

Impacto Psicológico de la Comunicación en las Salas de Espera de Quimioterapia Ambulatoria

Ana Laura Rodríguez Velázquez¹ y Salvador Alvarado Aguilar²

¹ Universidad del Valle de México, Campus Tlalpan.

² Instituto Nacional de Cancerología de México.

“El peor momento para mí fue cuando esperaba ese primer tratamiento de quimioterapia”

Anónimo

Abstract

Actually cancer is considered a public health problem in all countries of the world, every day increases the preventive and curative measures, and there is growing interest on the part of health personnel and researchers, by providing advances to combat this problem. Chemotherapy is one of the outpatient treatments for cancer, however, is a treatment with multiple side effects, while patients await their turn often share their experiences regarding the disease in this review examines the factors leading to patients to communicate and identify themselves, and influences, thus, on the other.

Key words: waiting room, chemotherapy, cancer patients, comunicacion, identification.

Resumen

EL CÁNCER SE HA CONVERTIDO en un problema de salud pública en México que es necesario revertir con políticas de prevención y detección oportuna, afirmaron especialistas del Instituto Nacional de Cancerología; día a día se incrementan las medidas preventivas-curativas, y existe cada vez más interés por parte del personal de salud e investigadores, por proporcionar avances para combatir este problema. La quimioterapia ambulatoria es uno de los tratamientos para el cáncer, sin embargo es un tratamiento con múltiples efectos secundarios mientras los pacientes esperan su turno suelen compartir sus experiencias con respecto a la enfermedad; en esta revisión se analizan los factores que llevan a los pacientes a comunicarse, identificarse, e influir de esta manera, en los otros.

Palabras Clave: Sala de espera, quimioterapia ambulatoria, pacientes oncológicos, comunicación, identificación.

Correspondencia:

Ana Laura Rodríguez Velázquez

Residente en Psicooncología. Subdirección de Medicina Interna. Instituto Nacional de Cancerología de México. San Fernando 22. Col. Sección XIV. 14080. México D.F.
e-Mail: lic.analaurarovel@hotmail.com

Introducción

Los pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria acuden al hospital para su administración y luego se retiran a su domicilio. Aguardan su turno en la sala de espera, lugar donde se encuentran pacientes con diversas enfermedades oncológicas, variando su tratamiento y pronóstico. En este lugar, se encuentran pacientes que ya han sido tratados anteriormente y que regresan por una recurrencia, y pacientes que serán tratados por primera vez (1).

En las salas de espera de quimioterapia ambulatoria es común que los pacientes sostengan conversaciones en las que se intenta de alguna forma disipar el dolor y los tratamientos que conlleva una enfermedad como el cáncer, así los pacientes que ya han sido tratados con anterioridad transmiten sus sentimientos negativos a los pacientes que por primera vez enfrentan un tratamiento y en los que el grado de angustia que genera el poco o nulo conocimiento del tratamiento los pone en una situación de vulnerabilidad ante el intercambio negativo de experiencias (2).

Desarrollo

Según Herrera y Cols. (2006)(3) cáncer es un nombre genérico para referirse a un grupo de más de cien enfermedades distintas pues, es un trastorno caracterizado por la alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular.

Esta enfermedad se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, por sus graves manifestaciones clínicas y su alta letalidad, además de la gran variedad de factores de riesgo individuales y ambientales con los que se asocia; con la información que existe en la actualidad, se logra observar en México el incremento gradual de las tasas de morbi-mortalidad por esta enfermedad en la población de mayor edad, afectando cada vez a más jóvenes (4). Tan sólo en el año 2003 se registraron 6046 defunciones en México, según el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas de la Secretaría de Salud (5).

Hasta hace unas décadas, el tratamiento del cáncer había sido sólo quirúrgico; sin embargo, hoy en día

existen otras modalidades que han contribuido al mejor control de esta enfermedad, tales como la radioterapia, la quimioterapia, la inmunoterapia y recientemente las terapias biológicas.

