
Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico

Breast reconstruction and psychological benefit

B. Oiz

RESUMEN

La mastectomía practicada ante un diagnóstico de cáncer mamario causa un impacto emocional intensamente perturbador, debido no sólo al significado de la enfermedad, sino también a la privación de un órgano, cuyo simbolismo tiene su origen en las primeras culturas de la humanidad y contiene un valor altamente estimado, en ningún momento cuestionado.

La opción de la reconstrucción mamaria, bien sea inmediata o diferida, permite recuperar la imagen corporal alterada y además contribuye al restablecimiento del equilibrio psicológico, alterado por ese evento.

La satisfacción estética lograda que incidirá en la recuperación final, no depende solamente del resultado de los objetivos quirúrgicos, sino también de variables cognitivas y emocionales. Tales variables juegan un papel decisivo durante todo el proceso iniciado tras el diagnóstico, por lo que es preciso atender tanto los aspectos físicos de la rehabilitación como los psicológicos.

En este sentido, se aconseja que la actuación psicológica sea inmediata al conocerse dicho diagnóstico. Debe centrarse en el conocimiento de las características de la personalidad de la paciente, capacidad intelectual, modo de vida u otros datos relevantes, a fin de que ésta logre el afrontamiento adecuado de la situación y evite respuestas emocionales negativas, que en un primer momento son adaptativas, pero si se consolidaran y cronificaran, obstaculizarían la rehabilitación.

Una intervención psicológica complementaria como la expuesta acorta el proceso de recuperación, contribuyendo a la disminución del coste económico global, dato importante teniendo en cuenta el creciente aumento en la incidencia del cáncer de mama en España.

Palabras clave. Equilibrio psicológico. Cáncer. Reconstrucción mamaria.

ABSTRACT

Mastectomy following a diagnosis of breast cancer has an intensively disturbing emotional impact due to the severity of this disease as well as the removal of an organ, which has been very symbolic since the beginning of mankind and was highly estimated value whenever questioned.

The breast reconstruction option, immediate or delayed, allows recovery from the patients modified body image and contributes to getting psychological stability back, whose loss is caused by that event.

Aesthetical satisfaction influences the final recovery, but this satisfaction is not only determined by surgical objectives outcome, it also depends on the cognitive and emotional variables. These variables play an important part during the whole process which begins with the diagnosis, so it's necessary to pay attention to physical aspects of recovery as well as psychological ones.

Psychological intervention would be available starting as soon as we know the diagnosis. We should focus on personality characteristics of the patient, intellectual capacity, way of life and another relevant data, so that she achieves a way of coping according to the situation and avoids negative emotional responses, before they get stronger and become chronic, because it could disturb recovery, although they initially would adapt.

This complementary psychological intervention explained above makes the recovery process shorter and contributes to reducing the overall cost. We think it's very important, as we know the cases of breast cancer are increasing in Spain.

Key words. Psychological stability. Cancer. Breast reconstruction.

An. Sist. Sanit. Navar. 2005; 28 (Supl. 2): 19-26.

Psicología Clínica (Práctica privada). Hospital San Juan de Dios. Pamplona

Correspondencia:
Begoña Oiz Gil
Psicología Clínica
Hospital San Juan de Dios
Beloso Alto, 3
31006 Pamplona
Tfno: 948 29 06 90
E-mail: begoiz@correo.cop.es

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción mamaria tras la mastectomía es una opción decisiva que contribuye a disminuir o evitar posibles trastornos emocionales, debidos a la sensación de mutilación y agresión de la enfermedad. Esta alternativa es clave en el desarrollo del proceso rehabilitador puesto que al permitir la posibilidad de recuperar una imagen adecuada, evita la pérdida de autoestima e impide que las emociones negativas se apoderen del estado de ánimo y se cronifiquen, en un momento en que tales emociones podrían interferir negativamente en el restablecimiento de la salud. Esta importancia ha sido investigada en diferentes estudios^{1,2} que han confirmado la asociación existente entre reconstrucción mamaria y elevada satisfacción por parte de la paciente; otros autores³ exponen que cumple un papel importante en el fortalecimiento de la relación afectiva y sexual con la pareja.

Por otro lado, se considera que la variable satisfacción estética encierra una gran complejidad, que está determinada no sólo por los resultados objetivos de la cirugía, sino también por el estado mental de la paciente⁴. No debe olvidarse que es muy importante atender a los aspectos de la rehabilitación tanto psicológicos como físicos. Por esta razón la intervención psicológica juega un destacado papel y ambos tipos de tratamiento deben ser complementarios.

