



SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.

GACETA MEXICANA
DE ONCOLOGÍA

www.elsevier.es



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía

Aime Edith Martínez-Basurto^{a,*}, Andrea Lozano-Arrazola^a, Ana Laura Rodríguez-Velázquez^b, Óscar Galindo-Vázquez^a y Salvador Alvarado-Aguilar^c

^a Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México

^b Universidad del Valle de México, México D.F., México

^c Instituto Nacional de Cancerología, México D.F., México

PALABRAS CLAVE

Impacto psicológico;
Cáncer de mama;
Mastectomía; México.

Resumen El cáncer de mama implica para muchas mujeres una situación que afecta física y psicológicamente su calidad de vida. Una de las fases en las que se presenta un mayor deterioro emocional es durante el tratamiento, debido a los efectos secundarios, colaterales y secuelas del mismo, como la cirugía. La presente revisión tiene como objetivo describir los aspectos psicológicos derivados del cáncer de mama y la mastectomía principalmente. Encontrando que dicho procedimiento afecta de manera importante la percepción de la imagen corporal de la mujer, en sus relaciones sociales y de pareja.

KEYWORDS

Psychological impact;
Mastectomy; Breast
cancer; Mexico.

Breast cancer and mastectomy's psychological impact

Abstract Breast cancer for many women involves a situation that affects their physical and psychological quality of life. One of the phases in which presents a greater emotional deterioration is during treatment due to side effects of treatments such as surgery. That's why this review aims to describe those psychological aspects that are derived from breast cancer and mastectomy mainly. Finding such a procedure significantly affects the perception of body image in their social relationships and dating.

1665-9201 © 2014 Gaceta Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia: Cerrada de Fco, Moreno N° 5, Colonia Vallejo Poniente, Delegación Gustavo A. Madero, C.P. 07790, México D.F., México. Teléfonos: 55 2631 6247, 55 3268 7915. Correo electrónico: aimedith@yahoo.com.mx (Aime Edith Martínez-Basurto).

Introducción

En la actualidad, la aparición de nuevas enfermedades crónicas ha impactado a muchas personas alrededor del mundo, además de que los métodos que se han empleado para combatir las cada vez son más agresivos para las personas.

Se ha puesto importante interés en desarrollar tecnologías que disminuyan la incidencia y progresión de diferentes enfermedades, sin embargo, también es importante desarrollar y proveer a las poblaciones de habilidades que fomenten un mejor cuidado de la salud, no sólo para prevenirla, sino también para llevar un mejor control sobre éstas.

De entre las enfermedades crónicas que existen, estudiar el cáncer se ha vuelto de suma importancia, debido a que desde ya hace varias décadas, es una enfermedad que a nivel mundial es un problema de Salud Pública (Organización Mundial de la Salud, 2008)¹.

En México, específicamente el cáncer de mama ha logrado impactar de manera epidemiológica, pues es considerada como la segunda causa de muerte entre las mujeres.

No obstante, el mismo curso de la enfermedad trae consigo diversas complicaciones que se presentan de manera novedosa en la vida de quien lo padece, lo cual implica un cambio en los estilos de vida, y la mayoría de las veces dicho cambio trae consigo diversos conflictos psicológicos que afectan tanto su desarrollo personal como su calidad de vida y posición frente a la enfermedad.

Sobre todo, si los procedimientos oncológicos, como la cirugía conlleva secuelas que limitan y potencializan el desgaste cognitivo, emocional y conductual de las pacientes. Por lo anterior, resulta relevante analizar dichas temáticas.

Es por eso, que el presente artículo hace una revisión de la literatura e indaga en los principales aspectos psicológicos que se derivan del cáncer de mama y la mastectomía, así como las principales alternativas de tratamiento psicooncológico que merman el impacto de la enfermedad.

Desarrollo

El cáncer es un grupo de enfermedades caracterizado por un crecimiento anormal y desordenado de las células, causado tanto por factores externos (tabaco, químicos, radiaciones, organismos infecciosos) como de factores internos (hormonas, condiciones inmunes y mutaciones que ocurren a causa del metabolismo). Estos factores pueden actuar juntos o en secuencia para iniciar o promover la carcinogénesis².

