
“Sexualidad y Relaciones de Pareja en Mujeres Mastectomizadas
de una Muestra Paraguaya”

**Sexuality and Couple Relationships in Mastectomized Women of
Paraguay**

Investigadora Titular: María Celeste Airaldi ¹

CDID “Centro de Documentación. Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología”
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”²

Resumen

El objetivo de esta investigación de tipo descriptivo-transversal es la descripción del impacto psicológico que ejerce la mastectomía en la sexualidad de las mujeres paraguayas y en sus parejas, así como en su calidad de vida. La muestra está compuesta por 28 mujeres que se han realizado una mastectomía luego del diagnóstico de cáncer de mama. Para el relevamiento de datos se utilizó un cuestionario sociodemográfico y clínico, así como también la Escala de Relaciones con la Pareja y la Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast. Los resultados demuestran que solo el 24% de las participantes se siente sexualmente satisfecha y que el 74% de las encuestadas tiene relaciones sexuales poco frecuentes, aunque están en pareja estable.

Palabras claves: mastectomía, cáncer de mama, sexualidad, pareja, calidad de vida.

Abstract

The purpose of this descriptive-transectional investigation is the description of the psychological impact that mastectomy causes in the sexuality of paraguayean women and their partners, as well as on their quality of life. The sample is conformed of 28 women who underwent a mastectomy after a breast cancer diagnosis. To gather data a sociodemographical and clinical questionnaire was used, as well as the Relationship with the Couple Scale and the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast. The results showed that only 24% of participants were sexually satisfied and that 74% of the interviewed had infrequently sexual intercourse, even though they were in stable relationships.

Keywords: mastectomy, breast cáncer, sexuality, couple, quality of life.

¹Correspondencia puede ser remitida a cairaldi@sensorium.com.py Lic. María Celeste Airaldi. Clínica Especializada “Sensorium”. Ciudad del Este, Alto Paraná, Paraguay.

²Correspondencia puede ser remitida editor@psicoeureka.com.py Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología, Universidad Católica de Asunción-Paraguay

El cáncer de mama representa el 14% de las muertes anuales por cáncer en mujeres, y alrededor del 1,6% de todas las defunciones femeninas en el mundo (Breast Health Global Initiative, 2.006), ya que en las mujeres de 40 a 55 años es la principal causa de muerte. En Latinoamérica, la incidencia del cáncer mamario es de 46 cada 100.000 mujeres (Organización Panamericana de la Salud, 2.002). En Paraguay, el cáncer es la segunda causa de muerte (solamente superada por las afecciones cardiovasculares), pero la primera en la población femenina, y en especial los cánceres de orden genito-mamario que abarcan el 70% de la mortalidad (Diario Última Hora, septiembre 2.005), aunque se calcula que existe un sub-registro de muertes por cáncer de entre 25 y 30%, pues las pacientes de zonas rurales no se cuentan en esas estadísticas (Diario ABC Color, 30/05/2005).

En los últimos 50 años han avanzado mucho las técnicas terapéuticas para las pacientes con oncología mamaria, ya que en este periodo surge la quimioterapia y se perfecciona la radioterapia, mientras que se mejoran las técnicas para realizar las mastectomías. Sin embargo, en estas intervenciones quirúrgicas continúan implicando una mutilación al cuerpo y al psiquismo de la paciente. Todos estos tratamientos tienen un impacto enorme en la calidad de vida, repercutiendo en todos los aspectos de la cotidianeidad y la estructura familiar.

Estos procedimientos terapéuticos son violentos e invasivos de la autonomía psicofísica. Los tratamientos como la radioterapia y la quimioterapia, sin minimizar o menospreciar su efectividad, tienen molestos efectos colaterales que ocasionan incomodidades extra al ya indeseable cáncer de mama. La mastectomía además tiene consecuencias psicosociales, especialmente por la connotación cultural que tienen los senos

en Occidente, ya que representan la sexualidad femenina y la maternidad. Por ende, su extracción, indicaría la pérdida de la identidad femenina y del sentido de “ser mujer”.

Si bien los avances científicos han logrado reducir la mortalidad por neoplasiamamaria, poca atención han recibido los efectos psicológicos que los tratamientos oncológicos ocasionan, dejando de lado la calidad de vida de las pacientes en esta etapa.

Estado del Conocimiento

El cáncer de mama abarca un amplio espectro de enfermedades crónicas y potencialmente mortales de gravedad distinta. Este variado grupo incluye desde pequeños cambios o microcalcificaciones hasta tumores grandes y palpables (Engel, 2.004). Aunque existe aproximadamente una docena de tipos de cáncer de seno, la forma más común (80 a 90% de los casos) es el carcinoma ductal in situ (CDIS), que se localiza en los conductos galactóforos, mientras que el segundo tipo más frecuente (5 a 12%) es el carcinoma lobular in situ (CLIS), que afecta los lóbulos mamarios.

Si bien su causa es aún desconocida, existen muchos factores de riesgo que pueden favorecer su aparición, algunos de los cuales pueden controlarse porque dependen de la paciente (factores extrínsecos), y otros que son inevitables (factores intrínsecos). Sin embargo, la mayoría de las mujeres no los tiene (a excepción de la relación cáncer-edad).

El cáncer de senos puede ser diagnosticado de varias maneras, incluyendo la autoexploración mamaria, la palpación del profesional médico, la mamografía o la ecografía mamaria, aunque el diagnóstico solo podrá ser confirmado luego de realizar una biopsia, donde se extrae una porción de tejido vivo del bulto sospechoso, para

que sea examinado por un patólogo en busca señales anómalas que indiquen enfermedad.

Corroborada la presencia del cáncer, las opciones de tratamiento son variadas, pues no existe ningún abordaje que sea preferido por los médicos ni universalmente aceptado, ya que cada caso es único. El tratamiento estándar implica realizar una cirugía y aplicar tratamientos coadyuvantes, como la quimioterapia, la radioterapia o la terapia hormonal con tamoxifeno.

La intervención quirúrgica realizada se llamada mastectomía, y existen diferentes modalidades según la cantidad de tejido extirpado. La elección sobre la modalidad a ser practicada versa sobre tres pilares: el estadio del tumor, el criterio médico y, sobre todo, la elección de la paciente. En la actualidad, la cirugía más aplicada (aproximadamente 70% de los casos) es la mastectomía parcial o tumorectomía, en la cual únicamente se extirpa el tumor y parte del tejido sano circundante, siendo una cirugía conservadora, que genera menor impacto a nivel psicológico y cosmético, pues modifica muy poco el tamaño y la forma del seno. Las demás mastectomías, llamadas radicales, implican la extirpación total de la mama, y pueden implicar diferentes procedimientos según la cantidad de tejido extraído.

Además de los factores físicos de la condición misma y de los tratamientos coadyuvantes, el cáncer de mama provoca alteraciones psicológicas.

La idea potencial de la muerte, la alteración de la imagen corporal, la mutilación de la feminidad, la pérdida del deseo sexual, las alteraciones de la fertilidad, la imposibilidad de cumplir con los roles diarios (principalmente, con los de madre y esposa) son situaciones que acompañan a esta patología, y que alteran toda la estructura biopsicosocial de la paciente.

En estas condiciones, todo cáncer genera una “herida narcisista” que obliga al paciente a admitir que puede enfermar, que es vulnerable y sobre todo, mortal. Lleva a cuestionamientos del tipo “¿por qué a mí?”, momentos en los que si la paciente no tiene la estructura psíquica adecuada, generará respuestas de culpabilidad y repudio hacia sí misma o hacia el entorno. En consecuencia, para poder atender a las necesidades psicológicas de la paciente, es necesario que el psicoterapeuta pueda acceder a sus antecedentes psíquicos: estado psicológico pre-cáncer; conceptualizaciones, ideas, miedos y fantasías relacionados con el cáncer; nivel de aceptación de la enfermedad; postura de responsabilidad tomada ante él; y patrón de reacción a las experiencias traumáticas. Asimismo, existen variables que aparecen en las distintas etapas de la enfermedad y que podrán facilitar el trabajo del terapeuta a la hora de determinar el impacto que causará el cáncer en cada paciente, incluyendo las características de personalidad, el nivel de apoyo social del entorno y la calidad de los mecanismos de afrontamiento con que cuenta la paciente (Haber, 2000).