De acuerdo con Haskell (1990)(6) la quimioterapia es un tratamiento médico basado en la administración de sustancias químicas, para trabajar directamente con la aniquilación o supresión de las células normales y malignas; consiste en el uso de medicamentos para tratar determinados grupos de cáncer, mientras que la cirugía y la radioterapia remueven, destruyen o dañan las células cancerosas en un área específica, la quimioterapia actúa en forma sistémica, es decir, los agentes quimioterapéuticos pueden destruir las células cancerosas que han hecho metástasis o se han propagado a otras estructuras u órganos alejados del tumor primario. Así, hoy en día, se utilizan más de cien agentes quimioterapéuticos en varias combinaciones.

La combinación de los antineoplásicos permite que éstos, con diferentes tipos de acción, actúen juntos para destruir un mayor número de células cancerosas y reducir la posibilidad de que el tumor se torne resistente a un agente quimioterapéutico en particular, de esta forma las dosis, el método de administración, la frecuencia y la duración del tratamiento dependerán del tipo y localización del cáncer, el grado de crecimiento, y cómo está afectando las funciones normales y el estado general de salud (7).

De esta forma atendiendo a las particularidades del tipo de cáncer de que se trate, la quimioterapia puede ser un tratamiento único, sin embargo, con frecuencia, se utiliza además de la cirugía, la radioterapia o de ambos tratamientos.

Aguilar y Cols. (2006)(8) señalan, que de acuerdo con el objetivo y la relación tiempo-tratamiento principal, la quimioterapia se clasifica como:

- *Quimioterapia neoadyuvante*: que es la que se administra antes del tratamiento radical; su objetivo, es disminuir el volumen tumoral y permite evaluar la sensibilidad del tumor a los agentes quimioterapéuticos.

- *Quimioterapia adyuvante*: se administra después de un tratamiento local y, en ausencia de evidencia de enfermedad, su objetivo es eliminar las micrometástasis y reforzar el control local.
- *Quimioterapia concomitante*: se aplica simultáneamente a la radioterapia, su objetivo es mejorar el control local y ofrecer un efecto sistémico.
- *Quimioterapia paliativa*: se administra con la intención de brindar un alivio temporal de los síntomas, cuando el tumor, sólo puede responder de manera parcial, su objetivo es disminuir o aliviar los síntomas o prolongar el periodo libre de enfermedad, cuando la curación ya no es posible.

No existe diferencia alguna entre las células malignas y las células normales de proliferación, en consecuencia, la quimioterapia afecta tanto a los tejidos neoplásicos como a los normales, lo que provoca efectos terapéuticos y tóxicos. Los efectos colaterales de los agentes quimioterapéuticos son numerosos y, en ocasiones fatales; los esquemas de quimioterapia intensiva se asocian con tasas de mortalidad hasta el 2-10% y tasas de morbilidad del 50-100% (8); se han encontrado una serie de efectos tóxicos relacionados con la aplicación de la quimioterapia (*Cuadros 1 y 2*).

Cuadro 1 ■

Efectos tóxicos más comunes de la aplicación de quimioterapia.

- Toxicidad hematológica
- Toxicidad extrahematológica
- Toxicidad Cardiovascular
- Toxicidad Neurológica
- Toxicidad pulmonar
- Toxicidad renal y vesical

Vega ME y Cols.(2004)(10)

Cuadro 2 ■

Problemas más comunes debidos a la toxicidad.

- Problemas intestinales
- Alopecia
- Cambios en el apetito y peso
- Llagas en la boca, encías y garganta
- Problemas en los nervios y músculos
- Piel seca
- Irritación de los riñones y la vejiga
- Efectos relacionados con la sexualidad y fertilidad

American Cancer Society, Inc. (2007)(14)

La mayoría de los efectos secundarios desaparecen gradualmente después de terminado el tratamiento, dado que las células sanas se recuperan rápidamente. El tiempo de recuperación varía de una persona a otra y depende de muchos factores, incluyendo su estado general de salud y los antineoplásicos que esté recibiendo, no obstante, aún cuando muchos de los efectos secundarios desaparecen con rapidez, algunos toman meses o años para desaparecer por completo, en ocasiones pueden durar toda la vida; tal es el caso cuando la quimioterapia causa daño permanente al corazón, pulmones, riñones, a órganos reproductores; ciertos tipos de quimioterapia, ocasionalmente causan efectos secundarios, como un segundo cáncer, que aparece muchos años después (9).