Dentro del panorama mundial, el cáncer ha destacado de entre las enfermedades crónico-degenerativas por sus altos índices de morbilidad y mortalidad, lo que ha provocado entre otros factores que se convierta en un problema de salud pública³.

De acuerdo con la OMS (2008)¹, se prevé que entre 2007 y 2030 el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11.3 millones a 15.5 millones, asimismo el número de muertes durante este periodo, aumentará un 45% a nivel mundial.

Por otra parte, las cifras de la *American Cancer Society* (2008)⁴ muestran que en Estados Unidos el número estimado de muertes por cáncer varía entre hombres y mujeres; en el caso de la población masculina se tienen estimados 294,120 casos, de éstos, los tipos de cáncer que más se presentan son el de pulmón, próstata y colon y recto.

Para las mujeres se estimaron 271,530 casos de muerte presentadas y de éstos, los de mayor mortalidad son el cáncer de pulmón, de mama y, colon y recto. Con base en estas cifras, se estima que alrededor de 1.4 millones de nuevos casos serán diagnosticados en el 2008, además de que el cáncer de próstata y el de mama serán los más diagnosticados en hombres y mujeres, respectivamente.

En México, de acuerdo con el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (2003)³ se registraron 110,094 casos de cáncer, de éstos 38,193 fueron en hombres y 71,091 para mujeres. El cáncer que tiene mayor incidencia es el de piel con 14,317 casos, seguido por el de mama con 12,488 y el de cuello uterino con 9,227 casos presentados. Los tipos de cáncer que resultan ser más agresivos y mortales son el de pulmón, el cual generó 6,754 muertes, estómago con 5,201 e hígado con 4,764 muertes.

De manera más específica, en el caso de la población femenina se observa que el cáncer de mama tiene una mayor incidencia, presentando 12,433 casos. En 2007 se estimaron cerca de 178,480 nuevos casos diagnosticados de cáncer de mama y el número de muertes estimado fue de 40,460 casos¹.

La prevalencia estimada es de 2.4 millones de casos, tomando en cuenta a mujeres que se encuentran libres de enfermedad, y otras que están bajo tratamiento⁵. En México, el cáncer mamario es el más frecuente entre la población femenina, en el año 2003 hubo 12,433 nuevos casos³.

Cáncer de mama

El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de este tejido y algunas veces forman un bulto, también llamado tumor. Los tumores pueden ser benignos o malignos; la diferencia estriba en que los primeros están formados por células de aspecto normal, y carecen de la capacidad de invadir tejidos circundantes y difundirse a otras partes del cuerpo; en cambio los tumores malignos están conformados por células de aspecto anormal, capaces de invadir tejidos cercanos y difundirse a otras partes del cuerpo⁶.

Es importante mencionar que no todos los casos de cáncer de mama son iguales, se diferencian tanto por las células anormales que les dieron origen como por la ubicación dentro del seno, sin embargo una de las diferencias más importantes que se debe detectar a tiempo, es el estadio en el que se encuentra, es decir, se debe describir cuál es su tamaño y si existen o no células cancerosas en los ganglios linfáticos y otros sitios del cuerpo⁷.

Aún no se conoce cuáles son las causas por las que se origina el cáncer mamario, sin embargo, se sabe que es un problema multifactorial, en el caso de este tipo de cáncer hay algo que parece cierto y es que el estrógeno desempeña una función importante en la aparición de este cáncer al inducir el crecimiento de las células mamarias, lo que aumenta el potencial de errores genéticos y por lo tanto, la aparición del cáncer⁸.

Otros factores que se han relacionado con la aparición del cáncer de mama son presentados en la tabla 1⁹.

Por otro lado, Austrich y González (2007)⁷ refieren los factores de riesgo que están relacionados con los estilos de vida de las personas, entre los más frecuentes encontramos los expuestos en la tabla 2.

Tabla 1 Factores biológicos del cáncer de mama

- Edad mayor a 40 años.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Cáncer de mama previo.
- Antecedentes reproductivos: mujeres que nunca dieron a luz o tuvieron a su primer hijo después de los 30 años de edad.
- Menarca antes de los 12 años.
- Menopausia tardía, después de los 52 años.
- Enfermedades benignas de mama como quistes y tumores cancerosos.