Las reacciones, sensaciones y emociones que puede desencadenar un diagnóstico de cáncer de mama son variadas, y mucho depende también de la manera en cómo fue recibido el diagnóstico. Esto se debe a que en la mayoría de los casos, antes de recibir el diagnóstico de cáncer, la mujer se encontraba en buen estado de salud y no sentía molestia alguna. Y de repente, se encuentra padeciendo una enfermedad potencialmente mortal. Esta incertidumbre y desorientación es común en las pacientes que fueron diagnosticadas en una mamografía de rutina, sin que ni ella ni el médico hubiesen palpado el tumor previamente.

Las reacciones psicológicas frente a un diagnóstico de cáncer son,

inicialmente, de shock e incredulidad, seguidas luego de ansiedad, rabia, ira y depresión. Estas reacciones normales pueden durar unas semanas, tiempo en el que la paciente aprende lentamente a entender su condición. Sin embargo, la intensidad y la calidad de las emociones pueden ser tantas que su misma naturaleza despliega todos los mecanismos de defensa psicológicos para no expresarlos. Spiegel y Classen (2.000) mencionan que muchos pacientes sienten que si logran controlar sus emociones sobre el cáncer, podrán controlar la enfermedad en sí misma, mientras que otros adoptan la creencia popular de que mantener una actitud optimista puede curar la patología.

En cuanto a los tratamientos, exceptuando la fase terminal, causan mayor estrés que los efectos de la enfermedad en sí misma. Estos tratamientos son desagradables y molestos, pero sobre todo, invasivos de la identidad física y psíquica. Se ha comprobado que la ansiedad característica de los pacientes con cáncer se debe más a los tratamientos recibidos para “mejorar su condición” que al miedo a las recaídas e informes médicos. Esto se debe a que son los procedimientos terapéuticos los que en realidad empeoran la calidad de vida. Los efectos secundarios y las reacciones psicológicas que generan ocasionan rechazos hacia el médico que los receta, hacia el hospital, hacia sí misma por no poder controlarlos y/o hacia el psicooncólogo que intenta que la paciente acepte y afronte la situación.

Shavelzon (2.004) alega que “Cada tratamiento, cirugía, radiaciones y quimioterapia, tiene sus propias significaciones simbólicas, inevitables en el paciente y en su entorno”. Así, diferentes tratamientos pueden despertar distintas reacciones en cada paciente. En lo que se refiere a la cirugía, frecuentemente, es considerada como “Un mal necesario”, pues acompaña a la

creencia de que eliminará el cáncer desde la raíz. La tendencia actual en intervenciones quirúrgicas consiste en inmiscuir activamente a la paciente en las decisiones sobre la modalidad a realizar; la idea es que opte entre tumorectomía o mastectomía radical según sus características biopsicosociales. Sin embargo, esto puede ser negativo si la mujer se recrimina o castiga por no haber logrado las expectativas postquirúrgicas deseadas. Hay que tener en cuenta también que para que la paciente deje de ser una receptora pasiva de tratamientos necesita tiempo para recabar información, pensar en las opciones y decidir. Para muchas mujeres, el tiempo no es una opción, pues cada día que pasan con un tumor en su seno sienten mayores complicaciones físicas y psicológicas. Esto trae como consecuencia que las pacientes más ansiosas solo deseen extirpar el carcinoma, sin analizar las derivaciones futuras de su operación.

En cuanto a los tratamientos coadyuvantes, generalmente, son más difíciles de aceptar. En la quimioterapia, las reacciones psicológicas pueden variar, en parte, si se utiliza como tratamiento inicial o tras una recaída, pues, obviamente, en el segundo caso, existe mayor grado de estrés. Las pacientes que reciben quimioterapia por primera vez asocian sus malestares biopsíquicos con los efectos secundarios de ésta. Sandra Haber (2.000) menciona un estudio que resalta que los efectos colaterales observados como más molestos eran la caída del cabello (84%), náuseas y vómitos (71%) y cansancio y/o debilidad (70%). Varios estudios concuerdan en que este tratamiento, sin dejar de ser efectivo, aumenta considerablemente los niveles de ansiedad, depresión y miedo. Cabe destacar que, dado el enfoque médico tradicional, la mayoría de las pacientes sólo recibe información sobre los efectos

físicos que conlleva la quimioterapia, dejando de lado por completo los emocionales.

Por otro lado, la radioterapia puede ocasionar como consecuencia depresión y aislamiento. Agitación, expectativas irreales y falta de comprometimiento con el tratamiento también son vistas en pacientes con radiaciones. Otra reacción muy frecuente es la preocupación, pues este tratamiento requiere aproximadamente 5 sesiones semanales por 5 semanas. Así es que las preocupaciones que se desprenden se relacionan con los gastos adicionales (transporte, imposibilidad de cuidar a los hijos, trabajar y realizar tareas del hogar).

En la atención psicooncológica, es fundamental también prestar atención a las reacciones de la paciente frente al cambio de su cuerpo y a cómo lo percibe. En el cáncer de mama, la mujer se encuentra con una imagen corporal radicalmente alterada en un tiempo demasiado corto, ya sea por la cirugía o los tratamientos, y como la imagen corporal es un elemento de la personalidad relacionado con la autoestima o el autoconcepto, su modificación debe ser abordada.

El cambio corporal es particularmente relevante en el cáncer mamario, pues en la cultura moderna el valor de una mujer está muy relacionado con su apariencia, al mismo tiempo que las mamas forman parte de la concepción de “ser mujer” y de la sexualidad femenina. Por ende, una mujer puede pensar que al no tener senos ha dejado de ser “completamente mujer”; pues no solo se altera el cuerpo, sino que también la personalidad y las relaciones sociales (el matrimonio puede verse afectado gravemente porque disminuye la frecuencia de las relaciones sexuales). Esta situación deja a la paciente con la sensación de que su cuerpo no le pertenece y le es extraño. Pueden verlo como ajeno o hasta como

una fuente de amenaza. Una mastectomía es un fuerte golpe a la autoestima y al autoconcepto, por lo que es común observar que las pacientes sienten vergüenza, incomodidad y dolor emocional.

La pérdida del cabello es otro golpe a la imagen corporal de la mujer. No solo se cae el cabello a causa de la quimioterapia, sino que también se pierden las cejas, las pestañas, los vellos axilares, púbicos y de las piernas, dejando a la paciente literalmente calva. A pesar de que la pérdida del cabello parecería trivial, ya sea por su función estética o porque es un efecto temporal, según Silver (2004), este cambio corporal puede ser percibido como de mayor impacto que la propia mastectomía. El autor atribuye este hecho a que la calvicie no se relaciona con el sexo femenino, y cuando alguien ve una mujer calva, es obvio que se debe a la quimioterapia. De esta manera, la pérdida del cabello convierte al cáncer en un asunto público, difícil de disimular, y que le recuerda a la paciente su lucha contra la enfermedad cada vez que se mira al espejo. Por eso, muchas mujeres prefieren rasurarse antes de que se les caiga el cabello como efecto de los tratamientos, ya que esto les otorgaría un cierto grado de control sobre la enfermedad.

Una sana imagen corporal es una imagen corporal precisa, real. Aceptar los cambios como parte del propio cuerpo es muy importante para continuar con el tratamiento de manera positiva. El psicoterapeuta debe apoyar a la paciente a identificar cuáles son los cambios que le molestan, teniendo en cuenta si éstos serán permanentes o temporarios. El siguiente paso es trabajar sobre el duelo del cuerpo modificado. Este duelo consiste en aceptar la vida y el cuerpo que uno tuvo, reconociendo que las cosas nunca serán iguales, pero no por ello, peores. Sobre este punto, Engel (2004) cita en su obra que las mujeres

sometidas a una tumorectomía suelen tener menos problemas con la aceptación de la nueva imagen corporal y con la sexualidad que las que pasaron por la extirpación total de la mama. Éstas sienten menos vergüenza de su cuerpo y tienen mayor control para afrontar la enfermedad. No obstante, las consecuencias posteriores a la cirugía, dependerán, en gran parte, de la autoimagen de la paciente previa al diagnóstico.