Quimioterapia ambulatoria

En cuanto a la ubicación de administración, ésta dependerá de los medicamentos que se estén administrando, la dosis, las políticas del hospital o centro de salud y la recomendación del médico, así, la quimioterapia puede aplicarse de forma ambulatoria o intrahospitalaria.

En el presente artículo nos referiremos a la quimioterapia ambulatoria, ya que es en las salas de espera donde los pacientes se encuentran y donde suelen comunicarse unos con otros, la experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología de México, demuestra que los pacientes suelen contar sus vivencias, sobretodo las referentes a la toxicidad del tratamiento quimioterapéutico, estas conversaciones influyen negativamente en los pacientes “nuevos”, aunque muchas veces lo hacen de manera positiva.

La American Cancer Society, Inc. (11) propone, debido a que las personas aún piensan que el cáncer es sinónimo de muerte, que el paciente necesita tiempo para pensar sobre la importancia de su vida y obtener apoyo moral de sus seres queridos, en este momento emocionalmente difícil para muchas personas, se experimentan sentimientos de incredulidad, impacto, miedo y enojo, estos sentimientos consumen gran cantidad de energía mental, lo que puede hacer difícil asimilar y comprender toda la información que el equipo médico proporciona. El paciente necesitará

algo de tiempo para digerir la noticia y entender su diagnóstico, así como las implicaciones, las opciones de tratamiento, tanto física como emocionalmente, en consecuencia, pueden tener dificultades para formular las preguntas que les permitan reconocer que:

- El cáncer no es sinónimo de muerte.
- No todas las personas experimentan los mismos efectos secundarios.
- La gravedad de los efectos secundarios varía en gran medida de acuerdo con la persona.
- Cuáles efectos secundarios tienen mayores probabilidades de ocurrir con su quimioterapia, cuánto durarán, qué tan graves pueden ser y cuándo deben buscar atención médica.
- Que el médico podría prescribir medicinas para prevenir algunos efectos secundarios antes de que aparezcan.
- Muchas personas no experimentan efectos secundarios a largo plazo por la quimioterapia, aunado a que éstos pueden causar molestias adicionales, deben sopesarse con la capacidad del tratamiento para destruir el cáncer.

Impacto Psicológico de la Quimioterapia

El desconocimiento y la respuesta de miedo que la mayoría de la población tiene sobre la enfermedad y sus tratamientos, afirman Maté y Cols. (2003), provocan actitudes negativas e interpretaciones erróneas sobre la quimioterapia; los efectos secundarios provocan, como se ha señalado anteriormente, cambios físicos difíciles de tolerar por parte del paciente que dificultan la adaptación emocional durante el tratamiento, junto a esto es frecuente que aparezcan sentimientos de desesperanza y vulnerabilidad emocional.

Las circunstancias anteriores, originan que el paciente que acude a ser tratado por primera vez con quimioterapia, en la mayoría de las ocasiones tenga más dudas y temores que al momento de recibir el diagnóstico, puesto que después del impacto inicial puede presentar angustia, término que en psicología se usa para describir sentimientos o emociones desagradables que pudieran interferir con su capacidad de enfrentarse al cáncer, sus síntomas físicos y los de su tratamiento(11).

W. Bion (1972)(10) definía la angustia como una premonición de una emoción destacando que está conectada con una experiencia emocional inminente y poniendo de relieve su índole desconocida.

De acuerdo con el manual DSM-IV (11); la angustia consta de una amplia variedad de sentimientos que van desde impotencia, tristeza, desesperanza y temor, hasta depresión, ansiedad y pánico; pueden presentarse crisis de angustia, al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes o más de por lo menos uno de los siguientes síntomas:

- Inquietud persistente ante la posibilidad de presentar más crisis.
- Preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias.
- Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.
- Las crisis de angustia no se deben a los efectos del consumo de alguna sustancia o enfermedad médica.
- Las crisis de angustia no se pueden explicar por la presencia de otro trastorno mental.

