



INTERVENCIÓN EN CRISIS ANTE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA

María Cristina Bravo González¹
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

Recibir un diagnóstico de una enfermedad grave como el cáncer implica una sorpresa catastrófica debido a que las expectativas del futuro se desmoronan, los proyectos pierden sentido a la luz del conocimiento del diagnóstico (Gómez, 2006), lo cual provoca una crisis. Por tanto, una de las intervenciones más frecuentes en esta fase de la evolución de la enfermedad es la intervención en crisis debido a la recepción del diagnóstico, centrándose en los sentimientos experimentados en ese momento, así como en cambiar la respuesta ansiosa inicial por una respuesta funcional. Se presenta el esquema de intervención en crisis realizada en el caso de M, mujer de 42 años, posterior a la comunicación de diagnóstico de cáncer mamario y la propuesta de tratamiento inicial con mastectomía. Al finalizar la intervención, se observaron cambios conductuales en los tres niveles de respuesta, pese a ello, se consideró pertinente la incorporación de M a un programa de psicoterapia convencional, debido a que presentaba factores de riesgo que podrían favorecer una nueva crisis. En conclusión, aunque la intervención cumplió con los objetivos planteados es importante la incorporación de las personas con diagnóstico reciente de una enfermedad crónica como el cáncer a programas grupales o individuales de atención psicológica, con la finalidad de adquirir y emplear estrategias de afrontamiento que permitan su adaptación a la enfermedad y a los tratamientos propuestos.

PALABRAS CLAVE: Intervención en crisis, diagnóstico reciente, cáncer.

Abstract

¹ Profesora de Asignatura del Área de Psicología Clínica. Correo Electrónico: crisbravo01@hotmail.com

Being diagnosed with a serious illness like cancer involves a catastrophic surprise because expectations of future collapse, projects become meaningless in the light of knowledge of diagnosis (Gomez, 2006), and a crisis is caused. Therefore, crisis intervention is one of the most frequently used procedures at this stage of illness progression, when patients have just been told about their diagnosis. Feelings at this moment have to be changed, thus as the anxiety reaction. Crisis intervention scheme in the case of M, women of 42 years old, married, after the communication of breast cancer diagnosis and the pertinence of mastectomy is presented in this paper. After of crisis intervention, behavioral changes were observed in three levels of response, nevertheless, incorporation of M to a conventional psychotherapy program was considered appropriate because she had risk factors that could foster a new crisis. In conclusion, although the intervention met the stated objectives is important to incorporate people with newly diagnosed chronic illness such as cancer to group programs or individual counseling, in order to acquire and use coping strategies that allow their adaptation to illness and the treatments proposed.

KEY WORDS: crisis intervention, newly diagnosed, cancer.

Inmediatamente después del diagnóstico de una enfermedad crónica, las personas pasan por un periodo de crisis caracterizado por desequilibrios físico, social y psicológico, en el que se experimentan sensaciones de incredulidad, ansiedad, miedo, desorganización, baja autoestima, culpa, entre otras (Anagnostopoulos, Vaslamatzis & Markidis, 2004; Font, 2003); además, pueden ocurrir problemas interpersonales, sociales o ambientales (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis & Houts, 1999).

Los individuos que sufren una enfermedad crónica pueden adoptar distintas estrategias para hacer frente a las situaciones problemáticas de la fase crítica: algunos pueden negar o minimizar la gravedad de su trastorno, otros pueden, por el contrario, buscar activamente información relevante para afrontar los problemas relativos a la enfermedad y su tratamiento; finalmente, una tercera estrategia puede consistir en obtener apoyo emocional por parte de su familia, amigos o profesionales de la salud (Beneit, 1994). Además, deben incluirse incertidumbre sobre la salud, sentimientos de incapacidad para cuidar a una familia, pérdida de la función sexual, sentido de extrema vulnerabilidad física y temor asociado a la

efectividad del tratamiento, por otro lado se encuentran los cambios impuestos por los tratamientos (pautas de actividad, estilos y hábitos de vida). Debido al carácter crónico de la enfermedad, estas reacciones psicológicas desencadenan incapacidades físicas, pérdida de la eficiencia laboral, distorsiones en las percepciones del paciente, creencias y pensamientos disfuncionales que dificultan su adaptación a la enfermedad, así como un deterioro en la calidad de vida del paciente oncológico (Cella & Tross, 1986).