Como consecuencia de toda esta información teórica, y analizando la situación de las mujeres mastectomizadas en Paraguay, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características de la sexualidad y las relaciones de pareja de las mujeres paraguayas que sufrieron cáncer de mama y debieron realizarse una mastectomía? ¿Cómo es percibida su calidad de vida luego de los tratamientos coadyuvantes?

Hipótesis

Hipótesis 1

“Los tratamientos oncológicos para el cáncer de mama, especialmente la mastectomía, afectan negativamente a la sexualidad y a la relación de pareja de las mujeres paraguayas”

Hipótesis 2

“El cáncer de mama perjudica la calidad de vida de la pacientes mastectomizadas”

Objetivos

Objetivo General

Investigar la relación entre los tratamientos para el cáncer de mama, la vida sexual y el relacionamiento de pareja en las mujeres paraguayas que se han realizado una mastectomía.

Objetivos específicos

1. Investigar la relación entre los tratamientos para el cáncer de mama,

la vida sexual y el relacionamiento de pareja en las mujeres paraguayas que se han realizado una mastectomía.

2. Medir la satisfacción sexual de las mujeres mastectomizadas.
3. Averiguar qué importancia tiene el cambio de la imagen corporal para las pacientes oncológicas que se han realizado una mastectomía y han atravesado tratamientos coadyuvantes.
4. Explorar las particularidades del relacionamiento de pareja en pacientes con historia de cáncer de mama.
5. Evaluar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de seno.
6. Conocer las consecuencias del cáncer de mama en la vida familiar.
7. Fijar precedentes para la investigación en psicooncología.

Método

Población

La población está dada por todas las mujeres residentes en el Paraguay, pacientes o sobrevivientes de cáncer de mama, que hayan atravesado una mastectomía antes de esta investigación y que estuvieran en pareja al momento de la evaluación.

Si bien es imposible determinar el número exacto de participantes potenciales, se informa que entre abril del 2.005 y abril del 2.006 se registraron 144 operaciones mamarias (incluyendo los cánceres diagnosticados, las biopsias de nódulos y quistes) en el Instituto Nacional del Cáncer. Se excluyen en esta cifra todas las demás intervenciones realizadas a consecuencia de enfermedades mamarias benignas.

Participantes

La muestra es de tipo no probabilístico y está compuesta por 28 mujeres residentes en Paraguay que han sido mastectomizadas luego de un

diagnóstico de cáncer de mama. La muestra representa el 20% de la totalidad de las pacientes intervenidas por cáncer de mama entre abril 2.005 y abril 2.006 en el principal centro de atención oncológica del país.

La elección del tipo de muestreo recae en el hecho de que las participantes debían cumplir con requisitos específicos, incluyendo el haber atravesado una mastectomía luego de un diagnóstico de cáncer de mama y el estar en pareja estable.

En cuanto a las especificaciones se la muestra se informa que las participantes difieren en procedencia,

nivel de estudios, ocupación y tipo de atención médica recibida, pero comparten características clínicas y familiares similares. La edad de las participantes oscila entre 32 y 66 años (media de la edad = 51,5 años) y tienen un promedio de 2,7 hijos. En cuanto al diagnóstico, varían en la edad en que la patología fue descubierta (media = 47 años) y en tiempo transcurrido desde el diagnóstico (media = 4,7 años). Su ubicación geográfica corresponde a distintos puntos del país, principalmente del departamento Alto Paraná y Central.

Tabla 1
Distribución geográfica de la muestra

Departamento y Ciudad	Cantidad
Alto Paraná	(n = 15)
Ciudad del Este	9
Hernandarias	5
J. L. Mallorquín	1
Central	(n = 11)
Fernando de la Mora	1
San Lorenzo	3
Luque	3
Itá	1
Loma Pytá	1
Capiatá	2
Otros	(n = 2)
Caacupé (Cordillera)	1
Quiindy (Paraguarí)	1
N=	28

Las participantes estaban en pareja estable previa a la toma de datos, excepto 6 de ellas. Si bien no cumplen con todos los requisitos de la población, su evaluación fue tomada en cuenta dada la relevancia de su caso para la investigación (su estado civil se relaciona directamente con el cáncer). Los motivos de su inclusión se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 2
Motivos de inclusión en la muestra de participantes sin pareja estable

Código	Motivo de inclusión
005	Viuda. Su baja autoestima no le permite reemprender una pareja.
009	Divorciada, no se siente “una mujer completa”.
013	Soltera. Su insatisfacción personal no le permite mantener una pareja.
015	Viuda. Su marido falleció de un infarto cuando le contó su diagnóstico de cáncer. Se siente culpable e incapaz de buscar otra pareja.
021	Separada. Le pidió a su marido que se fuera de la casa y buscara otra mujer “completa”.
024	Divorciada. Mastectomía bilateral. Se siente “mutilada” y perdió el sentimiento de “ser mujer”, por lo que no busca formar una nueva pareja.

Instrumentos y Dispositivos

-Cuestionario del Perfil de la Paciente: diseñado para los fines de esta investigación, con el objetivo de relevar datos sobre las características sociodemográficas, patológicas y las terapéuticas de cada participante. El mismo constó inicialmente de 20 ítems, pero luego de una evaluación profesional entre 3 psicólogos y una paciente con cáncer de mama, 4 de esos ítems iniciales fueron retirados del instrumento final. Esto se debió a que no respondían a las necesidades de la muestra, lo cual fue posteriormente constatado por la prueba piloto. El cuestionario final constó de 16 ítems de selección múltiple y fue administrado por la investigadora, sin tiempo límite.

-Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast (FACT-B). La escala de “Valoración Funcional de los Tratamientos para el Cáncer de Mama” (por sus siglas en inglés) es un instrumento autoadministrable sin límite de tiempo. Consta de 37 afirmaciones con formato “Likert” que oscilan entre 0 (“Nada”) y 4 (“Muchísimo”). Está compuesto por dos escalas: la FACT-G y la BCS. La FACT-G (del inglés, “Valoración Funcional General de los

Tratamientos para el Cáncer) es una tipo de escala multidimensional dividida en 4 sub-escalas: “Bienestar Físico”, “Bienestar Social”, “Bienestar Emocional” y “Bienestar Funcional”. Se pueden obtener puntajes por sub-escala y puntajes globales. La BCS (Sub-Escala del Cáncer de Mama, por sus siglas en inglés) permite acceder a las preocupaciones específicas de esta enfermedad.

La primera edición del FACT-B fue por creada David Cella (1.987) para la Organización FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy). Se empleó la cuarta edición en español, revisada en el año 2.005.

La confiabilidad test-retest es de 0.85 (Schipper y cols., 1.984), y la validez de constructo de 0.87. La confiabilidad interna, según el coeficiente alpha de Cronbach fue de 0.90.

-Escala de Relaciones con la Pareja. Es un sub-test de la “Escala de Bienestar Psicológico” (EBP) de José Sánchez-Cánovas (1.998). Puede ser aplicada de manera independiente y consta de 15 ítems para evaluar el nivel de actividad sexual y el nivel de

satisfacción percibido en la pareja. Se utilizó la versión “mujeres”.

Es una escala autoaplicable de tipo “Likert” (las cinco opciones de respuesta oscilan entre “Totalmente de acuerdo” y “Totalmente en desacuerdo”). La administración puede ser individual o colectiva, y no existe tiempo límite. La corrección es sencilla (cada respuesta tiene un puntaje entre 1 y 5), ya que sumando el puntaje de cada respuesta se obtiene un Puntaje Bruto, cuyo máximo es 75. El puntaje bruto obtenido es cotejado luego con un baremo para transcribir una puntuación percentilar.

La validez de criterios de la escala total es de 0.89, mientras que la de consistencia interna según el coeficiente alpha de Cronbach de la Escala de Relaciones con la Pareja fue de 0.87.