Impacto Psicológico de la Comunicación en las Salas de Espera

Uno de los momentos en el que surge la preocupación en el paciente, es cuando se está en espera de que comience el tratamiento inicial; “El peor momento para mí, fue cuando esperaba ese primer tratamiento de quimioterapia”, expresó una persona con cáncer. Sentirse alterado y preocupado es parte del proceso, no obstante, algunas veces estos sentimientos pueden ir desde un nivel normal hasta un nivel intenso, que puede interferir con el tratamiento y su capacidad de enfrentarse a la enfermedad y a su vida.

Burton y Cols. (1998)(12), proponen ocho factores que incrementan el riesgo de afectación emocional en pacientes de cáncer en tratamiento, éstos son:

- Antecedentes psiquiátricos o psicopatológicos.
- Falta de apoyo por parte de la familia y amigos.
- Incapacidad para afectar los cambios físicos a causa de la enfermedad o tratamientos.
- Escasa implicación en actividades de ocio.

- Historia familiar de cáncer.
- Baja expectativa por los resultados del tratamiento.
- Problemas de pareja previos.
- Edad joven en el momento del diagnóstico.

De acuerdo con Massie y Cols. (1993)(13), los trastornos adaptativos son los más frecuentes en pacientes con tratamiento quimioterapéutico; los síntomas de ansiedad y ánimo depresivo son los más habituales; siendo el más frecuente el trastorno adaptativo con ansiedad y/o depresión. La situación emocional de angustia y ansiedad, puede acompañarse de sentimientos de desesperanza, acerca de las posibilidades de curación o respuesta al tratamiento administrado, pues los efectos secundarios y los cambios físicos causados por la quimioterapia, afectan la autoestima del paciente.

El primer encuentro entre un paciente que acude por primera vez a recibir tratamiento, podría definirse, según Krupnick y Cols.(1993)(14), como: la fase en la que un grupo o un paciente con el que se coincida espacialmente, aceptará al nuevo miembro con el fin de establecer una relación dinámica de comunicación entre ellos, de tal forma, que puedan auto-reconocerse y reconocerse en el otro e identificar la problemática en común, en ocasiones se rompe así, el aislamiento que se produce en el individuo cuando surge el suceso traumático y se recompensa en cierta medida el sentimiento de vulnerabilidad, al comenzar a estructurar la pertenencia al grupo, remite el nivel de estrés con la ganancia de un espacio donde compartir los sentimientos de pérdida y, en consecuencia, se relativiza, la sensación absoluta del; “por qué a mí” y “sólo me pasa a mí” y se adapta paulatinamente al proceso de aceptación de la enfermedad, este paso está referido a la aceptación de la enfermedad, a la aceptación de los límites impuestos por la nueva situación. El grupo actúa como apoyo en el paciente a medida que suprime los síntomas, facilita y estimula una mejor adaptación emocional, la identificación es un mecanismo esencialmente curativo, en este sentido Freud en: Grinberg y Cols. (1977)(15) define el mecanismo de identificación como “la expresión más precoz de la relación afectiva con otra persona ...”; el individuo en todo mo-

mento se identifica con las reacciones, actitudes, formas de conducta o sentimientos de las demás personas, cada personalidad está compuesta por sucesivas identificaciones, esta identificación con los demás miembros que se encuentran en la sala de espera hace que se logre la pertenencia al grupo, y los nuevos miembros se sientan parte de éste.

La integración de grupos con padecimientos comunes se sostiene porque el síntoma es utilizado como factor resistencial, cristalizando las secuencias asociativas en un patrón fijo e inmutable: la enfermedad (16).