El diagnóstico de cáncer constituye un impacto emocional y una crisis, debido a que la persona se confronta con su propia mortalidad y se considera que la vida está más limitada en tiempo. Junto con las reacciones iniciales, se presentan diversas necesidades cognitivo-informativas que los pacientes formulan de manera más o menos explícita, como el porqué de la enfermedad, por qué a mí, es mi culpa, etcétera (Font, 2003); por lo que implica un cambio brusco y decisivo. Al recibir un diagnóstico de una enfermedad grave como el cáncer, sobreviene una sorpresa generalmente de carácter catastrófico debido a que las expectativas del futuro de la persona se desmoronan, sus proyectos pierden sentido al conocer el diagnóstico, ya que con mucha frecuencia la palabra cáncer se identifica con palabras como muerte e incapacidad (Gómez, 2006), todo lo cual provoca un estado de crisis.

DeGood, Crawford & Jongsma (1999) afirman que los principales objetivos de la intervención psicológica en personas con padecimientos oncológicos son:

- Ⓢ Reducir la ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales desadaptativas.
- Ⓢ Mejorar la capacidad para identificar, afrontar y expresar apropiadamente las emociones asociadas con el diagnóstico.
- Ⓢ Facilitar la adaptación al cáncer induciendo estilos de afrontamiento positivos: mayor sentido de control y participación activa en el tratamiento, de modo que se fortalezca la adherencia terapéutica.
- Ⓢ Estimular la participación en actividades placenteras y mantener/mejorar sus relaciones sociales.
- Ⓢ Facilitar la comunicación del paciente con el personal médico, su pareja y

otras personas significativas.

- Mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de sus familiares, al proceso de enfermedad.

En resumen, la labor del psicólogo en el trabajo con pacientes oncológicos es orientarlos de manera realista acerca de sus limitaciones futuras, prepararles para los posibles acontecimientos que pueden surgir en el curso de su enfermedad y proporcionarles metas razonables hacia las cuales dirigirse, todo ello ocurre en las diferentes etapas de atención médica; sin embargo, una de las más críticas es la comunicación del diagnóstico, que pese a ser muy breve, es también una gran fuente de estrés para el paciente, su pareja y/o su familia; está compuesta por sentimientos de incertidumbre, sometimiento a diversos estudios confirmatorios y espera de resultados (Bravo, 2004). Velasco y Sinibaldi (2001) afirman que en esta etapa la mayoría de los pacientes presentan tensión y conflicto tras el diagnóstico, que se vincula con una sensación de vacío; además, a medida que el trastorno se encuentra en etapas más avanzadas aumentan la desesperación, la desesperanza y la frustración.

Debido a estas características, una de las intervenciones más frecuentes en esta fase de la evolución de la enfermedad es la intervención en crisis debido a la recepción del diagnóstico, centrándose en los sentimientos experimentados por el paciente en ese momento, así como en cambiar la respuesta ansiosa inicial por una respuesta funcional. La crisis puede causar un severo padecimiento psicológico a cualquier tipo de personalidad, sea ésta sana o no, pese a que las personas puedan disponer de una gran cantidad de recursos internos con los que pueden enfrentarse a una crisis súbita en su vida (O'Hanlon, 2005). En ese sentido, es necesario destacar que una respuesta "positiva" no necesariamente implica que no exista una crisis, ya que, como señalan Erlich, Bovbjerg & Valdimarsdottir (2000), muchas personas pueden presentar un sesgo optimista u "optimismo defensivo", que minimiza las respuestas poco funcionales.

