



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso académico 2011/2012

TRABAJO FIN DE GRADO

***Cuidados integrales de enfermería a las pacientes con cáncer de
mama en Atención Primaria***

Autor/a: Aitana Morant Pablo

Tutor/a: Ana Carmen Lucha López

CALIFICACION.

ÍNDICE

	Página/s
1. Introducción	2-4
2. Objetivos	5
3. Metodología	6-7
4. Desarrollo	8-10
5. Conclusiones	11
6. Bibliografía	12-14
7. Anexos	15-16

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de todo el mundo y la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres de los países desarrollados, constituyendo así un importante problema de salud pública¹⁻⁴.

En los últimos años la incidencia ha presentado una tendencia creciente⁵. Actualmente en España se diagnostican unos 16.000 casos nuevos al año^{1,6}, la mayoría entre los 45 y los 65 años⁷. Si la tendencia no cambia, el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es uno de cada ocho^{1,2,4,8}.

La supervivencia, aunque varía según el estado del cáncer de mama en el momento del diagnóstico, en España se sitúa en torno al 80% a los cinco años de ser diagnosticado; una cifra significativamente más alta que la media europea, lo que pone de manifiesto la calidad de nuestro sistema sanitario^{6,8}. Por el contrario, sin tratamiento la supervivencia a los diez años del diagnóstico es mínima⁹.

La mortalidad por cáncer de mama en las mujeres españolas presenta un cambio de tendencia descendente a partir de mediados de los 90⁵. Esto es atribuible al hecho de que al comienzo de los años 90 los países desarrollados comenzaron la implementación de programas de cribado poblacionales^{5,6}. A dicho descenso también colaboraron otros cambios tales como: la mayor eficacia de los tratamientos actuales, como las mejoras en el tratamiento adyuvante o la extensión de la cirugía conservadora, el desarrollo de nuevas técnicas, como la biopsia del ganglio centinela, y el abordaje multidisciplinar de la enfermedad^{5,7,10,11}.

El cáncer de mama no produce síntomas en las fases precoces de la enfermedad, por lo que la presencia de síntomas atribuibles al cáncer de mama suele indicar una enfermedad avanzada o con metástasis, lo cual hace que la única actividad preventiva sea la detección precoz de la enfermedad^{8,9}.

Actualmente todas las Comunidades Autónomas cuentan con programas de detección precoz de cáncer de mama que aconsejan a las mujeres de determinada edad (50-69 años) el realizarse una mamografía con una periodicidad determinada (cada dos años)¹²⁻¹⁴. El objetivo de este cribado es detectar el cáncer en fases iniciales, cuando todavía es tratable y curable, facilitando un tratamiento precoz y menos agresivo^{9,12-14}.

Sin embargo el proceso de cribado por sí mismo no es diagnóstico⁹. Los resultados positivos o sospechosos deben ser confirmados por el estudio anatomopatológico de tejido obtenido mediante BAG (biopsia asistida por vacío), el cual establece el diagnóstico¹⁵. Las pruebas complementarias son necesarias para establecer el estadio y el diagnóstico de las posibles complicaciones⁸.

Todo este proceso no es inocuo, y la mayoría de las mujeres experimentan niveles altos de ansiedad y depresión entorno al momento del diagnóstico, y también a lo largo del tratamiento (cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia)^{15,16} y la recuperación^{17,18}. Esto es debido a que el cáncer de mama repercute en múltiples aspectos de la vida de la mujer (físico, psicológico, social, familiar y laboral) y afecta enormemente a su calidad de vida^{1,18}.

Teniendo en cuenta las alarmantes cifras de incidencia así como la del creciente número de supervivientes a largo plazo, la mejora de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama debe ser parte fundamental de la estrategia terapéutica⁷. Además, la mejora de la calidad de vida va dirigida a las diferentes áreas del funcionamiento biopsicosocial de la mujer con cáncer de mama, y no lo solo a las de contenido físico¹⁹.

Por este motivo es de gran importancia conocer el perfil psicológico de la mujer con cáncer de mama, que en general es de baja autoestima, con sentimiento de miedo al diagnóstico y posterior tratamiento y recuperación, rechazo de su cuerpo por la alteración de la imagen corporal, pérdida del rol de cuidadora e inconformismo con la situación²⁰.

