

¿Por qué las mujeres mastectomizadas no recurren a la reconstrucción mamaria en el sistema de seguridad social?

Why mastectomized women do not resort to breast reconstruction in Mexico's Social Security system?

Paola Ivón López Hernández¹, Heberto Romeo Priego Álvarez¹, Catherine Sylvie Bracqbien Noygues¹ y Antonio Ramos García²

RESUMEN

Actualmente, la reconstrucción mamaria (RM) forma parte del tratamiento integral del cáncer de mama. Sin embargo, la gran mayoría de las mujeres no se benefician de esta intervención. El objetivo del estudio fue indagar las causas por las cuales las mujeres mastectomizadas no recurren a este tipo de tratamiento en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Tabasco (México). Al efecto, se adoptó un enfoque cualitativo mediante un grupo focal con siete pacientes no mastectomizadas menores de 60 años, en etapa oncológica avanzada. Se establecieron las siguientes categorías de factores que pueden intervenir en la toma de decisiones: conocimiento, opinión general sobre la RM, consecuencias percibidas de la mastectomía, emocionalidad y redes de apoyo social. Los resultados indicaron que ninguna de las participantes había recibido información en la institución ni considerado formalmente la posibilidad de la RM. Otros factores fueron su creencia de que estaba indicada para las mujeres jóvenes y con pareja, su temor por las secuelas de la mastectomía, el quirófano y las posibles complicaciones y su preocupación por la enfermedad. Expresaron que al privilegiar la vida, las relaciones familiares, la espiritualidad y la salud no daban prioridad a los beneficios estéticos y de confort que les ofrecía la RM. Sin embargo, reconocieron la RM como una opción en su tratamiento integral y como un derecho.

Palabras clave: Cáncer de mama; Mastectomía; Toma de decisiones; Reconstrucción mamaria.

ABSTRACT

It is now recognized that breast reconstruction (BR) forms part of the comprehensive treatment of breast cancer. However, a vast majority of women do not benefit from this intervention. The aim of the present study was to investigate the reasons why women do not resort to breast reconstruction at the Mexican Social Security Institute in the state of Tabasco. The present qualitative study was based on a focus group with seven mastectomized patients without BR, under 60 years of age, in stage IIIA of the disease. Six categories of factors that may be involved in their decision-making process were explored: knowledge, general opinion on the BR, perceived consequences of mastectomy, emotionality, and the role of a social support network. The results indicated that none of the participants had received information from this health institution, nor had formally considered the possibility of BR. Their decision not to have BR had been influenced by lack of information, the belief that BR is best applied to young women with couples, the pain or discomfort after mastectomy, other concerns on breast cancer, and the fears concerning surgery and its possible complications. Participants stated that they favored life, family relationships, spirituality,

¹ División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Av. Gregorio Méndez Magaña 2838-A, Col. Tamulté, 86150 Villahermosa, Tab., México, tel. (993)149-01-28, correos electrónicos: pil_h92@hotmail.com, heberto_priego@hotmail.com y catherinebracqbien@hotmail.com. Artículo recibido el 16 de junio y aceptado el 17 de septiembre de 2014.

² Hospital General de Zona No.46 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Prolongación Av. Universidad s/n, Col. Casa Blanca, 86026 Villahermosa, Tab., México, tel. (993)234-82-35, correo electrónico: dr_antonio_ramos@hotmail.com.

and health over the aesthetic benefits and comfort offered by BR. However, they still considered BR as an option and a right in their comprehensive treatment.

Key words: Breast cancer; Mastectomy; Decision-making; Breast reconstruction.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es uno de los desafíos más importantes para la salud de la mujer adulta. En el año 2008 fue la causa de 458 mil defunciones en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2010). En México, en 2010, afectó a 24% de las mujeres de más de 20 años (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2010), y en 2011 representó 13.8% de las defunciones por cáncer (INEGI, 2011).

Se reconoce que más de 80% de los casos de cáncer de mama se identifica en etapas avanzadas y que se requiere un tratamiento multimodal que frecuentemente incluye la mastectomía conservadora o radical (Castillo y Ávila, 2010; Mohar, Bargalló, Ramírez, Lara y Beltrán, 2009), intervención que puede generar trastornos como depresión, sensación de falta de feminidad, imagen corporal negativa, pérdida del interés sexual y miedo a la recurrencia y al abandono (Escudero, Orós y Pelay, 1997; Olivares, 2007). La sintomatología, a su vez, depende de múltiples factores: edad, nivel educativo, modo de vida, relaciones familiares y de pareja, calidad de la relación con los profesionales y otros (Castillo y Ávila, 2010; Oiz, 2005).