Diseño

La presente investigación es de tipo no experimental, descriptiva-transversal (Hernández-Sampieri, 1998). Es no experimental dadas las características del fenómeno estudiado, el cáncer, pues éste no puede ser creado ni manipulado deliberadamente. La variable “cáncer”, y sus efectos, son previos a este estudio, y determinan la inclusión de determinados sujetos en la muestra.

Corresponde al tipo descriptivo porque detalla las situaciones y hechos relacionados con las variables, en este caso, el cáncer de mama y el impacto que éste produce en la sexualidad y la pareja de la paciente. Es transeccional (o transversal) porque los datos fueron recogidos en un momento único, a través de la aplicación de varios instrumentos estandarizados. De esta forma, se persigue la descripción de las variables, para poder analizar su incidencia e interrelación en el período de tiempo donde transcurrió la investigación.

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se realizó entre el 3 de abril y el 14 de junio del año 2.006.

Para poder aplicar los instrumentos seleccionados y recolectar los datos, el primer paso fue ubicar geográficamente a las pacientes que reuniesen las características de la muestra. Esto no fue tarea fácil, pues en la zona este del país no existe una entidad oncológica ni médica que agrupe a las pacientes. Por lo tanto, se procedió de dos maneras: ubicando pacientes en la zona por medio de referidos y voluntarios; y gracias a la colaboración del Instituto Nacional del Cáncer.

Las pacientes de Ciudad del Este y alrededores fueron contactadas por teléfono. Luego de explicarles los fines y procedimientos de la investigación, se marcó una entrevista en el domicilio de la encuestada, a fin de aplicar los instrumentos.

El Instituto Nacional del Cáncer (ubicado en Capiatá, Dpto. Central) permitió el acceso a sus archivos para obtener una lista de pacientes que cumplan con los requisitos buscados. Luego, éstas fueron contactadas por teléfono y citadas para una reunión colectiva en el Instituto. Allí fueron detallados los procedimientos investigativos y aplicados los dispositivos seleccionados. En un segundo momento, se administraron los tests a varias pacientes que se encontraban en el Instituto para realizar consultas, quimioterapia y radioterapia.

Los instrumentos fueron aplicados en el siguiente orden: Cuestionario del Perfil de la Paciente, FACT-B y Escala de Relaciones con la pareja, ya que el último instrumento requiere un mayor nivel de rapport para obtener respuestas válidas de las pacientes.

Análisis de Datos

Para el análisis cuantitativo de los datos se emplearon técnicas de la estadística descriptiva, mediante la valoración a través de planillas confeccionadas en Microsoft Excel para los fines de esta investigación. Esto permitió la tabulación y sistematización de los dispositivos administrados a las participantes.

Posteriormente, los hallazgos fueron representados de manera gráfica

en las figuras que se presentan a continuación. Primero se presentan las tablas que resumen los datos sociodemográficos y terapéuticos de las participantes, además de los cambios psicológicos y comportamentales percibidos luego del diagnóstico de cáncer de mama. Luego se grafican los resultados que permiten dar respuesta a las hipótesis propuestas, siguiendo el orden de los objetivos de este estudio.

Tabla 3
Datos sociodemográficos de las participantes de la muestra

Variable sociodemográficas	F	%
EDAD (n=28)		
30 – 39	5	17,9
40 – 49	6	21,4
50 – 59	12	42,9
más de 60	5	17,9
ESTADO CIVIL (n=28)		
Soltera	1	3,6
Casada/En pareja	22	78,6
Separada/Viuda	5	17,9
CANTIDAD DE HIJOS (n=28)		
0	2	7,1
1	2	7,1
2	10	35,7
3	7	25,0
4	4	14,3
5	3	10,7
NIVEL DE ESTUDIOS (n=28)		
Sin estudios	1	3,6
Primaria	8	28,6
Secundaria	9	32,1
Técnico/Universitario	10	35,7
OCUPACIÓN (n=28)		
Ama de casa	13	46,4
Artesana	3	10,7
Comerciante	5	17,9
Profesional	3	10,7
Otro	4	14,3
LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA (n=28)		
IPS	2	7,1
Instituto del Cáncer	17	60,7
Atención pública en el extranjero	5	17,9
Privada	4	14,3
N =	28	100

Tabla 4
 Datos clínicos y terapéuticos de las participantes de la muestra

Variables clínicas y terapéuticas	F	%
TIEMPO DESDE EL DIAGNÓSTICO (n=28)		
- 1 año	8	28,57
1 a 2 años	4	14,29
2 a 3 años	5	17,86
+ 3 años	11	39,29
EDAD EN EL DIAGNÓSTICO (n=28)		
30 – 39	10	35,71
40 – 49	5	17,86
50 – 59	10	35,71
más de 60	3	10,71
TIPO DE MASTECTOMÍA REALIZADA (n=28)		
Radical	18	64,29
Tumorectomía	10	35,71
REALIZACIÓN DE QUIMIOTERAPIA (n=28)		
No	4	14,29
1-3 sesiones	2	7,14
4-6 sesiones	12	42,86
7-9 sesiones	5	17,86
+ 10 sesiones	5	17,86
REALIZACIÓN DE RADIOTERAPIA (n=28)		
No	12	42,86
10-20 sesiones	4	14,29
21-30 sesiones	9	32,14
+ 30 sesiones	3	10,71
REALIZACIÓN DE TERAPIA HORMONAL (n=28)		
No	17	60,71
Tamoxifeno	11	39,29
DESEO DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA (n=28)		
Desea realizársela	7	25
No desea reconstrucción	21	75
N =	28	100

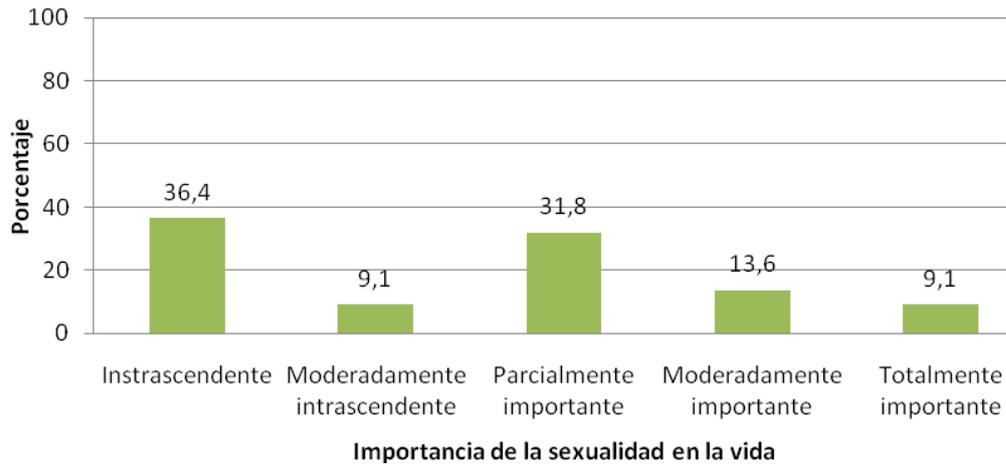


Fig. 1: Distribución de la importancia dada a la sexualidad en la vida personal.

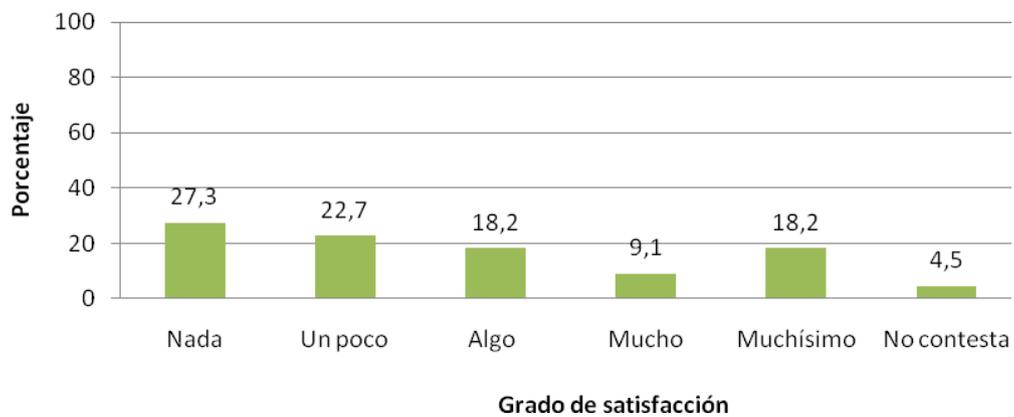


Fig. 2: Distribución del grado de satisfacción sexual percibido.