RELEVANCIA DE LA SIMBOLOGÍA MAMARIA

Generalmente las sugerencias más frecuentes que escucha una mujer cuando le informan de que va a precisar de una mastectomía, se enfocan en tratar de relativizar las consecuencias del evento al que se va a enfrentar. Evidentemente tales apreciaciones, formuladas por las personas de su entorno, constituyen inicialmente una forma adecuada de intentar enfrentarse al problema, realizadas con la mejor intención, pero no son suficientes, por lo que lejos de producir un efecto tranquilizador, pueden incluso contribuir a crear mayor preocupación.

Por el contrario, cuando seguidamente el problema es enfocado admitiendo el impacto emocional que genera, analizando por qué se produce y cuáles van a ser sus consecuencias, probablemente las conclusiones lleven a un estilo de afrontamiento de la situación que implica el desarrollo de unas estrategias diferentes, por parte de las afectadas y por quienes las traten.

Admitido que es un hecho incuestionable el impacto psicológico producido, nos preguntamos ¿Por qué esto es así? ¿Por qué para la mujer la mama es tan fundamental? ¿Es solamente importante para la mujer? La respuesta podemos obtenerla mediante un breve recorrido por la historia.

A través de diversas manifestaciones artísticas como pintura, escultura, literatura, entre otras, e incluso tratados de medicina, existe amplia documentación que nos cuenta lo que la mama simboliza y cómo este significado cambia en las distintas épocas y culturas. Sea cual sea dicho significado, siempre conserva su importancia trascendental, que permanece no solamente en lo más profundo de cada mujer, sino también en lo más profundo del pensamiento colectivo de la sociedad. Así por ejemplo, constatamos como las mamas fueron símbolo de feminidad en culturas antiguas, muy distantes entre sí; tal es el caso de representaciones en piedra de figuras femeninas del Paleolítico, entre las que se halla la conocida como Venus de Willendorf⁵, con rasgos sexuales femeninos muy acentuados, entre los que destacan grandes mamas; y el de las estatuillas halladas en excavaciones realizadas en México⁶, pertenecientes a épocas precolombinas, en las que es manifiesta la acentuación de las glándulas mamarias.

Conocemos igualmente el poder atribuido a la diosa egipcia Isis de conceder la inmortalidad a quien se nutriera de sus mamas y la leyenda de Rómulo y Remo, amamantados por una loba. Este concepto de la mama nutritiva, sinónimo de abundancia, fue venerado como signo de supervivencia por el pueblo judío; la tradición cristiana lo convirtió en "nutrición espiritual" y posteriormente en el siglo XIV se entendió como encarnación de la caridad

y la pureza. La Virgen amamantando al niño⁷ ha sido un motivo frecuentemente tratado en la pintura que hoy podemos admirar.

Algunas investigaciones recientemente realizadas⁸ informan que la visión sexualizada de la mama es propia de occidente y no es universal, afirmando que en otras culturas adquieren mayor relevancia otras zonas del cuerpo: la nuca en la japonesa, los pies en la china, las nalgas en la africana, etc.

En época más reciente, Freud⁹ insiste en el papel crucial de las mamas femeninas en el desarrollo emocional de las personas. En las teorías psicoanalíticas se considera que, además de cumplir la función de alimentación, constituyen el apego y el vínculo emocional que la madre establece con el bebé a través de la lactancia siendo el punto de partida de la vida sexual del niño y de la niña. Se expone que es un símbolo erótico femenino que se puede definir como el primer objeto de seducción desde los primeros años de vida. Actualmente, versos como los de Neruda, que reflejan su fuerza erótica, citados a continuación, reafirman su universalidad: *“¿Ves estas manos? Han medido/la tierra..... no alcanzan a abarcarte/se cansan alcanzando/las palomas gemelas/que reposan o vuelan en tu pecho...”*¹⁰.

Tras esta exposición no es posible eludir la conclusión de que, si las mamas son tan valoradas y estimadas no sólo por quien las posee, la mujer, sino por toda la sociedad, su privación forzosamente acarreará un impacto emocional difícil de superar, aunque no imposible, en la paciente y en las personas de su entorno. La convulsión psicológica causada por la cirugía radical de la mama es diferente a la de cualquier otro tratamiento contra el cáncer y afecta a algo que es distintivo de feminidad, a la autoestima, a la percepción de la propia imagen y a la sexualidad, además del impacto causado por la propia enfermedad.

CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Afortunadamente desde la cirugía plástica mamaria, que participa de este planteamiento

y reconoce las consecuencias que alcanza un evento de estas características, se adopta una actitud dinámica de compromiso en la solución del problema, a la vez que de colaboración con otros profesionales implicados, lo cual ha permitido el desarrollo de recursos que ofrecer a la paciente mastectomizada. En este sentido, la reconstrucción mamaria tras la extirpación es uno de los procedimientos quirúrgicos actuales más gratificantes para la paciente, gracias a la disponibilidad de técnicas quirúrgicas que permiten al cirujano plástico crear una mama similar en forma, textura y características a la mama no operada, pudiendo realizarse de forma inmediata tras la mastectomía o bien como procedimiento diferido tras un intervalo de tiempo.

Reconstrucción inmediata

La reconstrucción inmediata se perfila actualmente como la opción con más futuro, dado que ofrece la ventaja de evitar convivir con el defecto mamario, repercutiendo favorablemente en la autoestima y otros problemas asociados al evento quirúrgico. A pesar de que inicialmente se consideró estar asociada a una mayor posibilidad de complicaciones locales, tales como necrosis tisular, dehiscencia de suturas, seroma e infección, como informaron Escudero y col¹¹, actualmente es el método más extendido y con más frecuencia ofertado por los centros hospitalarios. Cabe destacar igualmente, que el incremento de esta opción es reforzado además por el aumento progresivo de la incidencia anual de cáncer mamario en España, cuya estimación para el período 1997-2000, según datos epidemiológicos publicados por López-Abente y col¹², alcanza la cifra de 15.979 casos/año.

Reconstrucción diferida

La reconstrucción diferida mantiene a la paciente a la espera de realizar el procedimiento reconstructivo durante un período de tiempo. Aunque este retraso permite, por una parte, que los tejidos conservados tras la mastectomía se normalicen, al haber superado la fase inflamatoria y la tensión a la que son suturados, reduciéndose la predisposición a desarrollar complicaciones

locales¹¹, por otro lado, puede influir en el mantenimiento y agudización de problemas emocionales que acompañan al proceso, tales como ansiedad, depresión o pérdida de autoestima.

Actitud del cirujano plástico

El especialista en cirugía plástica debe asesorar a la paciente sobre la técnica reconstructiva más conveniente para ella, con el fin de que su decisión esté apoyada en criterios objetivos. Podemos afirmar, que sea cual sea la decisión adoptada en cada caso, para la inmensa mayoría de las mujeres mastectomizadas, la reconstrucción de la mama supone una mejoría de imagen absoluta y contribuye a restablecer el equilibrio psicológico que en muchas ocasiones se había perdido.

La información recibida en el período preoperatorio mediante la relación médico-paciente no siempre se percibe adecuadamente o en su totalidad, por la influencia negativa que pueden ejercer factores tales como, mecanismos de defensa o de distorsión de la realidad asumidos por la paciente y su nivel de tolerancia ante las frustraciones. Precisamente por ello adquiere gran importancia la calidad de esta relación dinámica que se establece con todo profesional desde la primera consulta. Podemos afirmar que la frase de Galeno, hace casi 1800 años, "cura mejor quien tiene la confianza de las gentes" está totalmente vigente en la actualidad.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Aspectos generales

Las pacientes mastectomizadas presentan una variedad de síntomas físicos y psicológicos que deben ser atendidos con prontitud y que están determinados, en gran medida, por su edad, capacidad intelectual, educación adquirida, modo de vida, relaciones familiares y de pareja, empatía establecida con los profesionales que las atienden, etc., además de por los aspectos mencionados en el párrafo precedente: cómo asumen su realidad y su tolerancia a la frustración, que se hallan estrechamente relacionados con los estilos de afrontamiento.

Desde un acercamiento psicológico, debemos conocer esos datos y tener presente además cuáles son sus mayores preocupaciones, que generalmente están relacionadas con:

1. La distorsión de su perfil somático sexual.
2. El posible comportamiento familiar (sobre todo el relacionado con su pareja).
3. Las limitaciones en sus compromisos sociales y laborales.

Frecuentemente la aparición de reacciones emocionales negativas, que pueden ser tan solo adaptativas, no se hacen esperar tras la cirugía y deben ser vigiladas para evitar que se cronifiquen. La aportación del psicólogo es importante a la hora de prevenir estos trastornos, detectar a tiempo su aparición y finalmente abordarlos cuando existan. Con este fin se recomienda actuar en el momento del diagnóstico y si ello no fuera posible, inmediatamente tras la cirugía, incluso antes de que la propia paciente haya tomado contacto con su nueva situación.