Una de las definiciones de crisis más completas es la propuesta por Lillibridge & Klukken (1978, en Rubin y Bloch, 2001), quienes la consideran una alteración en el equilibrio cuando se fracasa en una aproximación tradicional de

resolución de problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, confusión y pánico. En ese sentido, Rubin y Bloch (2001) afirman que la respuesta de crisis general es desencadenada por una situación inesperada, y posee características en tres niveles de respuesta: cognitivo, en el cual se ven desbordadas las habilidades de resolución de problemas y de afrontamiento; emocional, en el que al estado temporal de shock puede seguir negación, confusión, temor, terror, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, excitabilidad e inquietud; lo cual puede alterar el equilibrio emocional del individuo. Fisiológico, en el que pueden presentarse reacciones de estrés general, como cambios en el ritmo cardíaco, respiración y sudoración excesiva. En resumen, la crisis se trata de una combinación de situaciones de riesgo en la vida de una persona que coinciden con su desorganización psicológica en un momento particular, por tanto, representa tanto la vulnerabilidad psicológica como la oportunidad para el desarrollo de una persona (Gómez, 1997).

La intervención en crisis, por consiguiente, implica una relación a corto plazo, orientada hacia el problema, con el objetivo de producir un cambio constructivo en la situación vital de la persona, tan rápida y directamente como sea posible (Sullivan y Everstine, 2000), con lo que se busca influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades y los recursos sociales de las personas afectadas directamente por la crisis para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés (Parad & Parad, 1990, en Rubin y Bloch, 2001). Los objetivos de la intervención son (Parad & Parad, 1990, en Rubin y Bloch, 2001; Korchin, 1976, en Reynoso y Seligson, 2005):

1. Amortiguar el evento estresante a través de una primera ayuda emocional y ambiental, inmediata o de emergencia.
2. Fortalecer a la persona en sus intentos de afrontamiento e integración a través de la clarificación terapéutica inmediata y de la orientación durante el periodo de afrontamiento.
3. Controlar el estado de estrés, ansiedad, desamparo y confusión del paciente.

4. Establecer patrones de conducta que permitan que el paciente no pierda o regrese a su nivel de funcionamiento cotidiano previo al evento.
5. Ayudar al paciente y a los otros afectados (familia, vecinos, etcétera) en una estrategia de solución de problemas que permita llevar a cabo acciones inmediatas, tanto personales como comunitarias.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es presentar un caso de intervención en crisis posterior a la comunicación de diagnóstico de cáncer mamario a una mujer de 42 años de edad.

Presentación del caso

Datos demográficos

Se presenta M, mujer de 40 años de edad, casada desde hace 20 años, madre de dos niñas, de 10 y dos años de edad; estudió un bachillerato técnico con secretariado, en la actualidad se dedica al hogar y profesa la religión católica.

Antecedentes

M proviene de una familia de nivel socioeconómico bajo de seis integrantes, padres y cuatro hermanos, incluyéndola. Menciona que su familia nuclear siempre ha sido muy unida y que no se han presentado situaciones problemáticas, por el contrario, se ayudan y apoyan de acuerdo con sus posibilidades; afirma que a ella particularmente la han apoyado en circunstancias difíciles. Contrajo matrimonio a los 20 años de edad luego de tres años de noviazgo, motivo por el que decidió dejar su trabajo como secretaria para dedicarse por completo “a la familia que soñé” (sic M), considera que fue una buena decisión, ya que “deseaba ser esposa y madre de tiempo completo” (sic M).

Después de 10 años de matrimonio y cinco embarazos no logrados, nació su primera hija; posteriormente tuvo otra hija, actualmente de dos años, con ambas cursó con embarazos de alto riesgo. Refiere que su esposo siempre la ha apoyado y ha estado con ella, pese que “le decía que mejor nos divorciáramos porque yo no podía darle una familia, pero él nunca quiso, me decía que no le importaba si no podía tener hijos y que para él eso no era problema” (sic M).

