

**Formulario para la elaboración de resúmenes de tesis/trabajos finales.**

Título: Conspiración del silencio y terapia racional emotiva. El caso de un adolescente con leucemia linfoblástica aguda. ¿Como impacta en el paciente, la familia y el equipo tratante la decisión de no informar un diagnóstico oncológico

Autor: Carolina Hernández Contreras

Director: Dra. María Bosnic

Fecha: Agosto, 2015

Tema: Conspiración del Silencio y Terapia Racional Emotiva Conductual.

**1. Introducción**

El presente escrito corresponde al trabajo final integrador de la Especialización en Psico-Oncología que se dicta en la Universidad Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), el cual desarrolla la conspiración del silencio que se despliega ante un diagnóstico oncológico, donde se aborda desde la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis.

Actualmente la palabra cáncer es sinónimo de muerte, por lo que al escucharla genera un estrés emocional y funcional dando como resultado una situación difícil y complicada de sobrellevar tanto para el paciente como para la familia.

Ante lo anterior, muchas veces la familia y el paciente desconocen que vía tomar o cómo manejar la situación. Mucci (2004) afirma que la función principal en el proceso terapéutico es el esclarecimiento de la información el cual debe darse de acuerdo a la necesidad de cada uno de los pacientes. Cuando lo anterior no se desarrolla, se crea un ambiente de represión de emociones y sentimientos donde el paciente se aísla emocionalmente.

En el presente trabajo, se detallará el caso de Alejandro, un adolescente diagnosticado con Leucemia Linfoblástica Aguda, donde su madre, (quien recibió el diagnóstico), impide al equipo médico que a su hijo se le comunique de su estado de salud.

La comunicación abierta, respetuosa y sincera con el paciente es fundamental en el abordaje de la enfermedad, por lo cual es primordial combatir el ocultamiento de información. Por consiguiente el presente trabajo gira sobre las siguientes preguntas: ¿En qué consiste la conspiración del silencio? y ¿Cómo abordar este tipo de problemática desde la Terapia Racional Emotiva Conductual?

El propósito de este trabajo es el de conocer en profundidad esta problemática y exponer las consecuencias que esta situación genera para poder abordarla. Además se intenta explicar y abordar la conspiración del silencio desde la Terapia Racional Emotiva Conductual señalando posibles beneficios que puede aportar a los pacientes oncológicos y también a sus familias

Dentro de los objetivos generales encontramos la caracterización de la conspiración del silencio desde la terapia racional emotiva conductual y el describir el abordaje psicoterapéutico de una situación de conspiración del silencio desde la terapia racional emotiva conductual. Y como objetivos específicos está el indagar las causas que llevan al ocultamiento de la información por parte de la familia al paciente, identificar y describir las problemáticas que genera la conspiración del silencio tanto para el paciente como a su familia, reflexionar sobre la importancia de una buena comunicación entre paciente, familia y equipo tratante.

Por último, respecto a las técnicas de recolección de datos se utiliza el análisis de contenido de fragmentos de entrevista con Alejandro y con su familia. También se utilizan datos de la historia clínica.

Respecto al desarrollo de los capítulos que se presentan en el trabajo, en primer término se exponen algunos conceptos y descripciones relacionadas con el enfoque cognitivo conductual. A continuación, se conceptualiza la conspiración del silencio, se formula su definición, las consecuencias que conlleva esta forma de proceder, y los posibles factores etiológicos que la desencadenan. Posteriormente se presenta el caso clínico elegido, una breve explicación sobre la Leucemia linfoblástica aguda junto con su tratamiento y por último en este apartado se describen los fragmentos de entrevistas que serán analizarlos. Finalmente se exponen las Conclusiones y se presentan las Referencias Bibliográficas consultadas.

## **2. Antecedentes y Planteo teórico**

El enfoque cognitivo conductual comprende todos los conocimientos, habilidades y técnicas psicológicas capaces de solucionar, total o parcialmente, aquellas complicaciones psicológicas u orgánicas que se presentan en la evolución y tratamiento de una enfermedad. (Moreno, Nassar & Vargas, 2011)(Prieto, 2004).