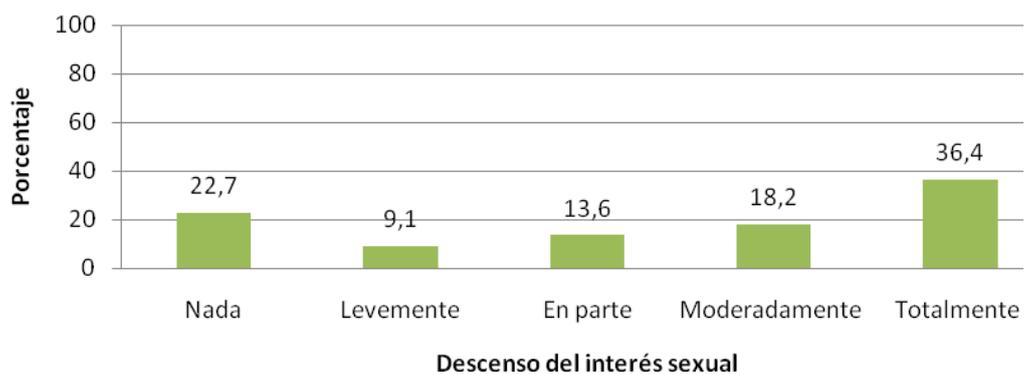


Fig. 3: Distribución del grado de descenso en el interés sexual.

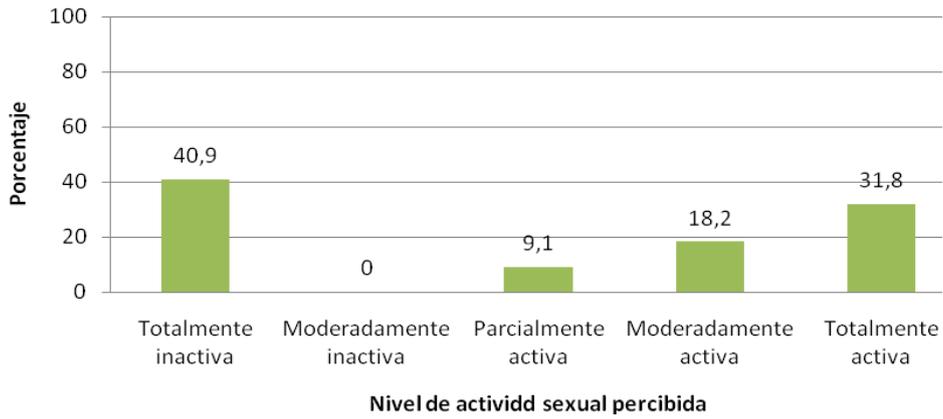


Fig. 4: Distribución del grado de percepción en que la pareja se encuentra sexualmente activa.

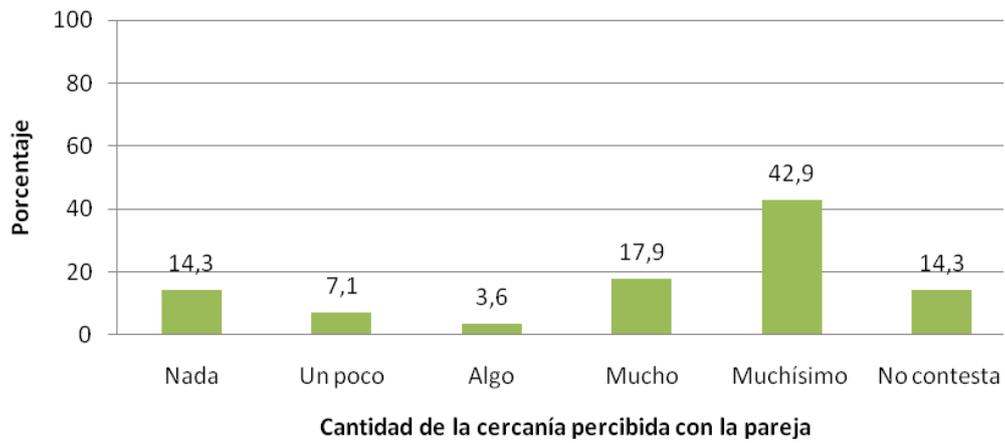


Fig. 5: Distribución de la cercanía percibida entre las participantes y sus parejas.

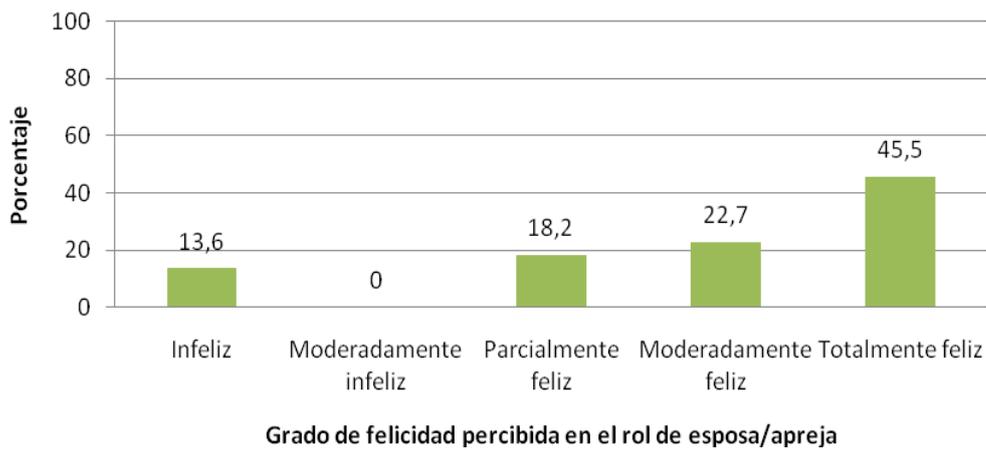


Fig. 6: Distribución del grado de felicidad percibida en el rol de esposa/pareja.

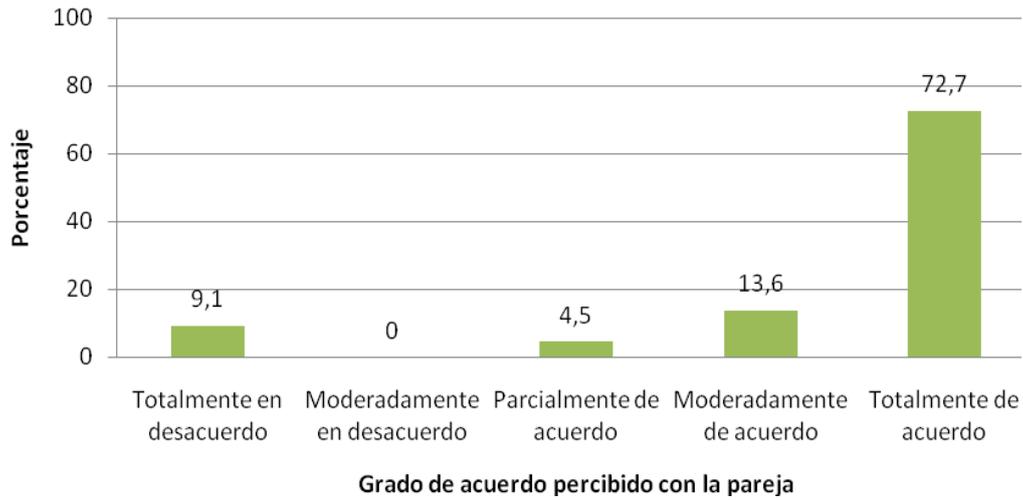


Fig. 7: Distribución del grado de acuerdo percibido entre los miembros de la pareja según las participantes.