Para ayudar a sobrellevar dichos procesos existen diferentes formas de proporcionar apoyo psicológico, entre las que destacan tres tipos de intervenciones que enfermería puede llevar a cabo: las intervenciones educativo-informativas, las intervenciones psicoterapéuticas, y las intervenciones de grupo^{18,21}. El objetivo del apoyo psicológico es dar a los pacientes la oportunidad de verbalizar sus sentimientos y preocupaciones, para así aumentar su habilidad de hacer frente a la enfermedad, disminuir sus niveles de ansiedad y depresión, aumentar la adaptación a la nueva situación de salud y, finalmente, mejorar su calidad de vida¹⁸.

Por tanto, es muy importante para las pacientes sentir que los profesionales de enfermería se preocupan por su situación²¹, así que siempre que la aceptación de la enfermedad lo permita²⁰, las diferentes formas de apoyo psicológico deberían formar parte del tratamiento global de las pacientes con cáncer de mama en Atención Primaria^{18,21}.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Describir los cuidados de enfermería relacionados con la atención integral a las pacientes con cáncer de mama y el papel de Atención Primaria a lo largo de todo el proceso.

2.2. Objetivos específicos

- 1º. Analizar el cáncer de mama como una situación de salud que conlleva consecuencias complejas en la salud física y psicológica de las mujeres afectadas.
- 2º. Realizar una actualización de conocimientos basados en la evidencia sobre los cuidados de enfermería en las pacientes con cáncer de mama.
- 3º. Evidenciar la importancia del aspecto psicosocial del cáncer de mama debido al carácter crónico de la enfermedad.
- 4º. Presentar unas bases para la creación de un programa de atención que sirva como herramienta al personal de enfermería de Atención Primaria a la hora de prestar cuidados integrales a las pacientes con cáncer de mama, y así mantener o recuperar la calidad de vida de las pacientes que pueda resultar alterada por la enfermedad y su tratamiento.

3. METODOLOGÍA

3.1. Búsqueda bibliográfica

El trabajo ha constado de una primera etapa de exhaustiva búsqueda bibliográfica. Los resúmenes de todos los artículos localizados en la búsqueda bibliográfica han sido leídos, y se han conseguido copias de los artículos considerados pertinentes, es decir, los que aportaban datos referentes a los objetivos del trabajo.

3.2. Objetivos de la búsqueda bibliográfica

- Recopilar la información científica existente que puedan ayudar a la actualización del tema.
- Realizar un análisis objetivo de la literatura.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

- Se han seleccionado estudios en inglés y castellano, publicados en revistas médicas y científicas de calidad contrastada y rigor científico.
- Además, se han seleccionado documentos (Guías de Práctica Clínica, estándares, informes,...) publicados por sociedades profesionales, agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, agencias gubernamentales y otras entidades científicas, que proporcionan evidencia científica sobre diversos aspectos relacionados con el cáncer de mama.
- Se ha revisado la literatura científica entre enero de 2007 y septiembre de 2011.

3.4. Fuentes de información

La recopilación de la información existente ha de ser exhaustiva, por lo cual hay que buscar en el mayor número de fuentes posible. Para ello se utilizaron las siguientes bases de datos bibliográficas:

- PubMed
- Scielo
- Dialnet

Se han revisado también las páginas web que ofrecen recursos sobre Guías de Práctica Clínica y Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

3.5. Estrategia de búsqueda

Se ha planteado la estrategia de búsqueda bibliográfica utilizando el término genérico "breast cancer" y el término específico "breast cancer nursing care".

En las bases de datos en castellano se han utilizado como términos de búsqueda: "cáncer mama" y "enfermería y cáncer de mama".

3.6. Identificación y selección de estudios relevantes

Se han recuperado un total de 927 referencias, de las cuales se han desestimado las que no cumplían los criterios de inclusión, analizando el título y el resumen de cada una de ellas para valorar si eran más o menos indicados con los objetivos del estudio. Las 21 referencias seleccionadas consideradas como pertinentes son las que configuran la bibliografía.