Como se mencionó previamente, M presentó dificultad para lograr embarazarse, además de pérdidas gestacionales múltiples (cinco) y dos embarazos de alto riesgo; en cada pérdida gestacional, afirma que se deprimió durante algunos meses, alcanzando remisión parcial de los síntomas al cabo de un tiempo, aunque cada nuevo intento de embarazo era una situación experimentada con elevados niveles de ansiedad, a partir de los cuales “me volví muy nerviosa...como que tengo miedo de todo” (sic M); a pesar de evaluarlos como eventos graves no recibió atención psicológica en ninguna de esas situaciones, sólo el apoyo de su familia de origen y de su cónyuge. Por otro lado, tuvo un accidente automovilístico en el cual sufrió fuertes quemaduras y fueron necesarias varias intervenciones quirúrgicas para injertar piel en las áreas dañadas (rostro, piernas y brazos). Cabe señalar que M presenta sobrepeso de 40 kilogramos, los cuales fue ganado desde que su primera hija nació. Este conjunto de situaciones antecedentes facilitaron la exacerbación de percepciones negativas en la imagen corporal de M, refiriéndose a sí misma como “estoy toda atrofiada, echada a perder, gorda, fea, quemada y ahora salgo con esto (tener cáncer)” (sic M).

Motivo de consulta

La intervención psicológica con M se realizó después de la comunicación de su diagnóstico de cáncer de mama estadificado como T1N0M0 (tumor de menos de un centímetro con bordes irregulares, sin ganglios ni metástasis), con un pronóstico de 80% de probabilidades de remisión en por lo menos cinco años y la propuesta de tratamiento inicial con mastectomía radical modificada, y quimioterapia adyuvante de cinco ciclos iniciales; la intervención se realizó en un hospital de segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud, ubicado en el Distrito Federal, México. Durante la consulta con el especialista presentó una respuesta inmediata de llanto incontrolable, dificultad para expresarse verbalmente, temblor y movimientos continuos de manos, sudoración de las palmas de las manos, taquicardia, verbalizaciones de miedo a la cirugía, a la

anestesia y a perder un seno, así como de no aceptar su enfermedad, hiperventilación y bloqueo cognoscitivo.

Intervención

Ante este conjunto de respuestas, fue necesaria la realización de intervención en crisis posterior a la comunicación del diagnóstico, propuesta de tratamiento y pronóstico.

La intervención se realizó en una sesión de 120 minutos, de acuerdo con una adaptación del modelo propuesto por Puryear (1981, en Rubin y Bloch, 2001), que incluye seis etapas:

1. *Intervención inmediata.*
2. *Evaluación de la situación y formulación de un plan de acción*
3. *Infundir esperanza en la situación y reforzar la autoimagen*
4. *Enfocar hacia la solución de problemas inmediatos*
5. *Reforzar la autoimagen*
6. *Realización del cierre y eventual canalización*

En la Tabla 1 se presentan las fases, el procedimiento empleado y muestras de los resultados obtenidos en cada una.

Tabla 1. Fases, procedimientos y resultados de intervención en crisis en una mujer con diagnóstico reciente de cáncer

Fase	Procedimiento/acción emprendida	Resultados
<i>Intervención inmediata</i>	Validación emocional, se atendió a las necesidades inmediatas de M, establecimiento de componentes de relación (contacto visual, postura inclinada hacia M, tono de voz suave, contacto físico alrededor de los hombros de M, entre otros) Instrucciones para la respiración diafragmática	M dejó de hiperventilar y disminuyó notablemente el llanto, los movimientos de las manos y la sensación de taquicardia

<p><i>Evaluación de la situación y formulación de un plan de acción</i></p>	<p>Evaluación de la información sobre la enfermedad, preguntas dirigidas a evaluar la comprensión de la información recibida recientemente. Recapitulación de la información proporcionada por el médico durante la comunicación del diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. Se sugirió la realización de un listado de preguntas a formular al médico.</p>	<p>M expresó preguntas acordes a la información proporcionada por el personal médico. Además, identificó prioridades para solicitar información a su médico tratante. Las respuestas de carácter fisiológico perdieron intensidad, por ejemplo, la respiración se normalizó.</p>
---	--	---