Se ha demostrado que la reconstrucción mamaria (RM en lo sucesivo) disminuye estos trastornos psicológicos (Morales, Rodríguez, Sosa y Ruiz, 2010), favoreciendo una recuperación psicosocial más rápida que permite a las mujeres ser económicamente más productivas y reincorporarse rápidamente a su vida familiar y de pareja. Por otra parte, se obtienen mayores beneficios desde el punto de vista del costo-beneficio institucional (Bostwick, 1990; Fdalgo, Redondo, Dean y Rioja, 2007; Trabulsy, Anthony y Mathes, 1994). Es por ello que la RM se ha convertido en una opción para la mayoría de las pacientes, y hoy día debe considerarse como una parte esencial en el tratamiento integral de las mujeres mastectomiza-

das (Escudero y cols., 1997). Sin embargo, en México eso no ocurre, por lo que algunos autores (Morales y cols., 2010) sugieren su pronta implementación.

En lo que concierne a la seguridad social en la toma de decisión acerca de de la RM, intervienen tres partes: la institución, los profesionales de salud y la paciente. En la actualidad, la RM está considerada como un derecho de las pacientes dentro de la cobertura del seguro médico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Sus hospitales de segundo y tercer nivel cuentan con los recursos suficientes para llevarla a cabo, siempre y cuando se trate de una reconstrucción con tejido de la misma paciente (tejido autólogo), pero no cuando la RM amerita el uso de un expansor o implante mamario.

Idealmente, la decisión sobre la RM –como cualquier otro tratamiento– debe ser compartida entre los profesionales de la salud y la paciente (Olivares, 2007). La información recibida por los profesionales de la salud es un factor esencial para ello; sin embargo, dicha información puede ser distorsionada por las pacientes debido a que, por el estado emocional causado por la enfermedad, se activan mecanismos de defensa que dependen de su nivel de tolerancia a la frustración (Oiz, 2005). Los estudios confirman que es probable que la satisfacción de la paciente con la decisión tomada sea mayor cuando ha sido informada de manera adecuada y cuando su participación en la decisión coincide con sus propios deseos y expectativas (Cordeiro, 2008; Olivares, 2007; Rincón, Pérez, Borda y Martín, 2010a).

Del lado médico, es importante tener en cuenta ciertas contraindicaciones y la posibilidad de algunas complicaciones (por ejemplo, contractura capsular, necrosis tisular, dehiscencia de suturas, hematoma, seroma e infección) (Escudero, 2005; Pasquale y cols., 2006). El riesgo tiende a ser mayor en pacientes de edad avanzada, en obesas y en las que tienen la microcirculación vascular comprometida, como las adictas al tabaco o las diabéticas (Cordeiro, 2008).

En el Hospital General de Zona “Dr. Bartolomé Reynés Berezaluce” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la ciudad de Villahermosa, Tab. (México), muy pocas mujeres mastectomizadas se han beneficiado de la RM. Por lo an-

tes expuesto, esta investigación tuvo como propósito fundamental indagar las causas por las cuales las mujeres mastectomizadas no recurren a la reconstrucción mamaria en dicha institución.

MÉTODO

Participantes

Se realizó una investigación cualitativa de tipo fenomenológico a lo largo de tres meses, por lo cual se solicitaron al hospital los expedientes clínicos de las pacientes egresadas con diagnóstico de cáncer de mama que fueron mastectomizadas entre 2010 y 2012. Se registró un total de 101 casos, de los que solamente tres se habían hecho RM.

Para seleccionar a las participantes del grupo focal, se realizó un muestreo teórico intencionado a partir de datos encontrados en los expedientes clínicos, seleccionándose a las pacientes sin reconstrucción mamaria menores de 60 años

y con una etapa oncológica menor o igual a IIIA (cáncer menor de 5 cm y diseminado a los ganglios linfáticos bajo el brazo, ganglios linfáticos unidos uno con otro o con otras estructuras, o cáncer primario mayor de 5 cm y diseminado a los ganglios linfáticos bajo el brazo), considerándose que una mayor edad o una etapa oncológica más avanzada son condiciones que limitan la factibilidad de la RM.