Tomado de Cárdenas y Sandoval⁹.

Es importante remarcar que todos estos factores potencializan la aparición del cáncer, más no son las causas directas que lo generan.

Con respecto al tratamiento del cáncer de mama, la *American Cancer Society* y *National Comprehensive Network* (2007)¹⁰, mencionan que el tratamiento al que se somete cada mujer es diferente y esto va a depender del avance de la enfermedad, las principales formas de tratamiento conocidas son:

- *La radioterapia*: es la aplicación de energía producida por un aparato de rayos X que ataca directamente a las células malignas.
- *La quimioterapia*: se basa en el uso de medicamentos que destruyen las células malignas que podrían reproducirse y formar otro cáncer.
- *Los tratamientos hormonales*: consiguen que las células cancerosas no puedan reproducirse más, este tratamiento al igual que la quimioterapia es en forma de medicamentos.
- *La cirugía*: se ofrece como primera opción para aquellas mujeres que presentan tumores pequeños, sin embargo también es una opción de tratamiento adyuvante.

En especial, de los tratamientos mencionados anteriormente, la cirugía impacta fuertemente en la estructura física y funcional de las mujeres, sobre todo cuando se trata de una mastectomía radical, pues resulta ser una intervención que visualmente no es agradable.

Mastectomía

La cirugía, es considerada como un procedimiento estándar en el tratamiento del cáncer de mama, es indicada para la enfermedad multicéntrica y algunos carcinomas ductales *in situ*¹¹.

Siguiendo esta misma línea, la mastectomía consiste en la extirpación de la mama, gran parte de piel de la pared torácica y nódulos¹². Se puede hablar de una mastectomía uni o bilateral, cuya secuela física inmediata y permanente en muchos casos es una mutilación⁶.

Dicha mutilación, desemboca diferente conflictos, ya que culturalmente los senos son concebidos como símbolo de mujer, femineidad y capacidad reproductora, entre otros¹³; sin embargo, por medio de relatos de pacientes

Tabla 2 Factores de riesgo y estilos de vida relacionados con el cáncer de mama

- Dieta rica en grasas.
- Ingesta de alcohol.
- Obesidad.
- Tabaquismo.
- Uso de hormonas por más de 10 años.

Tomado de Austrich y González⁷.

mastectomizadas, Pires y Norbe (2003)¹⁴ encontraron que los senos también expresan erotismo, sensualidad y sexualidad.

Esta concepción es valorada por las mujeres de manera significativa, es por eso que ante la pérdida de un seno, las consecuencias a nivel psicológico repercuten de manera drástica en la autoimagen, puesto que física y visualmente constituye una deformidad importante sobre el cuerpo de la mujer y se ha comprobado que mientras una paciente presente mayor deformidad y disfunción, la probabilidad de que desarrolle un mayor número de problemas psicológicos y sociales es alta¹⁵.

Además de que la manera en la cual las pacientes enfrenten dicho impacto va a ser mediado por lo que hagan o dejen hacer con respecto a su salud. Es por eso, que el comportamiento humano es parte esencial en la calidad de vida ya sea en la salud como en la enfermedad¹⁶.

El término de comportamiento humano incluye emociones, cogniciones y conductas y son estas 3 esferas las que se ven afectadas de manera drástica, tal como se ejemplifica a continuación.

A nivel emocional

Sánchez Sosa (2002)¹⁶ plantea que las emociones, pueden ser vistas de 2 maneras. La primera, "son la expresión interpersonal o social de las emociones y sentimientos, tales como el miedo, rabia, placer, tristeza, etc."

La segunda, "las emociones también involucran reacciones psicofisiológicas, por ejemplo el miedo y la ansiedad son asociados con el incremento de la tasa cardíaca, presión arterial sistólica, circulación sanguínea en músculos o decremento de la irrigación sanguínea en la piel".

De lo anterior, se puede observar el impacto que causa la mastectomía sobre la mujer, produciendo diferentes emociones, y la intensidad con la que se presenten éstas, va a estar mediada por los estilos de afrontamiento con los que se cuentan.