Tabla 1. Continuación

Fase	Procedimiento/acción emprendida	Resultados
<p><i>Infundir esperanza en la situación a través de actitudes y expectativas apropiadas del paciente</i></p>	<p>Validación emocional, se atendió a Identificación de los principales pensamientos y emociones en la paciente asociados a la situación de comunicación de diagnóstico de cáncer, el pronóstico y el tratamiento. Se fomentó la idea de que al tener mayor información podría comenzar a reestructurar su vida y sus actividades, se proporcionó psicoeducación sobre las</p>	<p>Inicialmente manifestó temor y preocupación por su salud, verbalizó cogniciones disfuncionales como: "siento que es un sueño esto que me está pasando" además de pensamientos anticipatorios sobre tratamientos "si me dan quimioterapia, no saldré en un año". Posteriormente reconoció que posiblemente su vida cambiaría a partir de su diagnóstico, comentó que</p>

	<p>principales características de la quimioterapia y los procedimientos quirúrgicos. Asimismo, se dirigió hacia la normalización de sus emociones y preocupaciones.</p>	<p>antes había pasado por situaciones difíciles “aunque no tanto como ahora...” y que sabía que su esposo y familia iban a estar con ella “siempre me han ayudado y han estado conmigo, creo que ahora también van a estar”.</p>
--	---	---

Tabla 1. Continuación

Fase	Procedimiento/acción emprendida	Resultados
<p><i>Enfocar la solución de problemas: determinar el problema, realizar planificación y diseñar planes de acción.</i></p>	<p>Recapitulación de la situación actual de M, favorecer la planificación y diseño de planes de acción inmediatos y a corto plazo. Se fomentó la búsqueda de recursos favorables en lo inmediato, se reconocieron los esfuerzos de M por estructurar pautas de acción.</p>	<p>Logró diferenciar lo que era importante en ese momento (como iniciar los trámites necesarios, comunicarse con sus familiares y solicitar más información para evitar divagar en anticipaciones sin sentido). Definió como prioridades: Llamar a sus padres para que la acompañaran de regreso a su casa y localizar a su esposo. Junto con él, establecer una mejor comunicación con su</p>

		<p>médico tratante, al plantear preguntas enfocadas al diagnóstico de la enfermedad, las opciones de tratamiento, los efectos secundarios y las acciones a realizar</p> <p>Recordar las estrategias exitosas empleadas en situaciones similares (hospitalizaciones previas)</p> <p>Identificar a las personas a quienes les comunicaría su diagnóstico y la manera en la que podrían apoyarla.</p>
--	--	--

Tabla 1. Continuación

Fase	Procedimiento/acción emprendida	Resultados
<i>Refuerzo de la autoimagen</i>	<p>Recapitulación de estrategias empleadas en situaciones de salud difíciles, así como recuperación de recursos cognitivos, conductuales y de apoyo sociales derivados de las experiencias previas, se reforzaron verbalizaciones</p>	<p>Logró aceptar que puede tener control sobre las decisiones relacionadas con su salud</p> <p>Afirmó que puede enfrentar esta situación, de la misma manera que logró resolver situaciones previas</p> <p>Identificó los recursos personales y de apoyo</p>

	positivas de momentos previos en la sesión (fase 3)	social (cónyuge, familia extensa y vecinos) que pueden ser favorables para ella.
<i>Cierre y canalización</i>	Resumen de la intervención, destacando los recursos potencialmente positivos para asimismo, se realizó la propuesta para iniciar con un proceso psicoterapéutico durante su atención oncológica	M resumió la intervención, aceptó iniciar un proceso psicoterapéutico durante su atención oncológica. Se observó una disminución considerable de las respuestas fisiológicas y motoras iniciales, además de un cambio en las verbalizaciones referidas a la enfermedad y posibilidades de tratamiento.