Procedimiento

De las 38 mujeres así identificadas, con el apoyo de una trabajadora social del hospital se estableció contacto con 20, seleccionadas de la manera citada arriba, buscando heterogeneidad en cuanto a sus características sociológicas y condiciones de salud, a quienes se invitó a participar en el estudio. El grupo focal constó de una sesión única de dos horas y se llevó a cabo en un aula del hospital con las siete mujeres que acudieron, cuyas características se exponen en la Tabla 1.

Tabla 1. Principales características de las participantes al grupo focal.

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7
Edad	48	54	56	54	55	58	48
Edo civil	Viuda	Casada	Casada	Divorciada	Casada	Casada	Casada
Escolaridad	Primaria	Secundaria	Secundaria	Primaria	Primaria	Primaria	Preparatoria
Ocupación	Secretaria	Ama de casa	Ama de casa	Ama de casa	Jubilada	Ama de casa	Ejecutiva
Nivel socioeconómico	Medio	Medio	Medio	Bajo	Medio	Medio	Medio
Residencia	Urbana	Urbana	Urbana	Rural	Urbana	Urbana	Urbana
Etapas	IIB	IIB	IIA	IIB	IIA	I	IIA
Enfermedades concomitantes	Ninguna	Ninguna	Ninguna	HAS y DM	HAS	Ninguna	HAS
Tratamiento adyuvante	Qt.	Qt. y/o Rt. Neo	Qt.	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Qt. y Rt.
Religión	Pentecostés	Cristiana	Católica	Católica	Católica	Católica	Católica

Siglas empleadas: HAS: hipertensión arterial sistémica; DM: diabetes mellitas; Qt.: quimioterapia; Rt.: radioterapia.

El grupo focal se manejó con una entrevista semiabierta, coordinada por una psicóloga, en la que se utilizó una guía con preguntas de las siguientes categorías establecidas con base en la revisión de la literatura: conocimientos y opinión sobre la reconstrucción mamaria, percepción de los efectos de la mastectomía y factores ligados al proceso de la toma de decisión de una eventual reconstrucción (tiempo, motivos a favor y en contra y agentes in-

fluyentes). Se incluyeron dos preguntas abiertas para conocer otras posibles causas por las cuales las pacientes decidirían o no realizarse la RM. Se grabó la totalidad de la discusión y la transcripción se enriqueció con los datos registrados por dos observadores. El análisis de la información se basó en los principios de la teoría fundamentada y mediante las técnicas de análisis de contenido.

RESULTADOS

Los resultados se presentan a continuación organizados con base en las categorías preestablecidas en virtud de que no emergieron otras.

Conocimientos sobre la reconstrucción mamaria

Las participantes refirieron que no habían recibido información por parte de la institución acerca de su derecho a esta opción dentro del tratamiento integral de la enfermedad. Sabían de su existencia gracias a los medios masivos de comunicación (televisión e Internet) o a través de familiares, conocidos y, en pocos casos, profesionales no vinculados al proceso de su atención. Al parecer, eran receptoras pasivas de información, y lo poco que sabían no las había motivado a interesarse en esta posibilidad. Es interesante notar que varias de las participantes se expresaban de manera impersonal, hablando de “uno” y no en voz propia, lo que puede significar un mecanismo de despersonalización de la situación:

“Realmente, la información sobre la reconstrucción mamaria es muy poca la que le dan a uno” (Informante 7).

“La información que le dan a uno es sobre lo que uno tiene, y de ahí no hablan más en ninguna área. El cirujano no le comenta a uno nada, solo se enfoca en lo que hace [...]. Yo tampoco sé nada, no le he preguntado a nadie. Nada más lo que uno escucha; a veces solamente en la tele de las artistas que se han reconstruido o cosas así, pero no tengo más conocimiento sobre cómo es [...]. Yo he escuchado sobre la reconstrucción mamaria en un comentario de otra paciente” (Informante 3).

«Cuando me surgió este problema, mi hijo médico, que ahorita está en Puebla, me dijo: “Mamá, no te preocupes; se te reconstruye”, pero pues tampoco sé exactamente como es» (Informante 2).

“Mis hijas me bajan las imágenes por Internet” (Informante 1).