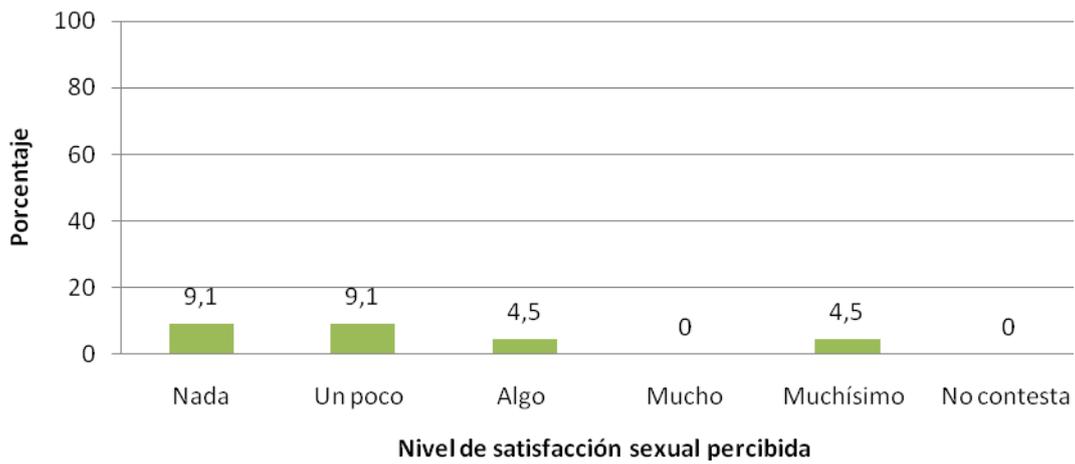


Fig. 8: Distribución del grado de satisfacción sexual percibida por las participantes que se realizaron una mastectomía parcial o tumorrectomía.

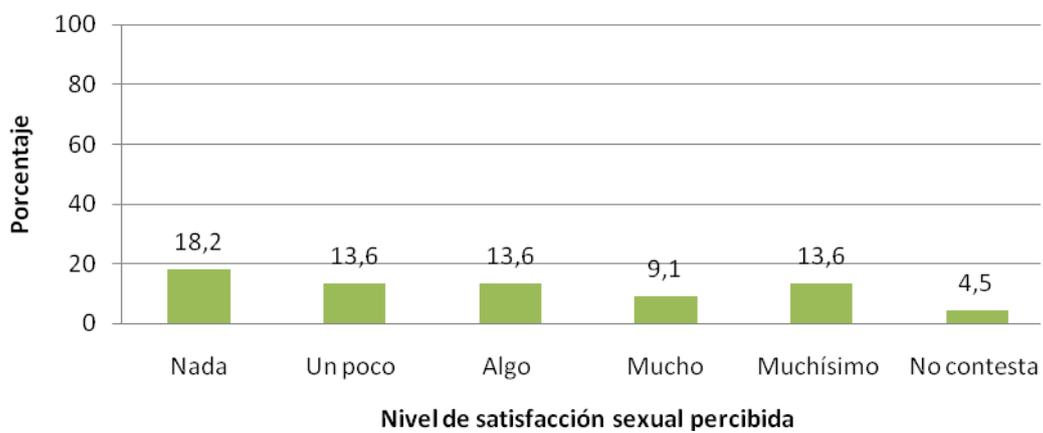
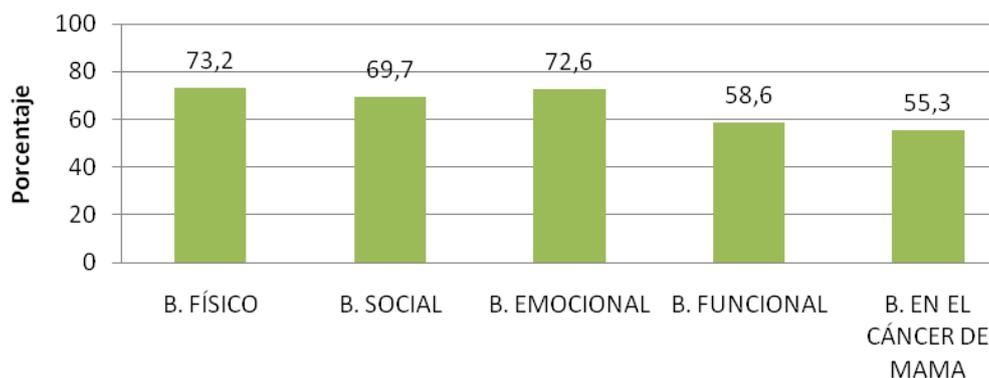


Fig. 9: Distribución del grado de satisfacción sexual percibida por las participantes que se realizaron una mastectomía radical.



Escalas de Bienestar que Conforman la Calidad de Vida

Fig. 10: Distribución de los porcentajes de las diferentes escalas de bienestar que conforman la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama.

Discusión

Para la presente investigación, además de los factores biológicos, importa la influencia que determinados factores biopsicosociales ejercen en el momento posterior al diagnóstico. Para poner a prueba las hipótesis fue necesario considerar que la manera en que los tratamientos para el cáncer de mama afecten a la sexualidad y a la pareja depende esencialmente de varios factores, entre ellos: aspectos psicológicos, relacionales, sociales y clínicos. Entre los aspectos psicológicos, se pueden incluir la autovaloración y la autopercepción (incluyendo el esquema corporal pre-cáncer), así como el nivel de autoestima, la capacidad de afrontamiento y la tolerancia a la frustración; todos estos elementos determinan la manera en que la paciente enfrenta su nueva condición de vida.

En cuanto a lo social, las redes de apoyo serán de suma importancia, especialmente las familiares. Sin embargo, a nivel relacional, debe tenerse especialmente en cuenta el tipo y la calidad de la relación que tenía la pareja antes del diagnóstico, ya que estos elementos determinarán el afrontamiento que tomarán. También la calidad de la comunicación jugará un rol determinante en el impacto del cáncer en la pareja.

Los aspectos clínicos son de vital importancia, porque muchas veces son éstos los que dan el puntapié inicial en el alejamiento de la pareja. Los tratamientos oncológicos son tan agresivos que terminan por despertar incomodidades en la relación. La cicatriz de la mastectomía, la caída del cabello, los cambios de peso, los vómitos continuos, la fatiga y la baja de la libido son factores que no pueden ser menospreciados al evaluar la calidad del relacionamiento, pues afectan tanto la convivencia como la esfera sexual. Si bien la muestra es bastante heterogénea en lo que se refiere a edad, cantidad de hijos, localidad, nivel de estudios, lugar de atención médica y ocupación, los aspectos clínicos pueden homogenizarse (promedio de quimioterapias: 6,75; promedio de radioterapia: 16,6). Éste es justamente el factor más importante para esta investigación, ya que se supone de antemano que son los tratamientos los que perjudican a la sexualidad y a las relaciones de pareja.

Al momento de indagar sobre los cambios psicológicos y comportamentales generados por el diagnóstico y los tratamientos para el cáncer de mama, las pacientes respondieron de manera homogénea.

Entre los aspectos más observados se encuentran optimismo (78,6%) y seguridad (78,6%) en los tratamientos y el pronóstico; crisis de llanto (71,4%); ansiedad (67,9%) y preocupación (64,3%). La gran mayoría menciona haber notado cercanía de su familia (89,3%), pero recalando que este apoyo provenía especialmente de los hijos y, en muy pocos casos, también de la pareja. Las encuestadas, por su propia iniciativa, mencionaron que haber notado un marcado acercamiento por parte de sus hijos, quienes les brindaron apoyo emocional en hasta 85,7% de los casos. Igualmente, refieren que las parejas tendían a tomar una posición más distante o de negación (el 21,4% de las mujeres se siente entre “nada” y “un poco” cercana a sus parejas).