Diferentes autores han recopilado datos de las emociones que más se presentan como consecuencia de la mastectomía. Por su parte, Amayra, Exteberria y Valdosedá (2001)¹⁷ mencionan que ante la mastectomía se producen sentimientos de pérdida, mutilación y desvalorización de la imagen corporal, entre otros.

La pérdida de un seno, también está asociada a diversas emociones, como frustración, tristeza, enojo, etc. Sin embargo, diversos autores Fernández, 2004¹⁵; Gil y Costa, 2005¹⁸; Deanna, 2004¹⁹ y Lentz, 2005²⁰ coinciden en que las pacientes mastectomizadas presentan con mayor regularidad trastornos de ansiedad y depresión.

En un estudio realizado por Engel, Kerr, Schlesinger, Sauer y Hölzel durante el 2004²¹, se encontró que las mujeres después de la cirugía reportan haber experimentado síntomas depresivos y estos se correlacionaron con el estrés, pues existían percepciones del cáncer como un evento estresante con pensamientos intrusivos y eventos estresantes como el nivel socioeconómico.

Otro aspecto importante, mencionado en el estudio de Engel et al.²¹ es en el aspecto emocional, pues es conveniente considerar que la edad es un factor determinante, pues se ha visto que las pacientes jóvenes se preocupan más por las cuestiones financieras y sobre su salud en el futuro, también tienden a tensarse y deprimirse con mayor frecuencia.

Con base en la literatura, se puede plantear que la cirugía no es la única causa de todas las emociones que experimenta una paciente, también existen otras circunstancias en la vida de las personas como los problemas económicos, pérdidas recientes (como un ser querido, un divorcio, etc.), las cuales favorecen la presencia de otras emociones y las ya existentes se intensifican.

En este sentido, se puede deducir, aquellas mujeres que poseen altos niveles de autoestima, apoyo social y mejores estilos de afrontamiento, tendrán un mayor bienestar psicológico, según García y González (2007)²².

A nivel cognitivo

Las cogniciones, mejor conocidas como creencias, ideas y pensamientos, son otro componente psicológico a considerar; éstas regulan las emociones y por ende las conductas. Según (Ellis, 1975)²³ las cogniciones son la interpretación de la realidad, inferencias o evaluaciones que se hacen las personas sobre sí mismos, sobre los demás y el mundo que los rodea.

Es importante aclarar, el sufrimiento emocional de las pacientes se debe principalmente, no sólo a las circunstancias o eventos de la cirugía, sino más bien al significado que las personas le atribuyen a estos sucesos, la valoración está mediada por las creencias que cada individuo tiene con respecto a la imagen corporal y de sí mismo; y la intensidad con la que se vivan éstas va a depender de las habilidades de afrontamiento y características de personalidad de cada paciente¹⁵.

Si las cogniciones son irracionales, es decir, interpretaciones poco funcionales, ilógicas, poco empíricas, inconsistentes con la realidad empírica, dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo Ellis (2002)²³, en el caso de la salud pueden llegar a afectar las oportunidades de mantener un estado físico saludable, así como también llegan a producir emociones poco funcionales para las pacientes.

Una de las distorsiones cognitivas que presentan estas pacientes, se da principalmente por la atención selectiva que se tiene sobre la zona afectada (seno o senos mutilados), la alteración de la simetría corporal es entendida por la mayoría de las pacientes como una deformidad” según Rojas (2006)²⁴, de igual manera, suelen magnificar el tamaño de las cicatrices, y esto a su vez, provoca creencias disfuncionales relacionadas con la pérdida del atractivo personal, de su valor como persona y de la identidad sexual¹⁵.

Flórez (1994)²⁵, Die T y Die G (2003)²⁶, señalan que el pensarse deformada impide en muchas ocasiones mantener relaciones sociales adecuadas (la mujer evita determinadas situaciones, como la interacción con otras personas) y puede producir un estado de alerta continuo acerca del propio aspecto, aún cuando la deformidad no sea obvia para los demás.