Este modelo puede entenderse como un método colaborativo que parte del supuesto, según el cual, toda persona cambia su manera de pensar rápidamente, si la razón del cambio proviene de su introspección. (Hernández & Sánchez, 2007).

La Terapia Racional Emotiva Conductual fue fundada por Albert Ellis a comienzos de la década de los 60', y es la pionera de las terapias de reestructuración cognitiva.

Para la explicación de esta teoría Hernández & Sánchez (2007) presentan el esquema A-B-C, en el que figuran los principios de pensamiento racional y emocional, reacciones emocionales y conductas que tienen las personas. Este esquema afirma que (A) es el acontecimiento activador suceso o situación. Puede ser una situación, acontecimiento externo o suceso interno. (B) representa, en principio, el sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el sistema cognitivo. Por último, (C) representa la consecuencia o reacción que genera (A).

Por consiguiente los acontecimientos activadores (A) no generan consecuencias emocionales o conductuales (C), sino que es el individuo el que produce sus propias consecuencias a través de su sistema de creencias (B).

Hay dos tipos de creencias: las **racionales** son probabilísticas, preferenciales o relativas, y se expresan en forma de deseos y gustos en términos de: “me gustaría”, “quisiera”, “preferiría”. Ahora bien, cuando estas no se presentan los sentimientos negativos de insatisfacción no impiden el logro de nuevos objetivos y propósitos. Y las **irracionales** son las absolutas y dogmáticas que se expresan como obligación, necesidad imperiosa o exigencia en términos de: “debo de”, “tengo que”, “estoy obligado”, etc., de tal forma que la no realización de estas demandas provoca emociones negativas inapropiadas que interfieren en la persecución y obtención de metas.

De los “tengo que”, “debo de”, Caballo, Ellis & Lega (1998) explican que se derivan tres conclusiones irracionales nucleares, descritas inicialmente por Beck, a las que se unen otras creencias evaluadoras que genera el pensamiento absolutista y rígido:

- **Tremendismo:** tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, a percibirlo como mas de un 100% malo: "Esto no debería ser tan malo como es".
- **Baja Tolerancia a la Frustración:** se califica la situación como insufrible, ya que la persona considera que no puede experimentar ninguna felicidad. Se expresa como: "no puedo soportar esto".
- **Condenación/Culpabilidad:** consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos a sí mismo o a otros, sin justificación suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen a los acontecimientos: "*Todo es por mi culpa*".
- **Sobregeneralización:** consiste en obtener una conclusión general de un hecho particular. De esta manera, si la situación se presenta nuevamente en el futuro la persona piensa que va a tener el mismo resultado que la primera vez. Se acompaña de términos: "*Todo...Nadie...Nunca...Siempre...Todos...Ninguno*".
- **Pensamiento polarizado:** consiste en valorar los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta los aspectos intermedios. Las cosas se valoran como buenas o malas, blancas o negras, olvidando grados intermedios: "*Siempre me pasan cosas malas*".
- **Falacia de control:** la persona considera, en grado extremo, tener el control sobre los acontecimientos de su vida. Por esta razón suele creerse competente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien en el otro extremo, se ve impotente y sin ningún control sobre los acontecimientos de su vida: "Yo soy el responsable del sufrimiento de las personas que me rodean", "No puedo hacer nada por".
- **Falacia de justicia:** consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con los propios deseos: "Es injusto que me esté pasando esto".

En el campo de la oncología esta terapia pretende favorecer un cambio de pensamiento enfocado hacia el positivismo y la esperanza, en la manera de interpretar y comprender la enfermedad siempre y cuando el paciente se encuentre invadido por pensamientos, creencias, ideas o conceptos deformados, irracionales o inapropiados, acerca de su enfermedad y su verdadera situación.(Prieto, 2004).