Muchos de los cambios comportamentales y de las posibles consecuencias de un diagnóstico de cáncer de mama son ya sabidos y hasta esperados por los profesionales sanitarios. No obstante, la carencia de psicoprofilaxis primaria es alarmante. Únicamente el 21,4% de las encuestadas realizó alguna consulta psicológica por motivos relacionados con el cáncer. De estas pacientes, 4 de ellas (14,28%) contaron con una consulta previa a la intervención quirúrgica (prevención primaria). Pero, casualmente, éstas pacientes fueron intervenidas en el extranjero, por lo que se concluye que en nuestro país no existe atención pre-quirúrgica en oncología mamaria. Las otras 2 pacientes realizaron tratamiento psicológico (7,14%) en nuestro país y por voluntad propia.

Se propusieron dos hipótesis para responder al problema de investigación: la H₁, cuyo postulado afirma que los tratamientos oncológicos para el cáncer de mama afectan negativamente a la sexualidad y a la relación de pareja en las mujeres mastectomizadas; y la H₂, que relaciona una peor CV con el diagnóstico neoplásico. Para presentar

las conclusiones obtenidas a partir de los datos, y demostrar si ambos postulados son o no verdaderos, se exponen a continuación los resultados siguiendo las variables propuestas.

Mastectomía

La mayoría de las pacientes (64,29%) se realizó una mastectomía radical, cirugía que produce efectos más severos en la imagen corporal y el sentimiento de “ser mujer”, al compararla con una tumorectomía. Este supuesto queda confirmado tras cruzar los datos obtenidos sobre satisfacción sexual y tipo de cirugía realizada. Los resultados demuestran que los distintos procedimientos quirúrgicos afectan de manera diferente a la sexualidad, ya que el 31,8% de las pacientes con mastectomía radical manifiesta estar “nada” o “un poco” satisfecha sexualmente, mientras que sólo el 18,2% de las encuestadas con mastectomía parcial afirman lo mismo. Estos hallazgos son esperados, ya que obviamente, a mayor cambio corporal, se supone un mayor impacto sobre la sexualidad y la calidad de vida.

Sexualidad

Solo el 24.4% de las encuestadas manifiesta sentirse satisfecha con su vida sexual, lo cual es preocupante si se tiene en cuenta que la edad promedio de la muestra es 51,5 años. Asimismo, únicamente el 22,7% afirma que la sexualidad ocupa un lugar importante en su vida, hecho que queda confirmado con el 77,3% que afirma tener relaciones sexuales con poca frecuencia. Por lo tanto, de estos datos se puede confirmar la hipótesis de que tras el cáncer de mama, la sexualidad se ve perjudicada. Las mujeres han dejado de lado su vida sexual. Esto ocurre por varios motivos, inclusive por decisión propia, ya que no se sienten lo suficientemente mujeres como para ser sexualmente atractivas. Por eso, más de la mitad de la muestra

(54,6%) manifiesta que su interés sexual ha descendido. Otras, o bien terminaron por separarse o continuaron casadas pero sin vida sexual, y aceptando que sus parejas mantuvieran relaciones extramatrimoniales. En consecuencia, se puede inferir que es la mujer quien quedó sexualmente inactiva.

Muchas encuestadas desean mantener relaciones sexuales, pero aunque los resultados indican que el 54.5% se siente en libertad de expresar sus deseos sexuales, en conversación privada confiesan que les cuesta tomar la iniciativa, por lo que terminan sin mantener relaciones.

Relación de Pareja

De las participantes de la muestra, la mayoría (68,2%) manifiesta sentirse feliz en su rol de esposa, pese a la baja satisfacción y actividad sexual que tienen. Esto podría deberse a que han basado su relación más allá de lo sexual, hecho que queda confirmado con el 86,3% de las pacientes que refiere tener muchas cosas en común con su pareja. Si bien es importante no apoyar un relacionamiento sólo en lo sexual, tampoco debe olvidarse que es un elemento fundamental para perpetuar la pareja.

Al cuestionar sobre qué tan cercanas se sentían a sus compañeros, 60,8% de las mujeres de la muestra puntuó entre “mucho” y “muchísimo”. No obstante, al preguntar sobre sus amistades, 71,4% respondió sentirse muy cercanas. Por lo tanto, se infiere que la principal fuente de apoyo social y emocional es externa al entorno familiar. En este punto, vale la pena recalcar que la cercanía familiar se refiere al apoyo proveído por los hijos, principalmente.

En cuanto a los resultados obtenidos en la Escala de Relaciones con la Pareja, el percentil promedio es 34, valor equivalente a término medio. Se puede concluir entonces que la satisfacción de pareja y el ajuste

conyugal de las participantes están dentro de los parámetros de normalidad.

Calidad de Vida

Al observar la puntuación global de la escala de calidad de vida en cáncer de mama (FACT-B) se infiere que el promedio obtenido por la muestra es de 65,3%, puntaje que equivale a los rangos promedios. El mayor porcentaje de pacientes cuyo diagnóstico se remonta a más de 3 años atrás (39,29%) puede ser la respuesta de la alta calidad de vida reportada, pues quienes hace más tiempo que padecen la patología tienen más herramientas de afrontamiento y mayor adaptación a las adversidades que ésta propone.

Las diferencias en las características familiares (cantidad de hijos y tipo de relación con la pareja) son factores que también influyen en la calidad de vida porque implican una mayor red de soporte social.

No se reportó una alta variabilidad entre las distintas escalas de bienestar de la FACT-B. Los valores promedio oscilan entre 73,2% (Bienestar Físico) y 58,32% (Bienestar Funcional), puntajes que se pueden ubicar en el promedio de la escala. Los valores obtenidos en la escala de Bienestar Físico (73,2%) y Emocional (72,64%) se correlacionan directamente, pues si las pacientes cuentan con un buen estado de salud, es esperable que se sientan seguras en cuanto a sus sentimientos sobre la enfermedad y sus posibles recaídas. En cuanto al Bienestar Social, se observó un promedio de 69,71%, valor que, siguiendo las afirmaciones anteriores, demuestra la efectividad del apoyo social brindado especialmente por los hijos, amigos y vecinos. Estos elevados resultados responden también a la mayor adaptación a la enfermedad.

De estas escalas, el menor puntaje fue de 58,32%, correspondiente a Bienestar Funcional. Esta escala, que evalúa la satisfacción general de la

paciente con su calidad de vida, permite concluir que, si bien las pacientes puntúan alto en la escala, se debe mayormente al apoyo recibido de su entorno, y no a la autosatisfacción de las encuestadas. En otras palabras, los familiares y amigos ayudan a las pacientes a realizar un afrontamiento sano y eficaz, porque parecería que ellas tienen dificultad para encontrar esa iniciativa en sí mismas.

El promedio obtenido en la Subescala de Cáncer de Mama fue de 55,32%, el menor valor de toda la FACT-B. Se puede concluir entonces que la neoplasia genera en los sujetos de la muestra incomodidades relativamente severas, pero manejables, ya que la mayoría refleja un valor de término medio. Con esta subescala específica se acceden a las preocupaciones relativas al cáncer de mama, como ser las dificultades para vestirse, los dolores en el pecho y el brazo, así como también sentimientos referentes al ser mujer y al atractivo físico. Teniendo en cuenta el valor promedio obtenido, se infiere que éstas son las mayores inquietudes de la muestra.

Luego de presentar las conclusiones obtenidas sobre cada variable, se puede afirmar que los datos sustentan la primera hipótesis, es decir que, el cáncer de mama, y sus consecuentes tratamientos, especialmente la mastectomía, afectan de manera negativa a la sexualidad y la relación de pareja. No obstante, parece no producir el mismo impacto sobre la calidad de vida de las pacientes. En cuanto a la segunda hipótesis, se puede afirmar que la que calidad de vida se ha modificado, pero no ha empeorado en todos los casos; por lo tanto, no se confirma la H₂. Esto ocurre porque la calidad de vida cuenta con otros elementos, además de la sexualidad y la relación de pareja, que permiten realizar una compensación y un afrontamiento tal que terminan por elevar la satisfacción

con la propia vida, convirtiendo a la mujer con cáncer de mama en una persona resiliente. Todos estos supuestos quedan confirmados en la presente investigación, pues se observó que a mayor tiempo transcurrido desde el diagnóstico, mayor es la adaptación de las pacientes a su nueva y crónica condición de vida.