Objetivos de la intervención psicológica

La actuación psicológica debe ir dirigida a conocer las características individuales de la paciente, dotarle de las herramientas adecuadas para hacer frente a su problema y facilitar la superación del proceso de la manera más eficaz, con el menor coste posible.

En este sentido nuestros objetivos se concretan en los siguientes:

- a) Obtener una imagen satisfactoria de sí misma, teniendo en cuenta el alto valor simbólico de feminidad y belleza que las mamas tienen en la mujer, que se mantiene a lo largo de toda su vida.
- b) Garantizar el funcionamiento de las relaciones de pareja, sobre todo las relaciones sexuales.
- c) Lograr un afrontamiento lo más positivo posible de la parte del tratamiento relacionada con las sesiones de radioterapia y quimioterapia (si las hubiera).

- d) Fortalecer las relaciones familiares y de amigos.
- e) Restablecer la situación socioprofesional que disfrutaba previamente al evento ocurrido.

Medios para lograr los objetivos psicológicos

Para alcanzar estos objetivos debemos proceder interviniendo sobre los diferentes aspectos de los cuales depende su consecución. Estas actuaciones son detalladas a continuación:

- a) Abordar las respuestas emocionales negativas de ansiedad o depresión que pueden contribuir al rechazo de su propio cuerpo e influir en su relación sexual y de pareja.
- b) Indagar sobre estilos de afrontamiento, previamente desarrollados, bien centrados en el problema, o centrados en las emociones.
- c) Examinar los estilos de atribución de control que le caracterizan: atribución de control interno o atribución de control externo.
- d) Trabajar a nivel de autoestima que influye en el concepto de la propia imagen.
- e) Fomentar habilidades de comunicación que garanticen una relación adecuada en el contexto familiar e igualmente en su entorno más próximo (personal sanitario que le atiende y amigos, entre otros).
- f) Atender y orientar a los familiares más próximos si fuera necesario.

Técnicas de intervención

Las diferentes técnicas de intervención pueden estructurarse en diferentes módulos, que de forma complementaria producirán los efectos deseados y que citamos seguidamente:

Módulo cognitivo

Se centrará en trabajar sobre los pensamientos negativos recurrentes, los estilos y estrategias de afrontamiento utiliza-

dos por la paciente, así como sobre las atribuciones de control.

Pensamientos negativos

Las ideas irracionales definidas por Ellis¹³ como formas ilógicas de pensamiento que contribuyen a la perturbación emocional mediante pensamientos del tipo de "no lo puedo soportar" "no puedo resistir las cosas que me están ocurriendo", probablemente se hallan presentes y deben ser atendidas para evitar que influyan negativamente. La importancia que las cogniciones tienen en la salud fue apuntada por filósofos como Epicteto¹⁴ hace casi 2000 años, quien afirmó que los hombres se perturban más por la visión u opinión que tienen de los acontecimientos que por los propios acontecimientos. Igualmente es necesario prestar atención a los esquemas cognitivos que se hayan activado en esa situación. Este término propuesto por Beck y col¹⁵, hace referencia a patrones cognitivos relativamente estables, que de forma regular constituyen la base de la interpretación de un determinado conjunto de situaciones. En este contexto pueden llegar a ser tan independientes de la estimulación externa, que la mujer no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

Estilos de afrontamiento

Los estilos de afrontamiento se perfilan actualmente como uno de los aspectos más prometedores a desarrollar en la intervención psicológica en salud. El estilo de afrontamiento es el esfuerzo cognitivo y conductual para manejar las demandas específicas internas/externas que son evaluadas como desbordantes para los recursos del individuo. Formas de afrontamiento dirigido a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud/enfermedad. Este aspecto enfocado desde el punto de vista de la negación o de la evitación ha sido precisamente analizado en un estudio realizado por Katz y col¹⁶ en 1970 en pacientes con tumores de mama. Estas pacientes, a través de procesos del tipo negación, lograron disminuir la importancia del padecimiento y reducir su tensión emocional, pero demoraron la búsqueda

da de la atención médica que hubiera sido deseable.