Opinión general sobre la reconstrucción mamaria

La opinión de las mujeres estuvo marcada por su carencia de información, pero en el transcurso de la discusión todas reconocieron la importancia de

la opción de RM. Mencionaron varios factores que pueden intervenir al momento de considerar la posibilidad de una RM: la edad, el estado civil y la valoración del aspecto estético y la integridad corporal. Creían que las mujeres jóvenes y con pareja son quienes pueden obtener más beneficios de la RM, y que los aspectos que pueden limitar el interés por esta intervención son hallarse en una etapa oncológica avanzada, el miedo a la reincidencia de la enfermedad o al quirófano y la cuestión económica. La mayoría indicó que en su caso había uno o varios de esos limitantes. Una de ellas señaló que el aspecto económico era lo que principalmente las había detenido, lo que podría modificarse si recibieran la información adecuada sobre sus derechos:

“En las más jóvenes sí es importante la reconstrucción mamaria” (Informante 6).

«La reconstrucción mamaria es para las que aún tienen pareja [...]. Yo en lo personal pienso: “¿Será que me va a volver a salir?”. Lo demás ya vendrá...» (Informante 1).

“Para mí sí es importante. Siempre es importante la estética, verse bien. Además, uno siempre quiere verse completa, tenga la edad que tenga. Yo, como estoy pensando en la bolita que me salió en el otro seno, no estoy pensando en una reconstrucción mamaria ahorita” (Informante 2).

“No, por el miedo al quirófano [...] Si lo hacen aquí, pues sí, porque uno no lo piensa, porque económicamente cuesta caro... Yo creo que ninguna se lo ha hecho porque no tenemos dinero para hacerlo (Informante 7).

Percepción de las consecuencias de la mastectomía

Las participantes indicaron que tenían una serie de consecuencias de la mastectomía, la mayoría de tipo físico (dolor, inflamación y parestesias), y otras de tipo psicológico (sensación de estar incompletas, feminidad) o social (imagen pública). Todas estas consecuencias influían en su postura hacia la posibilidad de la RM, en ocasiones de manera favorable (por ejemplo, “Deseo terminar con las molestias de la prótesis”), pero en otros casos negativamente, como no querer exponerse a una nueva cirugía cuando todavía estaban sufriendo los malestares físicos de la mastectomía:

“Desde la mastectomía, tengo dolor en la espalda y los brazos. Siento que algo me jala, no puedo alzar el brazo. Tengo la parte dormida [...]. Me tengo que acostar del lado derecho” (Informante 3).

“Siento aún entumido el brazo izquierdo y con inflamación” (Informante 6).

“Estarse poniendo una prótesis, quitándola, poniéndola... Y que si se agacha uno se le cae, entonces si es incómodo. Por ese motivo, para mí sí es importante la reconstrucción mamaria, pero falta saber los otros motivos médicos: hasta dónde es la cirugía, cómo es. Todas esas son las incógnitas” (Informante 2).

Proceso personal de toma de decisión

Los discursos de las participantes permiten inducir cómo el proceso de tomar la decisión está influido por sus vivencias en las diferentes fases de la enfermedad. Algunas dijeron que al principio era difícil aceptar la enfermedad y la mastectomía. Salvar la vida se impone rápidamente como la prioridad, lo que conlleva soportar cada uno de los tratamientos pese a sus efectos secundarios. A medida que se desarrolla el tratamiento, el impacto psicológico se reduce y aumentan la resignación y la aceptación. Al principio no se piensa en la reconstrucción de mama, pero al paso del tiempo, si la evolución es favorable, puede nacer la voluntad de obtener mayor información y plantear nuevas opciones de tratamiento integral del cáncer (rehabilitación):

«Cuando me dieron la noticia, sí fue impactante, pero al mismo tiempo piensa uno que hay que ser el sostén de la familia. No me traumé, no lloré, quizá me preparé espiritualmente y para mí no fue algo drástico, pues fue una operación más; no me causó una depresión [...] Cuando uno recibe el problema, al principio es difícil aceptarlo, después viene la resignación y por lo regular, si ya viene a nuestra edad, pasando los 40 o los 50, dice uno “lo importante es salvar la vida, no la estética”. Por eso no se preocupa uno por buscar reconstruir, pero si hay la posibilidad, uno se la puede dar» (Informante 7).