En esta población se utiliza como recurso terapéutico la estrategia del debate de la TREC, que consiste en una conversación, al estilo del diálogo socrático, con el fin de hacer consciente el carácter irracional de algunas ideas que la persona mantiene arraigadas. En algunos casos es necesario simplificar el debate y ofrecer lo que Ellis denomina: "*la idea alternativa*", que es una forma de encontrar otra mirada para un hecho. (Gomez, 2014).

Esta Terapia en pacientes oncológicos y familiares es relativamente nueva, por lo cual no hay muchas investigaciones que reflejen el trabajo con esta población. Sin embargo, esto no significa que no se la emplee. Por el contrario, muchos psicólogos la ponen en práctica sin saber que están recurriendo a ella.

## **CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO**

Según Arraz, Barbero, Barreto y Bayés (2013), la conspiración del silencio “*se trata de un acuerdo implícito o explícito de alterar la información al paciente por parte de sus familiares, amigos y/o profesionales sanitarios con el objetivo de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación*”. (p. 98).

Hay dos tipos de conspiración: conspiración adaptativa y desadaptativa. La primera hace referencia a la circunstancia en la que el mismo paciente evita la

información o la niega; mientras que la segunda se refiere a la situación en la que el paciente quiere conocer lo que le sucede, pero la familia no desea que la conozca, por lo cual esto se convierte en una coyuntura de mutuo engaño en donde ambas partes actúan como si nada estuviera ocurriendo. (Arraz, Barbero, Barreto y Bayés, 2013)

La conspiración del silencio también se puede presentar a partir de la dificultad que pueden tener los profesionales de dar malas noticias; dificultad en la comunicación de situaciones difíciles o también problemas a la hora de afrontar las propias emociones. (Bermejo, Villacieros, Carabias, Sánchez y Díaz, 2011).

Por otra parte, es importante saber que la familia es el marco de pertenencia y referencia de la persona, y que se ve afectada cuando uno de sus miembros experimenta algún cambio debiendo reorganizar su estructura como también diversas funciones del sistema familiar.

Casero & Cerezo (2011) señalan que a la hora de intervenir en una situación de conspiración del silencio es importante discernir entre dos dimensiones:

- Cuando la familia rechaza que se comunique la gravedad de la situación clínica del enfermo.
- Cuando la familia evita la comunicación abierta con el enfermo sobre su verdadera situación, aunque el paciente esté informado.

En el estudio de Ruiz y Coca (2008) llamado, "*El pacto del Silencio en los Familiares de los Pacientes Oncológicos con Cáncer*"; la razón mas importante para ocultar la gravedad de la situación al paciente, es el miedo a las repercusiones negativas que puedan derivarse de la revelación de la verdad: depresión, pérdida de interés por la vida, locura, empeoramiento del estado físico y sufrimiento innecesario.

## **Respuesta de los padres frente a la enfermedad de los hijos**

El diagnóstico de enfermedad en un hijo actúa como una agresión en los padres, especialmente si se está hablando de un padecimiento crónico o grave.

Es en sí una experiencia estresante y devastadora el cual es un elemento que desestabiliza a cualquier familia independientemente de la capacidad de adaptación a las situaciones de crisis.

La reacción de los progenitores ante el diagnóstico del hijo está acompañado de diversas emociones intensas de angustia incredulidad, rabia, temor, culpa, miedo, etc. En la mayoría de los casos, estos sentimientos se acompañan de una tendencia muy marcada al aislamiento de las relaciones familiares cerrándose a todo apoyo que venga del exterior.

Molina (1989) explica que los padres tienen frecuentes respuestas defensivas ante la situación que amenaza la salud del hijo, con el inconveniente de eliminar el beneficio de la angustia útil que prepara a la persona para enfrentarse a situaciones difíciles. Dentro de las respuestas defensivas que expone este autor respecto a los padres que tienen hijos con una enfermedad se encuentran las siguientes:

- **Sentimiento de culpa:** puede ser expresado de manera directa, estar basado en hechos reales o corresponder de manera exclusiva a una fantasía. Estos pueden ser asumidos por los padres, ser desplazados a otras personas a las que se les responsabiliza la enfermedad del menor de edad o sentir que otras personas los acusan, cuando en realidad son ellos mismos que se hacen reproches.