En el caso del cáncer mamario, un estilo de afrontamiento activo centrado en el problema podrá orientar a la paciente a decidirse por alguna de las diversas alternativas reconstructivas disponibles actualmente, con el asesoramiento del cirujano plástico. Pero además, como informan Lazarus y Folkman¹⁷, el afrontamiento dirigido al problema es algo más que la mera solución del problema, que comprendería estrategias cuyo objetivo es modificar las presiones ambientales, los recursos, los obstáculos, etc.; en él también se incluyen las estrategias que hacen referencia a aspectos emocionales, entre las que Kahn y col¹⁸ citan reevaluaciones cognitivas orientadas al problema que consideran están dirigidas al interior del sujeto. Definitivamente, en un afrontamiento efectivo las estrategias centradas en el problema y las centradas en la emoción actuarán de forma complementaria sin interferir entre sí.

Atribuciones de control

Una creencia general sobre el control hace referencia al grado en que la persona asume que puede controlar los acontecimientos y las situaciones importantes. Según la formulación realizada por Rotter¹⁹, una atribución de control interno supone que los acontecimientos son contingentes con la conducta de uno, mientras que la atribución de control externo hace alusión a la creencia de que esos acontecimientos no son contingentes con la conducta del individuo, sino que dependen de la suerte, la casualidad, el destino o el poder de los demás. En general una atribución interna producirá una mayor actividad y persistencia en el afrontamiento que una atribución externa. Según ha sido informado por Strickland²⁰, en la atribución interna predominan las estrategias dirigidas al problema, por el contrario, si la atribución es externa predominan las estrategias que son dirigidas a la emoción.

Módulo de estrés

Consideramos que el estrés psicológico es el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno, el cual es evaluado como

amenazante o desbordante de sus recursos, poniendo en peligro su bienestar. Por esta razón actuar sobre el estrés implica trabajar no solamente en la relajación física, sino hacerlo también desde un punto de vista cognitivo. En este sentido, debemos tener en cuenta cómo percibe la mujer la amenaza que para ella representa la mastectomía y cuáles son los recursos de que dispone. Demandas desbordantes, como es conocer el diagnóstico; procesos de evaluación del peligro ante el que se siente vulnerable y estilos de afrontamiento se hallan constantemente interrelacionados y condicionan las respuestas de la paciente.

Módulo del esquema corporal

Diversos estudios, entre los que se encuentra el realizado por Bruner y Boyd²¹ que han profundizado sobre los cambios ocurridos en mujeres diagnosticadas de cáncer mamario concluyen que la disminución de la frecuencia de relaciones sexuales y juego amoroso, la pérdida de iniciativa en la actividad sexual, la disminución del deseo y el sentimiento de sentirse menos deseada, es superior en las mujeres que fueron mastectomizadas respecto a las que fueron tratadas con conservación de la mama. López y col²² señalan que el aumento del rechazo de la imagen corporal y el desarrollo de cambios negativos en las actitudes y comportamientos sexuales, correlacionan positivamente con depresión y bajo autoconcepto. Por este motivo es importante dedicar un módulo específico al concepto de la propia imagen.

Con este fin se utilizan estrategias de reestructuración de la imagen que ayudan a superar una autopercepción que se ha quedado anclada en la mastectomía. Si además de incidir en variables como la sensualidad y la actitud personal ante el problema, contamos con las ventajas de la cirugía reconstructiva, el resultado será óptimo. No se trata de negar que ha habido un cambio, sino de asumirlo además de reforzar otros aspectos positivos en los que poder apoyarse.

Atención familiar

Otro aspecto a tener en cuenta es la atención que debe ofrecerse a la familia,

quien juega un papel destacado a lo largo de todo el proceso. Los familiares y allegados necesitan asesoramiento sobre cómo actuar ante respuestas psicológicas adversas de la paciente, que pueden ir desde la inseguridad y ansiedad hasta el negativismo total, rechazando todo tipo de ayuda, o por el contrario exigiendo una atención exagerada. Es preciso que conozcan cómo modificar estas reacciones, brindando cooperación y comprensión, e intentando evitar que la paciente caiga en un estado de frustración, que solo generaría hostilidad y determinaría el fracaso de cualquier relación interpersonal.

Puede ocurrir que la paciente inicialmente se encuentre bien, pero no así sus familiares; en tal caso empeorará la relación de todos los miembros del grupo. El malestar familiar y de la pareja repercute negativamente en la propia enferma. Por otra parte, si ésta percibe que a su alrededor hay preocupación, desconfiará y comenzará a sospechar que puede ocultársele información. Finalmente es fundamental conseguir el equilibrio entre brindar apoyo y protección a la paciente e impedir que la enfermedad sea la protagonista absoluta de la vida familiar.