Red de apoyo

El apoyo de la familia, la pareja, los amigos y compañeros de trabajo es importante para afrontar la enfermedad. Por otra parte, como se da a entender en los fragmentos del discurso ya citados, las pacientes se remiten a sus familiares para la toma de decisiones en cuanto a su tratamiento:

“Yo le digo a mi familia que es una prueba más, un enfrentamiento; que si estamos unidos vamos a salir adelante. No hay por qué espantarse, porque si nos preocupamos, todas las cosas van a empeorar psicológicamente. Yo los quiero fuertes para estar fortalecida yo [...] Después del impacto, todos los tomamos de una manera natural, porque he recibido el apoyo de toda mi familia” (Informante 7).

“Gracias a Dios cuenta mucho el apoyo de la familia, del esposo, de los hijos y... bueno... la fe” (Informante 3).

Rol social

Las participantes hicieron pocas referencias a las implicaciones de la enfermedad y de la mastectomía en sus roles sociales, lo que puede relacionarse con su bajo nivel educacional, pero sobre todo con su ocupación, que en la mayoría de los casos se limitaba al ámbito familiar. Una mencionó cómo ella desempeñó un rol activo con sus amigas usando el sentido del humor y el optimismo para contrarrestar su aflicción. Solamente una dijo haber tenido problemas graves en su desempeño laboral a raíz de la mastectomía:

«La operación sirvió para notar el aprecio de los demás. Al principio una amiga me decía: “¡Ay, te van a quitar un seno”, y yo le decía: “Sólo es una parte, pero lo bonito de todo esto es que mi esposo podrá decidir entre una más chiquita o una más grandota”. Soy muy bromista. Fue un impacto para mis compañeras de la iglesia porque ya se habían muerto unas compañeras por cáncer de mama. Les decía que no lloraran, porque me iban a hacer llorar y a mí no me gusta estar triste» (Informante 7).

“En mi trabajo mis compañeros empezaron a decirme sobrenombres y tuve que hablar con mi jefe para que les llamara la atención. De hecho,

yo ya no quería llegar a trabajar y tuve que ir con una psicóloga” (Informante 1).

DISCUSIÓN

La mastectomía es una cirugía que produce un importante impacto psicológico en las pacientes y altera su autoestima (Haddad y cols., 2001; Rincón, Pérez, Borda y Martín, 2012) y algunas veces sus relaciones personales y laborales (Borbón y Beato, 2003; Haddad y cols., 2001; Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007; Vázquez, Antequera y Blanco, 2010).

La RM es por consiguiente un derecho de toda paciente mastectomizada (Brandberg, Malm y Blomqvist, 1999; Wilkins, Cederna y Lowery, 2000) y forma parte del tratamiento integral (Fonseca y Vargas, 2006). Así lo reconoce el IMSS, al igual que muchas otras instituciones de salud, entre ellas el Hospital General de México (Haddad y cols., 2001). Sin embargo, las participantes del grupo focal de este estudio, al igual que las de estudios anteriores, indicaron tener conocimientos muy escasos sobre la reconstrucción, los cuales obtuvieron mayormente a través de la televisión o Internet, o por familiares y conocidos (Rincón, Pérez, Borda y Martín, 2010b), pero en ningún caso por parte del personal de la institución. Lo anterior coincide con los datos de otros estudios realizados en el contexto latinoamericano, tal como el que se realizó en Popayán (Colombia), en el que un equipo de enfermeros hizo evidente que los conocimientos de las pacientes sobre algunos aspectos generales del cáncer de mama eran muy deficientes (Lafaurie y cols., 2011).

Esta falta de información aparece como la causa principal por la que las mujeres no solicitan la RM, ya que la decisión de una paciente en relación con una intervención como esta se basa ante todo en las propuestas del personal de salud (Olivares, 2007). Por otra parte, los presentes autores coinciden con otros en cuanto a la intervención de factores tales como la capacidad cognoscitiva y volitiva, las expectativas sociales y familiares y la obtención de una mejor calidad de vida. También se encontró que a medida que transcurre el proceso de tratamiento, las pacientes suelen demandar más y mejor información por parte de los

profesionales sanitarios (Lara y Fuente, 1990; Martín, Abt, Perestelo y Serrano, 2013; Rincón y cols., 2010b).

Algunos factores sociodemográficos como la edad, el estado civil y el nivel socioeconómico son asimismo elementos que se relacionan con el papel activo o pasivo en la toma de decisiones sobre la RM, como lo señalan Costa y Ballester (2010). Diversos estudios concuerdan en que las pacientes jóvenes, con pareja y pertenecientes a estratos altos tienen una mayor probabilidad de someterse a la RM tras la mastectomía y la ven como una necesidad imperiosa (Alderman y cols., 2010; Barriga y cols., 2005; Lafaurie y cols., 2011; Olivares, 2007).