Simultáneamente la interrelación referida también puede cumplir la función de descubrir y posibilitar recursos, habilidades e instrumentos, favoreciendo estrategias de afrontamiento, de tal manera, que los pacientes logran entre ellos redituarse en el ámbito afectivo y emocional en su mundo familiar, social y laboral, originándose una reorganización y asimilación de la nueva identidad social, o dicho de otra manera, la creación por parte del grupo, de un espacio que en el ámbito social comparte la aceptación del individuo con sus carencias recientemente adquiridas(11).

El paciente en tratamiento como todas las demás personas, tiene la necesidad de comunicar lo que siente o padece, porque como lo afirma Gómez Sancho (1998)(17), -la comunicación tiene poder terapéutico en sí-. Según Maté y Cols. en: Die Trill(2002) (12) “el ser humano es en esencia gregario; lo normal es que desee juntarse, unirse, afiliarse en y con otros ... porque son esos otros los que nos proporcionarán aquello que necesitamos: comprensión, apoyo, esperanza, consejo, cariño y amor”.

El cúmulo de sentimientos, dudas y temores que surgen con la quimioterapia, con frecuencia se intenta disipar por parte del paciente en la sala de espera antes de recibir el tratamiento de quimioterapia al interactuar y relacionarse con otros pacientes que reciben tratamiento similar; este fenómeno, no obedece únicamente a la circunstancia de coincidencia en el espacio de pacientes con padecimientos similares, puesto que estas relaciones interpersonales están

de origen, determinadas por una serie de personas afectadas por la misma problemática, que al reunirse “periódicamente”, crean un ambiente de bienvenida donde puedan desarrollarse la comunicación y las relaciones interpersonales entre los diferentes miembros que se identifican como parte de un grupo, en el cual el suceso traumático y su tratamiento, en este caso el cáncer y la quimioterapia, son los factores de identidad, en el que existen sentimientos de pérdida o peligro, los cuales están asociados a emociones negativas, sentimientos de vulnerabilidad y de falta de capacidad para manejar la situación, cuadro que favorece la desestructuración de los comportamientos habituales del individuo, aparece el estrés y da lugar a una progresiva pérdida de la autoestima (12).

La mayoría de los pacientes que transitan por este tipo de enfermedades sufren los síntomas de angustia referidos con anterioridad, entre los que destaca el hecho de que los pacientes expresen enojo y frustración hacia las personas que les rodean. Esto sucede porque las personas más cercanas conforman una salida en quien desembocar sus sentimientos, pues en este tipo de situaciones resulta difícil expresar el enojo contra el cáncer y las pérdidas que conlleva (como la causa verdadera de la frustración y tristeza), encausan sus sentimientos de enojo en los familiares y amigos, o en quien llegue a encontrarse a su alrededor, como son los pacientes (3).

De esta manera es frecuente que el paciente al transmitir su experiencia con la enfermedad y el tratamiento de quimioterapia a otro paciente de nuevo ingreso, o a un paciente psicológicamente vulnerable y se centre en los temores asociados con el cáncer, como: posible dolor, pérdida de ingresos y cambios en el empleo, cambios en el cuerpo, malestares físicos, y cambios en sus relaciones personales, puede provocar en su receptor de experiencias, disgusto, temor o desesperanza, debido a que estos síntomas cobran demasiada importancia en sus vidas(17).

Esta actitud que podría presumirse como hostil, es fruto de la ansiedad y angustia que sufre el interlocutor de estas experiencias negativas, cuando en

realidad, lo único que pretendía era ofrecer y buscar apoyo, es decir, el fenómeno que se presenta en las salas de espera del servicio de quimioterapia ambulatoria, podría definirse como un grupo de apoyo no institucionalizado(18).

Alternativas Psicooncológicas

Los grupos de apoyo, constituyen uno de los recursos de apoyo social desarrollados para hacer frente a las secuelas psicológicas y sociales derivadas del diagnóstico y tratamiento de una enfermedad grave y crónica como es el cáncer. La definición más conocida de "grupos de auto-ayuda" es la propuesta por Katz y Bender (1976)(19) y que más tarde adoptaría la Organización Mundial de la Salud: “Los grupos de autoayuda son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar un problema que trastorna la vida cotidiana, y conseguir cambios sociales y/o personales deseados.