CONCLUSIONES

Tras lo expuesto podemos concluir que:

- La experiencia demuestra que la mayoría de las mujeres a las que se ha practicado la reconstrucción mamaria retorna a sus actividades habituales, se preocupa por su imagen corporal y mantiene un alto grado de afectividad y autoestima, a la vez que un rechazo a la condolencia y apoyo excesivo de sus allegados.
- El grado de satisfacción de las pacientes no es sólo función del resultado objetivo de la intervención quirúrgica, sino que también inciden en el mismo variables psicológicas.
- Dada la peculiaridad de cada paciente y la complejidad de dichas variables, la intervención psicológica debe ser individualizada y realizada

por profesionales psicólogos para que sea eficaz.

- Estos tratamientos agilizan el proceso de recuperación y contribuyen a la disminución de costes económicos y sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. WILKINS EG, CEDERNA PS, LOWERY JC, DAVIS JA, KIM HM, ROTH RS et al. Prospective analysis of psychosocial outcomes in breast reconstruction: one year postoperative results from the Michigan Breast Reconstruction Outcome Study. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 1014-1025.
2. PARKER PA. Breast reconstruction and psychosocial adjustment: what have we learned and where do we go from here? *Seminars Plast Surg* 2004; 18: 131-138.
3. GRAU J, JIMÉNEZ PJ. La sexualidad en el enfermo de cáncer. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS, 1988: 67-89.
4. FILIBERTI A, RIMOLDI A, TAMBURINI M, CALLEGARI M, NAVA M, ZANINI V et al. Breast reconstruction: a psychological surgery. *Eur J Plast Surg* 1989; 12: 214-219.
5. FULLOLA JM, GURT JM. La prehistoria del hombre. Col. Temas claves. Barcelona: Salvat 1985: 34.
6. PORTER WEAVER M. A reappraisal of Chupícuaro. En: Frierman JD editor. The Natalie Wood Collection of Pre-Columbian Ceramics at UCLA Los Angeles: University of California 1969: 5-18.
7. BERGER J. La Virgen María de medio cuerpo amamantando al Niño Jesús (1512). Alberto Durero. Madrid: Taschen 2003: 68-69.
8. YALOM M. Historia del pecho. Colección Los 5 sentidos. Barcelona: Tusquets 1997.
9. FREUD S. Compendio del Psicoanálisis. Obras completas Tomo III 1938. Madrid: Biblioteca Nueva 1974.
10. NERUDA P. Los Versos del Capitán. Obras Completas. Buenos Aires: Losada 1957.
11. ESCUDERO FJ, OROZ J, PELAY MJ. Reconstrucción de la mama tras mastectomía. *An Sist Sanit Navar* 1997; 20: 325-336.
12. LÓPEZ-ABENTE G, POLLÁN M, ARAGONÉS N, PÉREZ GÓMEZ B, HENÁNDEZ BARRERA V, LÓPE V et al. Situación del cáncer en España: incidencia. *An Sist Sanit Navar* 2004; 27: 165-173.
13. ELLIS A. Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer 1980.

B. Oiz

14. EPICTETO. Pláticas por Arriano. Barcelona: Alma Mater 1957.
15. BECK AT, RUSH AJ, SHAW B, EMERY G. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer 1983.
16. KATZ JL, WEINER H, GALLAGHER TF, HELLMAN L. Stress, distress, and ego defenses. Psychoendocrine response to impending breast tumor biopsy. Arch Gen Psychiatry 1970; 23: 131-142.
17. LAZARUS RS, FOLKMAN S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca 1986.
18. KAHN RL, WOLFE DM, QUINN RP, SNOEK JD, ROSENTHAL RA. Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity. Nueva York: Wiley 1964.
19. ROTTER JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychol Monogr 1966; 80: 1-28.
20. STRICKLAND BR. Internal-external expectancies and health-related behaviors. J Consult Clin Psychol 1978; 46: 1192-1211.
21. BRUNER DW, BOYD CP. Assessing women's sexuality after cancer therapy: checking assumptions with the focus group technique. Cancer Nurs 1999; 22: 438-447.
22. LÓPEZ MD, POLAINO A, ARRANZ P, GRANDA MJ, CALERO F. La sexualidad en enfermas mastectomizadas. Clínica y Salud 1991; 2: 271-278.