- **Negación:** es la defensa que consiste en no enterarse de lo que produce angustia y dolor. En muchos casos, por más clara que resulte la información, los padres no se enteran de ella porque no quieren hacerlo y para no sufrir. Solo están dispuestos a oír lo que puede ser optimista, pero filtran las malas noticias. A veces sucede que los padres de familia comprenden las malas noticias, para negarlas después, generando una anulación de la información, es decir que borran lo que se había aceptado anteriormente. Ambas conductas deben ser trabajadas psicoterapéuticamente porque dan como resultado el alejamiento de los padres de su realidad e impiden la preparación emocional para futuras situaciones.
- **Aislamiento afectivo:** es una respuesta defensiva que se caracteriza por separar lo intelectual de lo afectivo. En ciertas ocasiones está acompañada de desplazamiento que lleva a desviar la emoción a otra situación diferente y más tolerable.
- **Omnipotencia:** es la respuesta para no ponerse en contacto con una limitación. El sujeto se cree todopoderoso cuando se siente impotente, se cree perfecto cuando en realidad siente que está lleno de defectos. Muchas veces los padres sienten que controlan todos los factores de la vida, por lo que al tener un hijo enfermo se preguntan que hicieron mal. Como esto no es posible aparecen sentimientos de culpa inconscientes. Esto se refleja cuando los padres sienten, respecto de la información del diagnóstico y especialmente del pronóstico, que se están enfatizando los aspectos más desfavorables, por lo cual ellos contrarrestan con palabras que los anulen, o también ven el pronóstico como un fracaso para los médicos.
- **Proyección:** es el intento de poner en otra persona las emociones que se sienten y que no se quieren sentir, igual que en el sentido cinematográfico

significa ver, poner en otra parte, como en una pantalla, lo que está dentro de uno.

La enfermedad oncológica del hijo supone un reto para los padres. Ellos deben armonizar los esfuerzos por el cuidado del hijo enfermo con la atención de sus propias necesidades y las del resto de la familia. En algunas familias la enfermedad fortalece la relación de los padres, y hace que aumente el aprecio mutuo.

### **3. Materiales y Métodos**

El presente trabajo es un estudio de caso único. La unidad de análisis elegida trata de un adolescente de 15 años llamado Alejandro, quien recibe el diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda.

Este caso es elegido en tanto muestra claramente la conspiración del silencio en el caso particular de un paciente menor de edad, situación iniciada por la madre del adolescente desde la sobreprotección que ejerce sobre su hijo y a partir de diversos pensamientos irracionales desde los que justifica su proceder. Pensamientos que serán descriptos desde la TREC.

El trabajo se realiza a partir de un enfoque metodológico cualitativo, con alcance descriptivo y presenta un diseño no experimental. Se habla de cualitativo en tanto se parte de la observación y registro de un caso clínico; en tanto que el alcance descriptivo hace referencia a que se caracteriza en forma exhaustiva la unidad de análisis y su contexto. Respecto al diseño, no se efectúa ningún tipo de manipulación de la variable ni tampoco de la unidad analizada, por lo cual se trata de un diseño no experimental.

Respecto a las técnicas de recolección de datos se utiliza el análisis de contenido de fragmentos de entrevista con Alejandro y con su familia. También se utilizan datos de la historia clínica.

#### **4. Resultados y Discusión (lo que surja del análisis)**

Alejandro es hijo único y tiene 15 años. Es un adolescente que no tiene amigos, y se muestra bastante aislado socialmente. Su pasatiempo es leer y estar sólo en su cuarto escuchando música. Actualmente vive en la Provincia de Buenos Aires junto a su madre María (36 años) y padre Mauro (38 años)

Después de presentar diversos malestares, se le diagnostica a Alejandro Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA).

LLA es una enfermedad neoplásica que resulta de una proliferación clonal de precursores linfoides (linfoblastos) que infiltran la médula ósea, lo cual produce un grado variable de pancitopenia que puede llegar a comprometer diferentes órganos y/o sistemas.