También es importante identificar que la percepción del impacto ante la pérdida o deformidad de los senos varía dependiendo de la edad de la paciente, pues se ha visto que la amenaza al autoconcepto de femineidad sería más intensa en las mujeres jóvenes cuyo atractivo y fertilidad está en auge, especialmente en aquellas que son solteras y no disponen de pareja¹⁷.

Aunado a lo anterior, Olivares, Naranjo y Alvarado (2007)²⁷, mencionan que existen mujeres que se consideran más bellas, atractivas y en general mejores personas siempre, cuando tienen unas mamas intactas, sin embargo ante la mutilación se genera un importante deterioro en la autoestima.

Como se puede observar, el aspecto cognitivo hace referencia principalmente a la percepción corporal y a la valoración que se tiene del autoconcepto de mujer; en otras pacientes es interesante señalar que existen factores (como la edad y el estado civil) que influyen en la magnificación o adaptación de dichas creencias.

A nivel conductual

Las conductas o el comportamiento consisten en toda actividad que “sirve como instrumento para afectar el ambiente (interno o externo) dejando consecuencias relativamente específicas”, es decir hace referencia a todo lo que hacemos y decimos¹⁶.

La conducta de un individuo se ve afectada por las emociones, creencias, ideas y pensamientos que se tengan. Las creencias funcionales pueden provocar conductas como la adherencia terapéutica, la adaptación y reconocimiento de la enfermedad, que permiten mejorar el bienestar físico y psicológico; o de manera contraria, las creencias irracionales pueden generar conductas desadaptativas, como la inconsistencia al seguir el tratamiento médico, no acudir a las citas, etc. Las cuales conllevan diversas complicaciones físicas y psicológicas¹⁶.

En el caso de las mujeres mastectomizadas se pueden identificar ciertas conductas desadaptativas, tales como las refiere Fernández (2004)¹⁵:

- Comportamientos de evitación de las relaciones sociales y aislamiento: debido a la vergüenza y temor al rechazo por parte de las personas del entorno.
- Evitar mirarse al espejo o mirar directamente la zona afectada: a menudo tienden a magnificar la percepción y tamaño de las cicatrices, así como ver de deformidad en su cuerpo.
- Cambio en el estilo de ropa: sobre todo para ocultar la parte operada.
- Problemas sexuales: dado que los senos tienen un valor cultural importante sobre la sexualidad y la percepción corporal.

Por ejemplo, la aparición del cáncer de mama en una mujer en edad reproductiva que oscila entre los 29 y los 39

años, resulta más difícil, debido a que este periodo se caracteriza por la búsqueda de pareja y la procreación para muchas mujeres se vuelve un tema relevante¹⁰.

Henson, 2002²⁸ plantea que un significativo número de mujeres llegan a experimentar diversas dificultades sexuales, por ejemplo, la disminución en frecuencia de la actividad coital y anorgasmia, ya sea por recibir el diagnóstico de cáncer o por los efectos de los tratamientos oncológicos.

Entonces, la sexualidad se vuelve un tópico difícil de sobrellevar, debido a los cambios en la imagen corporal y las creencias disfuncionales sobre la reproducción en la mujer, lo cual entorpece el disfrute de las relaciones sexuales y la relación de pareja en general.

Gil y Costa (2005)¹⁸, encontraron que la deformidad física altera el establecimiento de relaciones íntimas, sobre todo en mujeres jóvenes sin parejas estables, o en aquellas que mantienen relaciones que ya eran conflictivas.

Además evitan o se sienten evitadas en estas relaciones íntimas¹⁴, y el creer que han dejado de ser sexualmente atractivas, trae como consecuencia que “no vuelvan a ser capaces de sentir ni dar placer, e incluso su capacidad de amar y ser amadas está mermada definitivamente”. Rojas (2006)²⁴ es por eso que la aparición de trastornos sexuales y los conflictos maritales se dan de manera regular.

De las mujeres mayores, se piensa que en el aspecto sexual, el impacto de la mastectomía pudiera ser “menor”, dado que en diversas ocasiones, las relaciones íntimas han disminuido o desaparecen, tal vez porque ya no tienen una pareja.