Las redes de apoyo son vitales para la recuperación de las pacientes, ya que tras el trauma del diagnóstico, es necesario recibir todo el apoyo emocional y el cariño posible, a fin de que vuelvan a sentirse completas y atractivas. La investigación confirma este postulado, pues la mayoría de las pacientes refiere un alto porcentaje de apoyo emocional por parte de familiares, amigos y vecinos, y por consiguiente, un elevado promedio en las puntuaciones de calidad de vida.

Tras la mastectomía, las mujeres desarrollan un sentimiento de “mutilación” que muchas veces no es revertido con el tiempo. Como consecuencia, terminan relegando su vida sexual y se sienten poco o nada atractivas, por lo que muchas de ellas ya ni si quiera se esfuerzan por mantener su relación de pareja. No obstante, se debe recalcar que aunque es muy difícil volver a emprender las relaciones sexuales luego de una operación de este tipo, no es imposible. Varias de las participantes remiten que han logrado no sólo mantener su relación luego de perder un seno, sino que han mejorado la calidad de ésta y la comunicación entre ambos, también en el ámbito sexual. Lo importante en este punto es fomentar las consultas de pareja tras el diagnóstico de cáncer, para explorar cuáles son las fortalezas de la relación y buscar apoyarse en ellas para salir adelante, incentivando en que la nueva sexualidad nunca será igual; será precisamente “nueva”, y por eso diferente, pero no por eso peor. Lo importante es preparar a la pareja para el cambio.

Referencias Bibliográficas

- Abecasis, I.; Navarini, H. (1998). La relación médico-paciente en oncología génito mamaria. Rosario: Homo Sapiens.
- Airaldi, M. C. (2003) . Cambio de actitud en la educación sexual, en las dos últimas generaciones paraguayas. Hernandarias: Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Sede Regional Alto Paraná.
- American Joint Committee On Cancer (2006). Cancer staging manual. Consultado en marzo, 2006 en <http://bit.ly/a9amNN>
- Aresca, L. y cols. (2004) Psicooncología, Diferentes miradas. Buenos Aires: Lugar
- Asociación Derecho A Morir Dignamente (2002) ¿Se puede morir bien?. Consultado en agosto, 2006 de <http://bit.ly/9uGwsH>
- Baile Ayensa, J. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? Revista de Humanidades. Nº 2.
- Baron y Byrne (1998) Psicología Social. México D.F.: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Brady, M. y cols. Reliability and Validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Quality –of-Life Instrument. Journal of Clinical Oncology, Vol. 15, Nº 3, 1.997.
- Breast Health Global Initiative (n/d). La Iniciativa y su misión. Consultado en mayo, 2006 <http://bit.ly/ckov5h>
- Centro Paraguayo De Estudios De Población – CEPEP (2004) La Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva. Asunción.
- Corsini, R. (2002) The Dictionary of Psychology. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Dorsch, F. (1981). Diccionario de Psicología. Barcelona: Herder.
- Dorsal, M. y cols. (1999). Marital stability after breast cancer. Journal of the National Cancer Institute. Vol. 91, Nº 1.
- Engel, J. (1994) El libro del Pecho. Barcelona: Paidós.
- FACIT (2005). Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast (FACT-B). Elmhurst: FACIT.
- Flórez Lozano, J. (2004) Estrés emocional y cáncer: perfil psicoafectivo en la mujer con cáncer de mama. Salud Global, Año IV, Nº 1, 2.004.
- Fodor, M.; Cabrera, E. (2004) Disipando la niebla; el cáncer en retirada. Santiago de Chile: Tangram.
- Gómez-Vela, M.; Sabeh, E. (2001) Calidad de Vida; evolución del concepto y su influencia en la investigación y en la práctica. Consultado en marzo, 2006 de <http://bit.ly/ceJLZI>
- González-Palacios Martínez, F. (2004) Una nueva modificación en la clasificación TNM del cáncer mamario. Revista Española de Patología. Vol. 37, Nº 3.
- Haber, Sandra y cols. (2000) Cáncer de Mama. Manual de Tratamiento Psicológico. Barcelona: Paidós.
- Hernández-Sampieri, R. y cols. (1998) Metodología de la Investigación. México D.F.: McGraw-Hill.
- Karelovic, Deni (2000). Breast Cancer. Consultado en junio, 2006 de <http://bit.ly/dBilQs>
- Lima, P. (2005) Harán mamografías gratuitas a 2.000 mujeres rurales. Asunción: Diario Última Hora.
- López Ramírez, E.; González Flores, E. (2005) Sexualidad y Cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. Revista Oncología. Vol. 28 Nº 3. 2.005.
- Lugo Alonso, Josefina y cols. (1996) Calidad de Vida y sus instrumentos de medición, una herramienta en oncología. Revista Cubana de Oncología. Vol. 12 Nº 1.
- Medline Plus (2006) Cáncer de mama. Consultado en febrero, 2006 de <http://bit.ly/aAQy98>
- Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (2005) Individual therapies. Consultado en abril, 2006 de <http://bit.ly/bR06S8>
- Moorey, S.; Greer, S. (2002) Cognitive behaviour therapy for people with

- cancer. Nueva York: Oxford University Press.
- Muniesa Soriano, José (2000) El cáncer de mama en el área sanitaria de Teruel: incidencia y supervivencia. Teruel: Boletín del Hospital Obispo Polanco. Número 13-I.
- National Cancer Institute (2006) Cuidado de Apoyo: aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Consultado en marzo, 2006 de <http://bit.ly/bxursQ>
- Navarro Góngora, José (2004) Enfermedad y Familia. Manual de intervención psicosocial. Barcelona: Paidós.
- Nussbaum, M.; Sen, A. (1996) La calidad de vida. México D.F.: The United Nations University.
- Organización Panamericana De La Salud (2002). Situación del cáncer cervicouterino en las Américas. Washington.
- Phares, Jerry (1999). Psicología Clínica; Conceptos, métodos y práctica. México D.F.: Manual Moderno.
- Pereira, C. (2005) Paraguay registra dos mujeres por día con cáncer de útero. Diario ABC Color. Asunción.
- Raddaoui, K. (2005) Psychology and Cancer. 4to. Congreso Mundial de Psicoterapia. Buenos Aires, Argentina.
- Red de Comunicación Informativa del Cono Sur (2006). Cáncer de Mama, un mal en aumento. Boletín RECOSUR, 6 de febrero de 2006.
- Sánchez-Cánovas, J. (1998). Escala de Bienestar Psicológico (EBP). Madrid: TEA.
- Sánchez Crespo, G. y cols. (2005). Análisis de las Relaciones de Pareja en la Mujer Sometida a Esterilización Tubárica. Revista IberPsicología. Vol.2 N°3.
- Schavelzon, J. (2004) Psicooncología. Principios Teóricos y Praxis para el Siglo XXI. Buenos Aires: Letra Viva.
- Silver, Marc (2004). Breast Cancer Husband. Washington: Rodale.
- Spiegel, D.; Classen, C. (2000) Group Therapy for Cancer Patients, A research-based handbook of psychosocial care. Nueva York: Basic Books.
- Tamblay, A.; Bañados, B. (2006) Psicooncología del cáncer de mama. Consultado en marzo, 2006 de <http://bit.ly/bTJ6X0>
- Temoshok, L. (1987) Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. Cancer Surveys, Vol. 6, N° 3.
- University Of Virginia Health System (2004) Tratamiento Quirúrgico para el Cáncer del Seno. Consultado en mayo, 2006 de <http://bit.ly/bXzeKv>
- Vallejo Ruiloba, J. (2000) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson.
- Zuckweiler, Becky (1998). Living in the postmactectomy body. Point Roberts: Hartley & Marks

Recibido: Agosto/2010

Aceptado: Setiembre/2010