A pesar del creciente número de grupos de autoayuda para enfermos oncológicos que funcionan actualmente, son muy pocos los estudios que se han realizado sobre los mismos y, por tanto, grande el desconocimiento sobre su funcionamiento y el papel que están cumpliendo (20).

Silverman-Dresner (1990) comparó una muestra de 73 mujeres que acudían a un grupo de autoayuda para mujeres mastectomizadas con otras 210 pacientes de cáncer de mama, que no acudían a ningún grupo de auto-ayuda. Todas las mujeres completaron un cuestionario en el que se solicitaba información sobre inquietudes o miedos padecidos en diferentes momentos a lo largo de la enfermedad.

Los resultados mostraron que, a pesar de la presencia de más preocupaciones y temores en las mujeres del grupo de auto-ayuda, éstas mostraban menor angustia. En cuanto a las razones por las cuales acudieron al grupo, las tres motivaciones más frecuentemente se-

ñaladas fueron: "Sentirme cómoda con mujeres que han vivido la misma experiencia que yo" (58% de la muestra), "Me ayuda saber que otras mujeres tienen mis mismas dificultades, los mismos efectos secundarios, problemas, etc." y "Porque puedo expresar sentimientos negativos sobre mi experiencia". Este resultado coincide con lo observado en el estudio realizado por Stevenson y Cols. (1993). Estos autores enviaron cuestionarios a 106 mujeres con cáncer de mama que asistieron a un grupo de autoayuda solicitándoles que indicaran las razones de su asistencia al grupo. La necesidad de apoyo emocional fue la razón reportada en el 86%, el intercambio de información fue señalado por un 75%, la posibilidad de ofrecer ayuda a los demás un 72%, y el escuchar conferencias o charlas de profesionales expertos en el 67%. Un tercer estudio sobre un grupo de autoayuda para pacientes con cáncer de mama es el realizado por Gray et al. (1997), en el que analizaron tanto las experiencias personales de las mujeres que acudían a este tipo de grupos, los procesos y estructura de los mismos. La muestra utilizada es de 24 expacientes, los resultados fueron agrupados en tres categorías de beneficios de la participación en el grupo:

- (I) apoyo emocional
- (II) práctico e informativo
- (III) procesos del grupo y su estructura.

En cuanto a la primera, entre los beneficios emocionales referidos por las mujeres encuestadas destacan cinco aspectos:

- 1) la importancia de la conexión o vinculación con otras mujeres que están padeciendo o han padecido una situación similar, apareciendo una sensación común definida como "sentimientos de estar en el mismo barco".
- 2) sentirse comprendidas y la posibilidad de compartir experiencias comunes.
- 3) "risa curativa o terapéutica", resaltando la importancia que para ellas posee el sentido del humor; como mecanismo para conectarse con las demás, apareciendo incluso bromas o comentarios graciosos sobre pelucas.
- 4) la oportunidad brindada a pacientes recién diagnosticadas de conocer a supervivientes de la enfer-

medad, la esperanza respecto al futuro, la calidad de vida íntegra, buenas relaciones de amistad, etc.

5) Finalmente, la posibilidad de dar y recibir apoyo del grupo (21).

Conclusiones

Los pacientes que se encuentran en la sala de espera de quimioterapia ambulatoria suelen comunicarse debido a la gran necesidad de externar sus experiencias y sentimientos, pues se identifican unos con otros y confían en lo que se comunican, de esta forma los comentarios que se escuchan en ese lugar son más importantes que los que haya hecho el personal de salud.

Se ha demostrado que los grupos de ayuda tienen un gran poder sobre los pacientes, en este sentido es importante institucionalizar grupos en las salas de espera y de esta manera informar y apoyar a los enfermos.

En el Hospital María Curie se implementó un dispositivo de intervención grupal en la sala de espera de quimioterapia. Y se ha demostrado que los pacientes se encuentran con más habilidades para enfrentar la enfermedad, además de tener mayor información y padecer menos angustia.