La razón principal de los padres de Alejandro al ocultarle el diagnóstico es porque están seguros que este no va a poder afrontar el diagnóstico.

De acuerdo a los fragmentos de entrevista realizada a los padres de Alejandro y a este mismo, se percibe interpretar desde la Terapia Cognitiva Posracionalista donde Vittorio Guidano plantea su teoría sobre la Organización de Significado Personal, que Alejandro presenta una organización de significado personal fóbica donde el miedo es su principal característica. Se habla de miedo, ya que existe un excesivo vínculo con una madre demasiado preocupada, excesivamente

involucrada con la vida de su hijo, como si fuese la propia, quien no le permite explorar y no lo deja hacer nada por propia iniciativa. Lo anterior da como resultado que todo lo que es nuevo, es peligroso y amenazante, dando como resultado una percepción de sí mismo como alguien frágil que no puede habitar el mundo sin una figura de protección. (Ruiz, 2007).

La actitud de María se conoce como *falacia de control*, ya que ella considera tener el control sobre los acontecimientos de la vida propia y también de los demás.

En torno a su enfermedad Alejandro nos dice lo siguiente: *“No sé mucho.. Sólo sé que tengo un bichito en la sangre y que lo están matando... y eso me da miedo...No quiero saber mas. Lo que me ponen es solo por una semana. Si sigo aquí por más tiempo será porque no me voy a curar, y me voy a morir. Mi mamá esta mejor si yo no sé lo que tengo... por esto no quiero saber más”*.

En esta respuesta se observa que Alejandro está condicionado por su madre quien cree que con su proceder lo está protegiendo. Él percibe el temor que ella tiene, además conoce la situación vivida a causa de la enfermedad de su abuelo, y sabe que esta situación le produce dolor a su madre.

Si no existiera ocultamiento de la información este espacio le brindaría a Alejandro la oportunidad de comunicar lo que siente y piensa acerca de la enfermedad y de lo que le está ocurriendo, entre otros interrogantes y cuestionamientos que podría expresar.

Posteriormente se realiza un encuentro a solas con María con la intención de explorar sus temores, necesidades y preocupaciones, donde María expresa que su mayor temor es perder a su hijo. Comenta que está reviviendo la misma situación que vivió con su padre, y que todo esto le produce nostalgia.

Dentro de las demandas de los “*debo de*” y “*tengo que*” María manifiesta desde el primer encuentro condenación/ culpabilidad por el diagnóstico, es decir, siente que no lo ha cuidado bien ni le ha dado la suficiente atención. Así es que se etiqueta como una “mala madre”. De aquí se puede decir que proviene la sobreprotección hacia su hijo con el objetivo de que no vuelva a suceder “algo malo” en su familia. Además, ella ha dedicado su vida a Alejandro, por lo cual no se explica qué es lo que hizo mal para recibir un diagnóstico de tal magnitud, situación que le genera enojo.

Conjuntamente se refleja un sentimiento de culpa, como lo formula Molina (1989), que es frecuente como respuesta defensiva ante una situación que amenaza la salud del hijo con el propósito de eliminar la angustia.

Asimismo aclara que Alejandro tiene baja tolerancia a la frustración, quizás porque siempre ha tenido todo sin esfuerzo. Comenta que es un chico consentido, que no sabe luchar, por lo cual se va a rendir, y que no va a querer realizar el tratamiento.

Este pensamiento conduce a dos direcciones: la primera hace pensar que de antemano María desestima los recursos con los que su hijo puede contar para afrontar la enfermedad; y la segunda dirección hace referencia a una proyección de incapacidad dirigida hacia su hijo, cuando dice que podrá hacerle frente a la situación, mientras es ella misma la que no puede volver a tener contacto con la enfermedad oncológica dado que vivió un proceso similar con el fallecimiento de su padre.