4. DESARROLLO

En las consultas de Enfermería de Atención Primaria se dispone de programas de atención y planes de cuidados para pacientes con enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, pero no en todas existe un programa específico para mujeres con cáncer de mama⁷.

Según el artículo publicado por Braña et al⁷, este hecho debería ser replanteado, ya que la elevada tasa de incidencia en este tipo de tumor, así como el creciente aumento de la población de supervivientes a largo plazo, hace que esta enfermedad pueda considerarse como un proceso crónico. En este sentido, las pacientes podrían verse beneficiadas de un programa de control y seguimiento como los mencionados previamente, a través de los que se brinde información y asesoramiento y se les garantice la continuidad de los cuidados a lo largo del proceso.

Asimismo, la puesta en marcha de un programa de atención destinado a solucionar los problemas de salud ocasionados por la enfermedad no sólo mejoraría sustancialmente la calidad asistencial prestada, sino también la calidad de vida de las pacientes, lo que constituye el aspecto más importante y el fin último de la atención a las mujeres con cáncer de mama⁷.

De acuerdo con el artículo publicado por Romagosa-Albacar et al²⁰, en Atención Primaria se deberían realizar cuidados integrales, incluyendo cuidados postquirúrgicos como el manejo y control de la herida, e identificación de posibles complicaciones, educación sanitaria incluyendo prevención del linfedema y enseñanza de ejercicios de recuperación y, soporte psicológico ante problemas como la baja autoestima, la alteración de la imagen corporal, o la pérdida del rol de cuidadora, lo cual beneficiaría dicha atención integral de la mujer que presenta este importante problema de salud (Anexos. Tabla 1).

Este tipo de intervenciones contribuyen a un fortalecimiento en la toma de decisiones, participación en el tratamiento, mejor control de los

síntomas (dolor, fatiga, náuseas...), aumento de la capacidad del paciente y los familiares para el autocuidado, etc. En consecuencia, mejoran la calidad de vida de las pacientes y aumentan su independencia con respecto a las instituciones sanitarias⁷.

Existen numerosos estudios científicos que ponen de manifiesto el impacto de la enfermedad a nivel psicosocial. De este modo, el artículo publicado por Font et al²¹, sostiene que pese a los avances habidos en el tratamiento de la enfermedad, la mayoría de las pacientes con cáncer de mama experimentan cierto impacto psicológico y/o dificultades en sus actividades cotidianas.

Sin embargo, el artículo publicado por Bellver et al¹⁷, pone de manifiesto que hay programas que no toman ninguna medida en particular hasta que la paciente desarrolla problemas psicológicos, momento en el cual se le remitiría al servicio de psicología o psiquiatría. Así, un programa de atención integral a las mujeres con cáncer de mama defiende la necesidad de realizar intervenciones psicológicas en términos preventivos^{17,18}.

El propósito de las diferentes intervenciones psicológicas es facilitar la adaptación a la enfermedad, conseguir la máxima recuperación lo antes posible y, mantener o recobrar la calidad de vida inicial^{18,21}. Para ello existen diferentes formas de proporcionar apoyo psicológico, entre las que destacan tres tipos que enfermería puede llevar a cabo²¹.

Las intervenciones educativo-informativas, consisten en proporcionar información relevante sobre la enfermedad y su tratamiento y/o como afrontar los diferentes problemas, dónde obtener qué ayudas, etc. Esto produce efectos beneficiosos a largo plazo en la adaptación al entorno social, familiar y laboral (Anexos. Tabla 2). Además, el hecho de proveer de información a las pacientes reduce la ansiedad y la incertidumbre pre-tratamiento²¹.