Referencias

1. Groshaus CM. Habitando los pasillos: grupos de sala de espera de quimioterapia. Asistencia a pacientes oncológicos y condiciones de existencia en una cultura negadora de la enfermedad y la muerte. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*. Argentina. 2002; 12(2): 5-8 ■
2. Vugia HD. Support Groups in Oncology: Building Hope through the human Bond. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1991; 9: 89-107 ■
3. Herrera GA, Granados GM, De la Garza JS. El Cáncer. En: Herrera GA, Granados GM, González BM. *Manual de Oncología Procedimientos médico quirúrgicos*. 3ª ed. Mc Graw Hill; 2006: 1-7 ■
4. Sepúlveda AJ. La epidemia del tabaquismo en las Américas. *Salud Pública. Méx.* 2002; 44(1): s7-s10 ■
5. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas Compendio Mortalidad/morbilidad/2003, Morbilidad y mortalidad, DGE/SSA. Versión en CD ■
6. Haskell CM. Principios y práctica de cáncer. En: Cameron RB. *Oncología Práctica*. 1ª ed. Editorial Médica Panamericana; 1994: 10-18 ■

7. McLaughlin CJ. Principios de la quimioterapia. En: Cameron RB. *Oncología Práctica*. 1a ed. Editorial Médica Panamericana; 1994: 21-43 ▪
8. Aguilar PJ, De la Garza JS. Quimioterapia. En: Herrera GA, Granados GM, González BM. *Manual de Oncología Procedimientos médico quirúrgicos*. 3ª ed. Mc Graw Hill; 2006: 105-111 ▪
9. Aguilar PJ, De la garza SJ; Quimioterapia En: Herrera GA, Granados GM, González BM, *Manual de Oncología. Procedimientos médico-quirúrgicos*. 3ra. Ed. Mc Graw Hill, 2006: 105-111 ▪
10. Maté MJ, Gil MF, Lluch SP. Quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia. En: Die TM. *Psicooncología*. 1ª ed. ADES; 2003: 283-289 ▪
11. Bion W. Dinámica de grupo. En: *Experiencias en grupos*. 2ª ed. Paidós; 1972: 115-154 ▪
12. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR Breviario: Criterios Diagnósticos*. Masson; 2003 ▪
13. Burton M, Watson M. *Counseling people with cancer*. John Wiley and sons Ltd; 1998: 113-116 ▪
14. Massie MJ, Shakin EJ. Management of depression and anxiety in cancer patients. En: Breitbart W, Holland JC. *Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients*. American Psychiatric Press Inc.; 1993: 1-22 ▪
15. Krupnick JL, Rowland JH, Goldberg RL, Ursula DV. Professionally Led Support Groups for Cancer Patients: an intervention in search of a model. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1993; 23(3): 275-274 ▪
16. Grinberg L, Langer M, Rodrigué E. Cap. 6. Mecanismos de curación en el grupo. En: *Psicoterapia de grupo, su enfoque psicoanalítico*. 5ª ed. Paidós; 1977: 140-166 ▪
17. Grinberg L, Langer M, Rodrigué E. Cap. 7. Grupos especiales. En: *Psicoterapia de grupo, su enfoque psicoanalítico*. 5ª ed. Paidós; 1977: 167-203 ▪
18. Gómez SM. Algunas consideraciones al respecto. En: *Cómo dar malas noticias en medicina*. 2ª ed. Arán ediciones; 1998: 51 ▪
19. Proyecto de fomento y gestión de grupos laicos y autónomos para la ayuda mutua. 2204 (IASIS-VAM). Dispositivo para la intervención comunitaria, activo, maestría en psicología social de grupos e instituciones/UAM-Xochimilco, Instituto de Asistencia e Integración social/ Gobierno del Distrito Federal, México, Marzo 2004 ▪
20. Barrera M. Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology* 1986; 14: 413-445 ▪
21. Durá E, Hernández S. *Boletín de Psicología* 2003; 78: 21-39 ▪