En estos dichos se advierte la *sobregeneralización* al pensar que su hijo se va a morir al igual que su propio padre. Este es su gran temor. Además se observa cierto reclamo hacia ella misma en relación a la educación de su hijo, respecto a que nunca le ha faltado nada. Por cierto esto está íntimamente relacionado con su

comportamiento y con el hecho de percibirlo como un niño indefenso y sin capacidad de manejar un diagnóstico oncológico, y menos aún lo considera preparado para decidir por sí mismo como afrontar la enfermedad.

Al pensar en la muerte de su padre y en la posible pérdida de su hijo María está manifestando metas o ideales altamente exigentes hacia ella misma y su familia que le imponen el mandato de “salvar a su hijo”. (ya que anteriormente no pudo salvar a su padre)

El estilo de personalidad de María presenta características de narcisismo secundario. Se advierte en el sentimiento de omnipotencia donde Molina (1989) lo describe cuando una persona que se cree todopoderosa, a pesar que en realidad se siente impotente frente a la situación de tener un hijo enfermo, situación en la que se pregunta ¿qué hice mal?, por lo que al no tener respuesta aparecen sentimientos de culpa. Además refleja una conducta desafiante e intimidante, con su presencia cuidadora y controladora, como una especie de guardián del silencio ante la enfermedad que dificulta al equipo médico su estrategia de abordaje.

Nuevamente se observa la *falacia de justicia* cuando María expresa que es injusto todo lo que les ha sucedido, fundamentalmente al unir las dos circunstancias más importantes y penosas de su vida: la correspondiente a la enfermedad y muerte de su padre, el divorcio, y la situación actual con su hijo.

Luego de trabajar en relación a estos temores a través del debate y cuestionándole a María sus pensamientos irracionales, acepta que Alejandro sea informado. Comprende que tiene derecho de conocer su situación, como también de decidir y elegir sobre diferentes cuestiones que se presentarán en el proceso. Su única condición es que ella será quien le dará esta información.

Si bien se trabajó con María sólo desde el debate (perspectiva de la TREC) hubiera sido de gran enriquecimiento utilizar otras técnicas cognitivas-conductuales o emotivas que ofrece la terapia, como por ejemplo la biblioterapia, la relajación y la imaginación racional emotiva.

## **5. Conclusiones / Recomendaciones**

La conspiración del silencio puede presentarse en cualquier etapa de la evolución de la enfermedad. Respecto a los que la llevan a cabo la justifican como una forma de protección hacia paciente y también hacia ellos mismos. No obstante, las consecuencias no son las mejores. Por ejemplo una de ellas, presente en el caso analizado, es la no adherencia al tratamiento ni el seguimiento de las recomendaciones dadas por el equipo tratante.

Hoy en día hay muchas terapias y técnicas para trabajar distintos trastornos emocionales y conductuales. En el caso del área oncológica, que genera emociones encontradas en los pacientes y en sus familias se requiere de apoyo, contención y empatía durante todo el proceso.

En el caso analizado se observa que todos tienen necesidad y exigencia de contención, pero para llegar a este punto previamente se deben abordar los pensamientos y creencias que los aqueja.

Se advierte que María presenta características de narcisismo secundario, detectado a partir del sentimiento de omnipotencia que muestra. Incluso refleja una conducta desafiante e intimidante y controladora que evidencia una especie de guardián del silencio ante la enfermedad, que dificulta al equipo médico su estrategia de abordaje.

En determinado momento expresa sentimientos de culpa y condenación que hacen que ella misma se etiquete como una “mala madre”. Y también se ha

señalado la existencia de la sobre generalización de la situación, como también la falacia de justicia.

Respecto a Alejandro presenta apego de significado personal fóbico, en tanto se desenvuelve en un fuerte vínculo con su madre, que está demasiado preocupada y extremadamente involucrada en la vida de él como si fuera la propia, lo que le impide a Alejandro explorar y realizar cosas por iniciativa propia. Y en consecuencia su madre le resta recursos con los que podría contar para afrontar la enfermedad.

La enfermedad oncológica en el hijo supone un reto importante para los padres desde el momento del diagnóstico así como la hora de enfrentar los tratamientos. Por lo cual la comunicación abierta y sincera hacen de este un proceso placentero, generando fortalecimiento en el vínculo, tanto en el equipo médico como en la familia.

