J., et al. (2016). Competence, Compassion, and Care of the Self. En: *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 31, 1, p. 209.
- Taleghani, F., Ashouri, E. y Saburi, M. (2017). Empathy, burnout, demographic variables and their relationships in oncology nurses. *Iran Journal of Nursing Midwifery Research*, 22(1), 41-45. Doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR\_66\_16.
- Underwood, L.G. (2002). The human experience of compassionate love: Conceptual mapping and data from selected studies. En S. G. Post, L. G. Underwood, J. P. Schloss y W. B. Hurlbut (Eds.): *Altruism y altruistic love: Science, philosophy and religion in dialogue* (pp. 72-88). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Underwood, L.G. (2009). Compassionate love: a framework for research. En B. Fehr, S. Sprecher y L. G. Underwood (Eds.): *The science of compassionate love: Theory, research, and applications* (pp. 1-25). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Yélamos, C, et.al.( 2018). Experiencia del paciente: una nueva forma de entender al paciente oncológico. *Psicooncología*.
- Wild, C. P., Weiderpass, E. y Stewart, B. W. (2020). World cancer report: cancer research for cancer prevention. International Agency for Research on Cancer.
- World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research.(2007). *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. Washington DC: AICR.