El presente estudio también confirma la influencia del temor a las consecuencias físicas y a una posible extensión o reaparición de la enfermedad, lo cual puede conducir a muchas mujeres o sus parejas a no expresar abiertamente esas preocupaciones o su preferencia por ciertas opciones de tratamiento (Olivares, 2007; Rincón y cols., 2010a; Vázquez y cols., 2010).

Por lo antes mencionado, es posible concluir que las mujeres expresaron que la RM no constituía una prioridad para ellas, lo que coincide con lo hallado por Olivares (2007). Privilegian el cuidado de su salud, la espiritualidad y el apoyo de las personas más importantes en sus vidas en cuanto que representan un estímulo y el aliento constante e imprescindible para el afrontamiento de la enfermedad (Lafaurie y cols., 2011; Soriano, Norat, Arrébola y Fleitas, 1997). Estas son las prioridades que desempeñan un papel fundamental en sus decisiones sobre aquellos tratamientos que tienen un impacto real sobre la imagen corporal y diversas implicaciones en la vida afectivo-sexual, como la mastectomía y la RM (Martín y cols., 2013).

A pesar de que tal reconstrucción forma parte del tratamiento integral accesible sin costo para las derechohabientes del IMSS, se lleva a cabo en un número mínimo de casos. En efecto, es importante señalar que a ninguna de las mujeres que participaron en el estudio se les propuso tal intervención, y ningún profesional de la salud de la institución les proporcionó información alguna al respecto, a pesar de que sus expedientes no indicaban contraindicaciones para realizarla. La escasa información que obtuvieron por otros medios no las

llevó a plantearse esta posibilidad para ellas mismas. Estimaron en general que la RM resultaba más atractiva para las mujeres jóvenes, con pareja y que concedían mayor importancia a su aspecto físico. En su caso, aunque mostraron cierto interés, explicaron que las principales causas que lo impedían eran el temor al quirófano y a las posibles complicaciones de la cirugía, así como las preocupaciones por la evolución de su enfermedad. Dijeron que la mastectomía las había afectado más por sus secuelas físicas que por el daño causado a su imagen. Se sentían fortalecidas por el apoyo de sus familiares, la aceptación de su pareja y la fe. Por todo ello, estaban dispuestas a conformarse con los inconvenientes de la prótesis. No obstante, manifestaron

insatisfacción al no haber sido informadas ni implicadas en la decisión, pero se animaron cuando al finalizar el grupo focal recibieron orientación de parte del cirujano plástico encargado de las reconstrucciones en la institución. Por lo tanto, parece importante respetar el derecho a la información de las pacientes sobre esta opción de tratamiento integral; aun cuando no se lleve a cabo la intervención, contribuye a revalorar su dignidad como personas. Asimismo, se sugiere ampliar este estudio mediante otras técnicas, como la entrevista a profundidad, para explorar otras causas que pudieran intervenir en la decisión de las mujeres mastectomizadas para realizarse o no una RM, así como un análisis de los factores institucionales implicados.