Pese a estos cambios, se consideró pertinente que la sra. M se incorporara a un programa de intervención psicológica para la crisis, la cual tiene como metas: resolver la crisis, integrar el incidente a la trama de la vida y establecer la disposición para encarar el futuro. La terapia para la crisis se consideró necesaria debido a que se identificaron respuestas emocionales significativas que podrían obstaculizar la adaptación a la enfermedad, entre las cuales destacaron ansiedad (llanto excesivo, temblor de extremidades superiores, sudoración de las palmas de las manos, hiperventilación) y los pensamientos distorsionados (visión catastrófica, sobregeneralización e interpretación del pensamiento), de negación y anticipatorios respecto a la enfermedad, además, M expresó la necesidad de contar con apoyo para “sobrellevar mejor la enfermedad, que no sea tan duro” (sic M), adicionalmente, se encontraron factores que riesgo que hacen que M sea más susceptible a presentar nuevos episodios de crisis, tales como historia de crisis frecuentes, resueltas ineficazmente debido a habilidades de afrontamiento

deficientes, historia de accidentes numerosos (pérdidas gestacionales múltiples, accidente automovilístico, quemaduras, etcétera) y cierta dificultad para aprender de la experiencia.

Discusión y conclusiones

El estrés derivado de la comunicación de un diagnóstico de una enfermedad grave como el cáncer, es especialmente elevado en los primeros días, sobre todo si la persona no consideraba esta posibilidad diagnóstica; esta fase es muy difícil, debido a que un nivel elevado de ansiedad puede interferir con la necesidad de tomar decisiones bien reflexionadas y sopesadas en muy poco tiempo, por lo que en esta fase debe aplicarse un tratamiento psicológico orientado a proporcionar información y favorecer la anticipación de situaciones y la manera de afrontarlas eficazmente (Font, 2003), principalmente a través de procedimientos psicoeducativos, los cuales han mostrado un papel importante en la disminución de respuestas de ansiedad y depresión en personas con diagnóstico reciente de una enfermedad oncológica (Butow, Brown, Cogar, Tattersall & Dunn, 2002; DeGood, Crawford & Jongsma, 1999; D'haese, Vinh-Hung, Bijdekerke, Spinnoy, De Beukeleer, Lochie, De Roover & Storme, 2000; Foxwell & Alder, 1993; McQuellon, Wells, Hoffman, Craven, Russell, Cruz, Hurt, DeChatelet, Andrykowski & Savage, 1998).

En ese sentido, la intervención en crisis posterior a la comunicación de un diagnóstico de cáncer es necesaria, principalmente debido a que enfrentarse a una situación crítica implica para cada persona poner en marcha diversas habilidades de afrontamiento, las cuales determinan una respuesta individual a la crisis (Latorre, 1994; Arranz y Cancio, 2003); esta respuesta está influida, de acuerdo con Rubin y Bloch (2001) por diversos factores, tales como la edad, el momento de desarrollo, características de personalidad, así como la exposición a eventos traumáticos vitales previos. En el caso de M, el encontrarse en una etapa de crianza, tener antecedentes de depresión asociados a situaciones de salud, así como enfrentarse a situaciones vitales estresantes en repetidas ocasiones debido a pérdidas gestacionales múltiples, así como a diversas cirugías derivadas de

quemaduras severas, han influido en el empleo de estrategias de afrontamiento poco efectivas ante una nueva situación estresante, como el diagnóstico de cáncer.