A modo de conclusión es fundamental destacar que en tanto terapeutas se debe velar por los derechos de los pacientes, como por ejemplo el derecho de decidir ser informado. El mejor tratamiento que un paciente puede recibir es brindarle el espacio para que exprese sus pensamientos y emociones, así como también el ofrecerle acompañamiento a lo largo del proceso.



## **6. Bibliografía**

Acuña, A. (2012). *Por todos los niños con cáncer: de emociones y políticas*. Santiago de Chile: RIL

Arranz, Barbero, J. Barreto, P & Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos: Modelo de Intervención*. Barcelona, España: Ariel Ciencias Médicas.

Artús, A., Beux, V. y Pérez, S. (2012). Comunicación de las malas noticias. ***Revista de Biomedicina***, 7(1), 28-33.

Barbero, J., Barreto, P., Arranz, P. y Bayés, R. (2005). *Comunicación en oncología clínica*. Madrid: Just in Time.

Benítez del Rosario, M. y Salinas, A. (2000). *Cuidados paliativos y atención primaria: aspectos de organización*. Barcelona, España: Springer.

Bermejo, J. Villacieros, M., Carabias, R., Sánchez. y Díaz, B. (2011). Conspiración del silencio en Familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas., ***Revista Medicina Paliativa***. 20 (2), 2-3.

Bosnic, N. (1992). Golpe Bajo. En *El Alquimista y la Emperatriz. Cuentos, relatos, poesía*. (119-150). Argentina: Galerna.

Caballo, V., Ellis, A. y Lega, M. (1998). *Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid, España: Siglo XXI.

Casero, N. y Cerezo, S. (2011). *Cuidados Paliativos en el Paciente Oncológico*. Madrid: España. Visión Libros.

CENDEISS. (2003). Cuidados Paliativos. En *Curso Especial en Posgrado en atención integral para médicos generales*. (pp.1-130). San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Cerdas, B. (2010). Técnicas para romper con la conspiración del silencio en la enfermedad terminal. ***Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica***. LXII (595), 461-467.

Cosacov, E. (2007). *Diccionario de Términos Técnicos de la Psicología*. (3.ed). Argentina: Brujas.

Díaz, J., Barcia, J., Gallego, J. y Barreto, P. (2012). Conspiración del silencio y malestar en pacientes diagnosticados de glioblastoma multiforme. ***Revista Psicooncología***, 9 (1), 151-159.

Ellis, A. (1988). *Usted puede ser feliz: Terapia Racional Emotiva Conductual para superar la ansiedad y la depresión*. España, Barcelona: Paidós Ibérica.

Ellis, A., Caballo, V. y Lega, L. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. Madrid, España: Siglo XXI.

Gómez, M. (1992) *La Familia y el paciente. Manual de Cuidados Paliativos*. Unidad de Cuidados Paliativos Hospital El Sabinal. Las palmas de la Gran Canaria.

Gómez, J. (2014). Estrategia específica, breve e integrada para la atención de psicoterapéutica de pacientes oncológicos terminales. **Revista Universidad de Oriente**, Santiago 135 (2014), 675-693

Grau, C. (2002). Impacto psicosocial del cáncer infantil en la familia. *Revista Educación, Desarrollo y Diversidad*. 5 (2) nº monográfico, 67-87.

Ministerio de Sanidad y consumo (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*: Recuperado de <http://www.cedepap.tv/GPC44.pdf>.

Hernández, N. & Sánchez, J. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo-Conductual para trastornos de la salud*. (s.l.): (s.n.).

Kusminsky, G. (2013) Comunicación de una mala noticia en la práctica médica. **Revista Hematología**, 17(2), 179-183.

López, N & Sandoval, M. (2005). *Métodos y técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa*. Recuperado de: [http://recursos.udgvirtual.udg.mx/biblioteca/bitstream/20050101/1103/2/Metodos\\_y\\_tecnicas\\_de\\_investigacion\\_cuantitativa\\_y\\_cualitativa.swf](http://recursos.udgvirtual.udg.mx/biblioteca/bitstream/20050101/1103/2/Metodos_y_tecnicas_de_investigacion_cuantitativa_y_cualitativa.swf).