Sin embargo, de acuerdo con un estudio realizado por Mandelblatt, Figueiredo y Cullen²⁹ en el 2003, se encontró que 15.1% mujeres de su muestra habían sido sexualmente activas antes de padecer cáncer, y posterior al diagnóstico reconocían un impacto negativo sobre sus intereses sexuales.

La mayoría de las problemáticas sexuales relacionadas al cáncer, suelen tener un origen psicológico, puesto que “la cirugía *per se* no debe producir alteraciones en el deseo sexual, ni reducir su capacidad para lubricar, tener sensaciones genitales placenteras o alcanzar un orgasmo” según Die Trill (2006)³⁰, más bien la depresión y la ansiedad que experimentan estas mujeres repercuten en su actividad sexual, así como también los efectos colaterales de la quimioterapia y hormonoterapia²⁸.

De aquí la importancia de trabajar estos aspectos psicológicos, para mejorar las relaciones de pareja y para impedir la aparición de otros trastornos que afecten la calidad de vida de las pacientes.

Alternativas de tratamiento psicooncológico

El impacto del cáncer y sus tratamientos oncológicos, limitan la vida social, familiar y personal de las pacientes, de ahí la importancia de intervenir en estas problemáticas con el fin de lograr un reconocimiento de la nueva imagen corporal y por ende, mejorar la calidad de vida las pacientes mastectomizadas y disminuir el sufrimiento emocional que presentan.

El apoyo psicooncológico es importante para que las pacientes aprendan nuevas habilidades de autorregulación emocional, cognitivas y conductuales que les permitan disminuir los efectos de estos cambios corporales y así facilitar

que la persona se pueda sentir más cómoda consigo misma y menos limitada. Estas alternativas de apoyo psicooncológico deben responder a las necesidades de las pacientes en las diferentes fases de la enfermedad como del tratamiento oncológico, de acuerdo a Font-Guiteras (2006)³¹.

Las intervenciones deben enfocarse en la modificación de uno o más aspectos de los componentes de la conducta humana (emociones, cogniciones y conductas)¹⁶.

A pesar de que cada uno de estos componentes pueda contribuir a cambios relativos dentro de un contexto de salud-enfermedad, estos trabajan juntos y afectan unos a otros en todo momento a lo largo de la vida.

Se propone algunas estrategias para las pacientes mastectomizadas como:

1. Reestructuración de ideas disfuncionales, principalmente aquellas relacionadas con la imagen corporal, la aceptación de la nueva imagen y el cambio de ideas relacionadas con el concepto de mujer, según Ellis (2002)²³.
2. Autorregulación emocional Lazarus y Folkman (1991)³², en combinación con técnicas cognitivas (imaginería) pueden extinguir respuestas emocionales condicionadas a una situación, y re-condicionar sus respuestas a pensamientos, emociones y comportamientos racionales ante la misma situación, por ejemplo, la técnica de Imágenes Racional Emotivas (IRE) propuesta por Ellis (2002)²³.
3. Cambios conductuales, Fernández (2004)¹⁵ propone que se deben emplear los mismos recursos con los que cuenta cada paciente y así escoger algunas estrategias que se adapten a sus necesidades como el uso de prótesis adecuadas a su cuerpo, brindar diversas formas de arreglarse físicamente y la búsqueda de información principalmente.

Estas estrategias le brindan a la paciente la oportunidad de conocer otro tipo de recursos que le permitan sobrellevar los efectos de la cirugía, mantenerlas funcionales y participativas durante su tratamiento, permite que posteriormente ellas puedan tomar decisiones sobre intervenciones que las lleven a sentirse mejor, como la reconstrucción mamaria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Referencias

1. Consultado en enero de 2014. <http://www.who.int/features/qa/15/es/index.html>
2. Consultado en enero de 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
3. Secretaría de Salud. RHN. Compendio Mortalidad/Morbillidad. México, 2003.
4. Consultado en enero de 2014. http://www.cancer.org/downloads/stt/CFF2008M&F_Sites.pdf