Las intervenciones psicoterapéuticas o cognitivo-conductuales, permiten actuar según la situación y necesidades individuales de cada paciente. Mediante la utilización de relajación, reestructuración cognitiva, terapia de solución de problemas, biofeedback, entrenamiento en destrezas

de afrontamiento, etc., se adaptan al ritmo y necesidades de cada paciente (Anexos. Tabla 3). De este modo, las pacientes pueden hablar y desahogarse respecto a sus preocupaciones, dificultades, sentimientos negativos...^{18,21}

En las intervenciones de grupo se facilita que las pacientes compartan experiencias con la finalidad de mejorar la adaptación a la enfermedad (Anexos. Tabla 4). Las terapias de grupo van más allá de proporcionar información o educar a una serie de pacientes al mismo tiempo. Se trata de compartir experiencias, y realizar un aprendizaje social mediante la identificación con personas que padecen la misma enfermedad²¹.

Según el artículo publicado por Alonso et al¹, las medidas comprendidas dentro del programa de atención a pacientes con cáncer de mama deberían ser desarrolladas por los profesionales de enfermería de los centros de Atención Primaria. Estos están especialmente cualificados para informar, educar, valorar necesidades, apoyar y servir de enlace entre el paciente y otros profesionales, en un ámbito muy propicio para el entendimiento entre enfermera y paciente.

Además, no hay que olvidar que para asegurar el logro de la coordinación de los cuidados que prestamos a las pacientes y favorecer una mejora en la calidad de los mismos, el artículo publicado por Muñoz et al⁴, recalca que es fundamental la planificación, ejecución y evaluación de todas aquellas intervenciones que se pongan en marcha, lo cual se debe llevar a cabo mediante la aplicación de la metodología enfermera: el proceso enfermero.

Por otro lado, Braña et al⁷, destaca que esta temática constituye un ámbito que es necesario impulsar para ser investigado por los profesionales de enfermería, ya que para ofrecer una atención de calidad a esta cada día mayor población de mujeres afectadas, es prioritario el conocimiento de la mejor evidencia acerca de las necesidades y problemas de salud que padecen.

5. CONCLUSIONES

Debido a que epidemiológicamente el cáncer de mama se puede considerar una enfermedad crónica, se justifica la necesidad de la implantación de un programa de atención en los centros de AP para las pacientes que padecen este importante problema de salud.

Dicho programa debería centrarse en la atención de los aspectos psicológicos derivados de la enfermedad y en la mejora de la calidad de vida de las pacientes.

El programa debería ser creado y desarrollado por los profesionales de enfermería, los cuales están especialmente cualificados para garantizar la continuidad y la calidad de los cuidados.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso Diego I, Pinilla González-Gallego S, Fernández Gonzalo A, Alonso Martín AM, Camino Gómez M, López de Castro F. Papel de Atención Primaria en el cáncer de mama. *Nursing*. 2010;28(10):56-61.
2. Ocón Hernández O, Fernández Cabrera MF, Pérez Vicente S, Dávila Arias C, Expósito Hernández J, Olea Serrano N. Supervivencia en cáncer de mama tras 10 años de seguimiento en las provincias de Granada y Almería. *Rev Esp Pública*. 2010;84:705-715.
3. Peinado Barraso MC, Cabrerizo-Cordero MR, Granados Matute AE, Contreras-Fariñas R. Caso clínico: coordinación en los cuidados de una paciente con cáncer de mama. *Enferm Clin*. 2008;18(5):273-277.
4. Muñoz Sáez F, Moreno Carrión E, Peinado Barraso MC, Granados Matute AE. Cuidados de enfermería en paciente con cáncer de mama. *Hygia*. 2011;(77):13-15.
5. Vidal Lancis C, Martínez-Sánchez JM, Mateos Mazón M, Peris Tuser M. Mortalidad por cáncer de mama: Evolución en España y sus comunidades autónomas durante el periodo 1980-2005. *Rev Esp Salud Pública*. 2010;84:53-59.
6. Pollán M, García-Mendizábal M J, Pérez Gómez B, Aragonés N, Lope V, Pastor R, Ramis R, Fernandez P. Situación epidemiológica del cáncer de mama en España. *Psicooncología*. 2007;4(2-3):231-248.
7. Braña Marcos B, Carrera Martínez D, de la Villa Santoveña M, Avazas Fernández S, Gracia Corbato MT, Díaz Barroso A. La estimación de la calidad de vida y la atención integral en mujeres con cáncer de mama. *Metas de Enferm*. 2010;13(9):67-70.