Méndez, J. (2005). Psicooncología Infantil: situación actual y líneas de desarrollo futuras. **Revista de Psicooncología y Psicología Clínica** 10(1) 33-52,

Moreno, K., Nassar, C. y Vargas, S. (2011). *La Terapia cognitiva conductual en pacientes oncológicos*. Universidad de la Sabana, Colombia. Recuperado de [http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3450/Camila%20Mar%C3%ADa%20Nassar%20Pinz%C3%B3n\\_152691.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3450/Camila%20Mar%C3%ADa%20Nassar%20Pinz%C3%B3n_152691.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Molina, A. (1989). La comunicación con los padres en el Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica. Universidad Central de Venezuela: Caracas.

Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis Quirúrgica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Muñoz, F., Espinoza, M., Portillo, J. y Benítez del Rosario, M., (2002). Atención a la Familia: Cuidados Paliativos. *Revista Atención Primaria*. 30(9): 576-680.

Naranjo, M. (2004). *Enfoques cognitivo, conductista y racional emotivo*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Polaino, A., Abad, M., Martínez, P. y Del Pozo, A. (2000). ¿Qué puede hacer el médico por la familia del enfermo? Universidad de Navarra: Rialp.

Prieto, A. (2004). Psicología Oncología. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitiva –Conductual*. 2. (2004), 107-120.

Reynoso, L. y Seligson., I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud: Un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.

Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del campo clínico*. Bogotá: Grupo Norma.

Rojas, M. (2010). *Lo que los hijos nos enseñan antes de morir. El legado de los menores centroamericanos con cáncer*. Heredia, Costa Rica: Litografía Morales.

Ruiz, A. (2007). Psicología y la Psicoterapia cognitiva post-racionalista: aspectos teóricos y clínicos. Instituto de Terapia Cognitiva INTECO: Santiago: Chile

- Ruiz, M. y Comyn, B. (2006). *La conspiración del silencio en los familiares de los pacientes terminales*. Servicio de publicaciones. Curso de humanidades y Ciencias Sociales, Universidad de Laguna.
- Ruiz, M. y Coca, M. (2008). El pacto del silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. ***Revista de Psicooncología***, 5 (1), p. 53-69.
- Sanz, J. y Modolell, E. (2004). Oncología y Psicología: un modelo de interacción. ***Revista Psicooncología***, 1(1), 3-12
- Sánchez, J., Imbernón, J. y Canon, J. (1999). *Psicoterapia Cognitiva de Urgencias*. ESMD-ÚBEDA.
- Sarason, I. y Sarason., B. (2006). *Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. (11.ed). México: Prentice Hall.
- Sociedad Española de Oncología Médica.(2003). Efectos Secundarios de la Quimioterapia. Recuperado de <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/guia-actualizada/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia?showall=1>.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas. El Sida y sus metáforas*. Buenos Aires: Punto de Lectura.
- Tolstoi, L. (2003). *La muerte de Ivan Ilich*. (2ª ed.). Bogotá: Norma.
- Trujillo, A. (2009). *Consejos y orientaciones para una Infancia Feliz*.
- University Of Wisconsin-Madison. (2014). Leucemia Linfoblástica Aguda: Tratamiento e información para los pacientes. School of Medicine and Public Health. Recuperado de: <http://www.uwhealth.org/spanishhealth/topic/nci/leucemia->

[linfobl%C3%A1stica-aguda-infantil-tratamiento-pdq-tratamiento-informaci%C3%B3n-para-los-pacientes-nci/ncicdr0000258001.html](http://infobl%C3%A1stica-aguda-infantil-tratamiento-pdq-tratamiento-informaci%C3%B3n-para-los-pacientes-nci/ncicdr0000258001.html)

Yankura, J. y Dryden, W. (1999). *Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT): Casos ilustrativos*. España: Desclée de Brouwer.