REFERENCIAS

- Alderman, A.K., Collins, E.D., Schott, A., Hughes, M.E., Ottesen, R.A., Theriault, R.L., Wong, Y., Weeks, J.C., Niland, J.C. y Edge, S.B. (2010). The impact of breast reconstruction on the delivery of chemotherapy. *Cancer*, 116(7), 1791.
- Barriga, C., Saa, E., Camacho, J., Aday, A., Iabaca, J. y Muñoz, M. (2005). Reconstrucción mamaria postmastectomía. *Revista Chilena de Cirugía*, 57(1), 40-44.
- Borbón, J.E. y Beato, A.I. (2003). Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(1), 47-53.
- Bostwick, J. (1990). *Plastic and reconstructive breast surgery*. St. Louis, MI: Quality Medical Publishing Inc.
- Brandberg, Y., Malm, M. y Blomqvist, I. (1999). A prospective and randomized study. SVEA, comparing effects of three methods for delayed breast reconstruction on quality of live, patient-defined problem areas of life and cosmetic result. *Plastic Reconstructive Surgery*, 105, 66-74.
- Castillo, M. y Ávila, J.F. (2010). Cáncer de mama: Etapa clínica en la que se realiza el diagnóstico y tipos histológicos más frecuentes en mujeres que acuden a un hospital de segundo nivel. *Archivos de Investigación Materno-Infantil*, 11(2), 85-90.
- Cordeiro, P. (2008). Breast reconstruction after surgery for breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 359, 1590-1601.
- Costa, G. y Ballester, G. (2010). Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. *Psicooncología*, 7, 453-462.
- Escudero, F.J. (2005). Evolución histórica de la reconstrucción mamaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 28(supl. 2), 7-18.
- Escudero, F.J., Oroz, J. y Pelay, M.J. (1997). Reconstrucción de la mama tras mastectomía. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 20(3), 325-336.
- Fdalgo, F., Redondo, A., Dean, A. y Rioja, L.F. (2007). Remodelación de los colgajos TRAM libres y DIEP. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 33(1), 35-42.
- Fonseca, G. y Vargas, S. (2006). Reconstrucción mamaria en el Hospital San Juan de Dios de Costa Rica, un estudio transversal. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 32(2), 93-98.
- Haddad, J.L., Torres, B., Bello, J.A., Sánchez, E., Ruiz, S., Chávez, V., Del Vecchy, C., Miranda, H. y Sandoval, F. (2001). Reconstrucción mamaria en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital General de México, 1995-2000. *Revista Médica del Hospital General de México*, 64(4), 210-219.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010). *Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer. Datos nacionales*. México, INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2011). *Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer. Datos nacionales*. México, INEGI.
- Lafaurie, V., Choachis, S., Gómez, J., León, D., Ovalle, C., Rodas, R., Silva, A. y Soto, V. (2011). Mujeres con cáncer de seno: experiencias y significados. *Revista Colombiana de Enfermería*, 7(7), 12-21.

- Lara, M.C. y Fuente, J.R. (1990). Sobre el consentimiento informado. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 108(5-6), 431-438.
- Martín, R., Abt, A., Perestelo, L. y Serrano, P. (2013). Actitudes de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama frente a la toma de decisiones compartida. *Revista Española de Salud Pública*, 87(1), 59-72.
- Mohar, A., Bargalló, E., Ramírez, M.T., Lara, F. y Beltrán, A. (2009). Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México. *Salud Pública de México*, 51(supl. 2), S263-S269.
- Morales, J.M., Rodríguez, A., Sosa, F. y Ruiz, R. (2010). Determinación del impacto psicológico de la reconstrucción mamaria inmediata en pacientes postmastectomía por cáncer de mama. *Cirugía Plástica*, 20(2), 73-77.
- Oiz, B. (2005). Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 28(supl. 2), 19-26.
- Olivares, M.E. (2007). Cirugía mamaria, aspectos psicológicos. *Psicooncología*, 4(2-3), 447-464.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación*. Ginebra: OMS.
- Pasquale, G., Lares, H., González, C., Verdes, A., Mattar, D., Hollebecq, A., Saboin, J. y Martínez, P. (2006). Experiencia en reconstrucción mamaria posterior a la mastectomía en el Instituto de Oncología "Luis Razetti" 2000-2004. *Revista Venezolana de Oncología*, 18(2), 98-102.
- Rincón, M.E., Pérez, M.A., Borda, M. y Martín, A. (2010a). Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 36(4), 359-368.
- Rincón, M.E., Pérez, M.A., Borda, M. y Martín, A. (2010b). Satisfacción con los cuidados médicos y búsqueda de información en pacientes con cáncer de mama. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 93/94, 23-33.
- Rincón, M.E., Pérez, M.A., Borda, M. y Martín, A. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 11(1), 25-41.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M.J. y Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2), 137-161.
- Soriano, J., Norat, T., Arrébola, J. y Fleitas, G. (1997). Algunas consideraciones en torno al cáncer. En J. R. Acosta S. (Ed.): *Bioética desde una perspectiva cubana* (pp. 165-172). La Habana: Centro Félix Varela.
- Trabulsky, P.P., Anthony, J.P. y Mathes, S.J. (1994). Changing trends in post mastectomy breast reconstruction: A 13-year experience. *Plastic Reconstructive Surgery*, 93, 1418-1427.
- Vázquez, J., Antequera, R. y Blanco, A. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*, 7(2-3), 433-451.
- Wilkins, E.G., Cederna, P.S. y Lowery, J.C. (2000). Prospective analysis of psychosocial outcomes in breast reconstruction: one year prospective results from the Michigan Breast Reconstruction Study. *Plastic Reconstructive Surgery*, 106, 1014-15.