8. Rodrigo García-Pando C, Goenaga Olaizola C, Granados Arroyo JJ. Valoración de la aptitud laboral en trabajadoras sanitarias con cáncer de mama. *Med Segur Trab.* 2011;57(224):210-223.
9. González A, González MJ. Los programas de detección precoz en el cáncer de mama en España. *Psicooncología.* 2007;4(2-3):249-263.
10. DeSantis C, Siegel R, Bandi P, Jemal A. *Breast Cancer Statics*, 2011. *Ca Cancer J Clin.* 2011;61(6):409-418.
11. Barroso García P, Ruiz Pérez I, Puertas de Rojas F, Parrón Carreño T, Corpas Nogales E. Factores relacionados con la no participación en el programa de detección precoz de cáncer de mama. *Gac Sanit.* 2009;23(1):44-48.
12. Queiro Verdes T, Cerdá Mota T, España Fernández S, coordinadoras. Información a usuarias sobre el cribado de cáncer en la mujer: Evaluación de la situación actual y establecimiento de estándares de información basada en la evidencia: 1. Información a usuarias sobre el cribado de cáncer de mama. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-t Nº. 2007/05-1.
13. Garrido Elustondo S, Sánchez Padilla E, Ramírez Alesón V, Sonzález Hernández MJ, González Navarro A, López Gómez C. Opinión y participación de los médicos de familia de la comunidad de Madrid en el programa regional de detección precoz de cáncer de mama en 2007. *Rev Esp Pública.* 2008;82:201-208.
14. Canadian Medical Association or its licensors. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. 2011;183(17):1991-2001.

- 15.Oncosur. Grupo de trabajo oncológico de centros hospitalarios del sur de Madrid. Guía clínica de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Madrid: YOU & US, S.A. 2009.
- 16.Hulvat MC, Hansen NM, Jeruss JS. Multidisciplinary care for patients with breast cancer. Surg Clin NA. 2009;89(1):133-176.
- 17.Bellver A, Sánchez-Cánovas J, Santaballa A, Munárriz B, Pérez-Fidalgo JA, Montalar J. Mujeres con cáncer de mama: Evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de interacción psicológica en el ámbito hospitalario. Psicooncología. 2009;6(1):139-154.
- 18.Gümüş AB, Çam O. Effects of emotional support-focused nursing interventions on the psychosocial adjustment of breast cancer patients. Asian Pacific J Cancer Prev. 2008;9:691-697.
- 19.Arraras JI, Illarramendi JJ, Manterola A, Salgado E, Domínguez MA. Progresos en la evaluación de la calidad de vida en el cáncer de mama. El sistema de medida de la EORTC. Psicooncología. 2007;4(2-3):367-384.
- 20.Romagosa- Albacar C, Garatea-Zubieta A, Inoriza JM. Cuidados de enfermería a la mujer con patología mamaria: organización de una consulta específica. Enferm Clin. 2007;17(1):37-40.
- 21.Font A, Rodríguez E. Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. Psicooncología. 2007;4(2-3):423-446.

7. ANEXOS

Tabla 1. Funciones desempeñadas en la consulta de enfermería²⁰.

Cuidados postquirúrgicos	Educación sanitaria	Soporte psicológico
Revisión y cura de la herida	Informar acerca de posibles dudas, tratamientos y efectos secundarios	Dar soporte y acompañamiento a la mujer y a la familia
Retirada de drenajes y suturas	Informar acerca del material protésico existente: pelucas, ropa...	Valorar estado anímico y actitud (test psicológico)
Identificar posibles complicaciones: infecciones, seromas, hematomas.	Educar para la prevención del linfedema	Favorecer la expresión de miedos y dudas
Verificar la comprensión de la información dada al alta	Informar acerca de hábitos dietéticos y de higiene	Intentar la participación de la familia en todo el proceso
Evaluar la movilidad y favorecer los ejercicios de rehabilitación		Informar acerca de actividades y programas de diferentes asociaciones de ayuda

Tabla 2. Intervenciones informativo-educativas²¹.