Por ello, aunque la intervención en crisis alcanzó sus objetivos: amortiguar el evento estresante; fortalecer al paciente en sus intentos de afrontamiento; controlar el estado de ansiedad, desamparo y confusión; establecer patrones de conducta que permitan que el paciente no pierda o regrese a su nivel de funcionamiento cotidiano previo al evento; ayudar al paciente en una estrategia de solución de problemas que permita llevar a cabo acciones inmediatas (Parad & Parad, 1990, en Rubin y Bloch, 2001; Gómez, 1997; Korchin, 1976, en Reynoso y Seligson, 2005), es importante la incorporación de las personas con diagnóstico reciente de una enfermedad crónica como el cáncer a programas grupales o individuales de atención psicológica, con la finalidad de adquirir y emplear estrategias de afrontamiento que permitan su adaptación a la enfermedad y a los tratamientos propuestos, para, como afirma O'Hanlon (2005) lograr un objetivo más ambicioso: recordar que detrás de cada crisis resultado de una enfermedad, existe una persona, es decir, favorecer que la cognición etiquetadora (soy un diabético, un enfermo de cáncer) se modifique en términos de concebirse como un individuo que sufre una enfermedad, que es sólo una parte de su vida.

Referencias Bibliográficas

- Anagnostopoulos, F., Vaslamatzis, G., & Markidis, M. (2004). Coping strategies of women with breast cancer: a comparison of patients with healthy and benign controls. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73, 43-52.
- Arranz, P., y Cancio, H. (2003). Una herramienta básica del psicólogo hospitalario: el counselling. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (93-113). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Beneit, P. (1994). La enfermedad crónica. Aspectos psicológicos del cáncer. En J., Latorre y P., Beneit, (Coordinadores). *Psicología de la Salud* (225-255). Buenos Aires, Argentina: Lumen.

- Bravo, M. (2004). *Reporte de experiencia profesional*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Butow, P., Brown, R., Cogar, S., Tattersall, M., & Dunn, S. (2002). Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psycho-Oncology*, 11(1), 47-58. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.
- Cella, D., & Tross, S., (1986). Psychological adjustment to survival from Hodgkin's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (5), 616-622.
- DeGood, D., Crawford, A., & Jongsma, A. (1999). *The Behavioral Medicine Planner*. New York, EE.UU.: John Wiley and Sons.
- D'haese, S., Vinh-Hung, V., Bijdekerke, P., Spinnoy, M., De Beukeleer, M., Lochie, N., De Roover, S., & Storme, G. (2000). The effect of timing of the provision of information on anxiety and satisfaction of cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of Cancer Education*, 15(4), 223-227.
- Erblich, J., Bovbjerg, D., & Valdimarsdottir, H. (2000). Psychological distress, health beliefs and frequency of breast self-examination. *Journal of Behavioral Medicine* 23(3), 277-292.
- Font, A. (2003), Guía de tratamientos eficaces en el cáncer, en M. Pérez, J. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (coordinadores). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud (57-92)*. Madrid: Pirámide.
- Foxwell, M., & Alder, E. (1993). More information equates with less anxiety: Reducing anxiety in cervical screening. *Professional Nurse*, 9(1), 32-36.
- Gómez, M. (2006). *Cómo dar malas noticias en medicina*. 3a ed. Madrid: Arán.
- Gómez, J. (1997). *Intervención en crisis: Manual para el entrenamiento*. México: Plaza y Valdés.
- Latorre, J. (1994). El paciente en el medio hospitalario. En J., Latorre y P., Beneit (Coordinadores). *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud (205-214)*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Mc Quillon, R., Wells, M., Hoffman, S., Craven, B., Russell, G., Cruz, J., Hurt, G., DeChatelet, P., Andrykowski, M., & Savage, P. (1998). Reducing distress in cancer patient with an orientation program. *Psycho-Oncology*, 7(3), 207-217.
- Nezu, A., Nezu, C., Friedman, S., Faddis, S., & Houts, P. (1999). *Helping cancer patients cope* (2a ed.) Washington, EE.UU.: American Psychological Association.

O'Hanlon, B. (2005). *Creecer a partir de las crisis*. México: Paidós.

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

Rubin, B., y Bloch, E. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Sullivan, D., y Everstine, L. (2000). *Personas en crisis*. México: Pax

Velasco, M., y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias*. México: Manual Moderno.