5. Rizo P, Sierra C, Vázquez P, et al. Registro Hospitalario de Cáncer: Compendio de Cáncer 2000 - 2004. *Cancerología* 2007;2:203-287.
6. Lara M, Arce S, Alvarado M, et al. Cáncer de mama. En Herrera G, Granados G y González B. Instituto Nacional de Cancerología. Manual de Oncología. Procedimientos médico quirúrgicos. Segunda edición. 2006. p. 464-471
7. Austrich E, González M. Una oportunidad de vida. El papel del amor, la familia y la pareja en la lucha contra el cáncer de mama. México: Norma; 2007. p. 15-20.
8. Gammon M, Neugut A, Santella M, et al. The Long Island Breast Cancer Study Project: description of a multi-institutional collaboration to identify environmental risk factors for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment* 2002;1:235-254.
9. Cárdenas S, Sandoval G. Segunda Revisión del Consenso Nacional sobre el diagnóstico y tratamiento del Cáncer mamario. *Gaceta Mexicana de Oncología* 2006;5(2):3-20.
10. American Cancer Society & National Comprehensive Cancer Network. Cáncer del seno versión IX. 2007. p. 20-34.
11. Winchester J, Winchester P, Hudis C, et al. Breast Cancer. USA: BC Decker Inc.; 2006. p. 187-192.
12. McTaggart L. Cáncer de mama: la cuchillada traperera. *Revista de Medicinas Complementarias. Medicina Holística* 58:43-50.
13. Suárez V. Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal. Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2004. p. 1-11.
14. Pires D, Nobre A. Enfrentando a Mastectomía: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*. 2003;8(001):155-163.
15. Fernández, A. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología* 2004;1(2-3):169-180.
16. Sánchez Sosa J. Health psychology: Prevention of disease and illness; maintenance of health. *Encyclopedia de Life Support Systems (EOLSS), Psychology*. UK: Oxford; 2002. p. 1-10.
17. Amayra I, Etxeberria A, Valdosedá M. Manifestaciones clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. *Gaceta Médica de Bilbao* 2001;98(1):10-15.
18. Gil F, Costa G. Aspectos psicológicos relacionados con la cirugía de reducción de riesgo (Mastectomía y Salpingooforectomía Profiláctica). *Psicooncología* 2005;2(2-3):317-328.
19. Deanna M, Golden K, Andersen L. Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-Oncology* 2004;13:211-220.
20. Lentz M, Janz K, Fagerlin A, et al. Satisfaction with Surgery Outcomes and the Decision Process in a Population-Based Sample of Women with Breast Cancer. *Health Services Research* 2005;40(3):745-768.
21. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, et al. Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-Year Prospective Study *The Breast Journal* 2004;10(3):223-231.
22. García V, González B. Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana/ Bogotá (Colombia)* 2007;25:72-80.
23. Lega L, Caballo V, y Ellis A. Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual. Siglo XXI: Madrid 2002. 70-75
24. Rojas M. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica Condes* 2006;17(4):194-197.
25. Flórez I. La mujer ante el cáncer de mama: Aspectos psicológicos. Barcelona. 1994. En: Olivares B, Naranjo F, Alvarado A. Cáncer de mama y bienestar subjetivo. *GAMO* 2007;6(4):87-90.
26. Die T, Die G. El cáncer de mama. 2003. En: Olivares B, Naranjo F y Alvarado A. Cáncer de mama y bienestar subjetivo. *GAMO* 2007;6(4):87-90.
27. Olivares B, Naranjo F, Alvarado A. Cáncer de mama y bienestar subjetivo. *GAMO* 2007;6(4):87-90.
28. Henson H. Breast cancer and Sexuality. *Sexuality and Disability* 2002;20(4):261-275.
29. Mandelblatt J, Figueiredo M, Cullen J. Outcomes and quality of life following breast cancer treatment in older women: When, why, how much, and what do women want?. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003;1:1-11.
30. Die Trill M. Sexualidad y Oncología: Alteraciones en la Respuesta Sexual tras el cáncer. *Contigo* 2006;7:18 -21.
31. Font-Guiteras A. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. 2006. En: Pérez J, Fernández & Amigo. Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces II. Pirámide: Madrid; 2006. p. 57-86.
32. Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Roca: Barcelona; 1991.