Resultados significativos observados	Procedimiento empleado
Disminución de la ansiedad e incertidumbre previas a la intervención	Información oncológica estructurada
Disminución de la ansiedad durante el primer tratamiento	Información sobre nutrición
Desarrollo de estrategias preventivas de auto-cuidados anticipados a la quimioterapia	Vídeo sobre la experiencia de otras pacientes
Mejor control de los síntomas secundarios de fatiga, estrés y depresión	Counselling por teléfono
Incremento de la sensación de seguridad y de recibir apoyo emocional	Comentar la información médica
Menos síntomas depresivos	Educación sobre afrontamiento
Mejor funcionamiento físico	Información sobre nutrición
Mejor calidad de vida familiar y social	Educación oncológica estructurada
Mejor adaptación a la enfermedad	"Kit" de información, autoayuda y recursos de apoyo disponibles

Tabla 3. Intervenciones psicoterapéuticas individuales²¹.

Resultados significativos observados	Procedimiento empleado
Detección precoz de problemas psiquiátricos	Entrevistas (counselling)
Disminución del estrés pre-quirúrgico	Terapia conductual combinada (control de ansiedad, respiración, imaginación)
Mejor afrontamiento a los efectos secundarios de los tratamientos	terapia cognitivo-conductual + biofeedback
Reducción del estrés asociado a la enfermedad	Terapia educativa por teléfono

Mejor estado emocional y relación con la pareja	Counselling en pareja
Menor ansiedad en las fases iniciales de la enfermedad (primer tratamiento)	Entrenamiento en relajación/imaginación guiada
Mejora de la adaptación de las pacientes con antecedentes vitales estresantes	Intervención psicoterapéutica pre-operativa breve
Mejoras en calidad de vida general de pacientes sin metástasis	Terapia cognitiva
Mejor control de síntomas eméticos en quimioterapia adyuvante	Terapia conductual combinada (relajación muscular, respiración, imaginación)
Reducción de la depresión asociada a la primera fase de tratamiento	Terapia cognitiva
Menor depresión y ansiedad en la fase de intervalo libre	Programa de apoyo psicosocial
Reducción de la fatiga, mejora del estado de ánimo	Programa de incremento de la actividad física
Reducción de los trastornos del sueño de pacientes en estadio II	Técnicas de "mindfulness"
Disminución de la frecuencia de emociones negativas	Técnicas creativas ("arte-terapia")
Mejor control del dolor metastático	Entrenamiento en relajación y visualización
Menor ansiedad y depresión pese a dolor metastático	Entrenamiento en afrontamiento cognitivo
Mejora de la depresión en cáncer de mama metastático	Terapia cognitiva

Tabla 4. Intervenciones psicoterapéuticas grupales²¹.

Resultados significativos observados	Procedimiento empleado
Mejor calidad de vida, bienestar general	Terapia educativa
Disminución de la tensión, el cansancio y el dolor, de pacientes en fase de enfermedad avanzada	Terapia de expresión emocional y apoyo (tipo Spiegel)
Mejor estado afectivo/emocional	Terapia cognitiva de afrontamiento
Control del dolor metastático	Entrenamiento en auto-hipnosis
Disminución de la depresión	Psicoterapia experiencial-existencial
Mejora del estado de ánimo y la autoestima, a medio plazo, de pacientes de cáncer de mama metastático	Terapia cognitivo-conductual de larga duración
Mejora el estado emocional de las pacientes en fase inicial	Terapia de expresión emocional y apoyo (tipo Spiegel)
Disminución de la alteración emocional de pacientes tratadas con trasplante autólogo de médula ósea	Terapia de expresión emocional y apoyo (tipo Spiegel)
Mejor calidad de vida a largo plazo, en pacientes de cáncer de mama en estadio inicial	Terapia psicoeducacional breve
Reducción de la ansiedad	Terapia cognitivo-conductual/existencial para el manejo del estrés
Mejorías en diferentes parámetros de la calidad de vida	Terapia de grupo combinada (emocional y educativa)
Reducción de la depresión	Terapia de expresión emocional y apoyo (tipo Spiegel)
"Aceleración" del proceso de adaptación emocional de pacientes recién diagnosticadas	Terapia cognitivo-conductual para mejorar el afrontamiento