

# Identificación de riesgo de depresión ante la susceptibilidad familiar al cáncer de mama

## *Identifying risk factors for depression in risk for familial breast cancer*

Nangel M. Lindberg y Victor J. Stevens<sup>1</sup>

### RESUMEN

El presente estudio examinó diversos factores psicosociales asociados con niveles elevados de sintomatología depresiva en mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama que asistían a una clínica de alto riesgo. Se encontró una asociación positiva entre la sintomatología depresiva y el tener más familiares diagnosticados con la enfermedad, no estar involucrada la paciente en una relación de pareja, y no tener hijos. La ansiedad experimentada por las participantes al seguir recomendaciones médicas de pruebas de detección de cáncer fue significativamente mayor para quienes presentaban sintomatología depresiva elevada, particularmente en lo referente a los autoexámenes de mama. Dada la evidencia de que el autoexamen de mama no se encuentra asociado con reducciones en mortalidad por cáncer, parece recomendable que los clínicos que atienden a pacientes en riesgo no den mucha importancia a esta prueba, y enfaticen en cambio el diagnóstico y tratamiento de síntomas de depresión y ansiedad que conllevan el potencial de interferir con los comportamientos de cuidado de la salud en estas poblaciones de riesgo.

**Palabras clave:** Depresión; Riesgo de cáncer de mama.

### ABSTRACT

*This study examined various psychosocial variables associated with elevated symptoms of depression among women at risk for familial breast cancer attending a specialty clinic. Having multiple relatives with breast cancer, not being involved in a relationship, and not having children were among the variables associated with elevations in depressive symptomatology. The anxiety associated with following medical recommendations regarding cancer screening was significantly higher for women with elevated depression scores, particularly in the case of breast self-examination. Given the evidence that this test is not associated with reduced cancer mortality, it may be advisable for clinicians to stop recommending this screening, and focus on treating symptoms of depression and anxiety which have the potential to undermine individuals' health-related behaviors.*

**Key words:** Depression; Breast cancer risk.

## INTRODUCCIÓN

Una de cada nueve mujeres corre el riesgo de desarrollar cáncer de mama en el transcurso de su vida; sin embargo, este riesgo es hasta tres veces más alto en quienes tienen antecedentes de cáncer de mama en familiares en primer grado (Anderson, 1992). Ante la amenaza de cáncer, es frecuente

---

<sup>1</sup> Center for Health Research, 3800 N. Interstate Ave., 97227 Portland, OR, Estados Unidos de América, tel. (503)528-3961, fax (503)3335-2424, correo electrónico: nangel.m.lindberg@kpchr.org. Artículo recibido el 3 de enero y aceptado el 13 de marzo de 2007.

encontrar trastornos depresivos que no solamente comprometen la calidad de vida, sino que amenazan también el pronóstico de salud (Badger, Segrin, Dorros, Meek y Lopez, 2007).

Más allá de la aflicción emocional que produce, la depresión está asociada con mayores tasas de mortalidad y morbilidad, falta de cumplimiento de recomendaciones médicas, pronósticos desfavorables de recuperación, empobrecimiento del funcionamiento inmunológico y conductas nocivas para la salud, incluido el uso de alcohol y tabaco, y sedentarismo (Cohen y Herbert, 1996; Mitchell, 2006).

Las mujeres con susceptibilidad familiar al cáncer de mama experimentan altos niveles de aflicción, incluyendo depresión, somatización, pensamientos infundados y evasión (Gilbar, 1997; Lindberg y Wellisch, 2001); sin embargo, estos síntomas depresivos pueden pasar desapercibidos o incluso ser ignorados debido en parte a una falta de estándares claros para diagnosticar a las poblaciones susceptibles al cáncer, y también porque a la depresión con frecuencia se le considera una consecuencia comprensible de estar bajo riesgo de desarrollar cáncer (Massie y Holland, 1987). Esta creencia priva a muchas mujeres de tratamientos psicológicos necesarios, creándose en cambio una espiral que retroalimenta la aflicción y el desaliento, así como comportamientos poco saludables que aumentan los factores de riesgo que dieron lugar a la aflicción.

Se estima que entre las pacientes que asisten a clínicas para individuos de alto riesgo con susceptibilidad al cáncer de mama, más de 35% muestra síntomas clínicamente significativos de depresión (Martin y Degner, 2006). Dado que la mayoría de las mujeres con riesgo familiar de cáncer de mama no reporta síntomas significativos de depresión, parece importante esclarecer las diferencias psicosociales y demográficas entre las pacientes que reportan dichos síntomas depresivos y quienes no lo hacen. En vista de las consecuencias nocivas de la depresión en la salud física, entre las que se cuentan el funcionamiento inmunológico y el comportamiento relativo al cuidado personal, el presente estudio tuvo por objeto esclarecer ciertos factores psicosociales que ayuden en la identificación temprana de individuos

susceptibles al cáncer de mama que están en riesgo de manifestar síntomas depresivos.

## MÉTODO

### Aspectos generales de los procedimientos

El presente estudio fue conducido en la Clínica de Alto Riesgo del Centro Revlon para Cáncer de Mama de la UCLA. Dicha clínica es una institución multidisciplinaria que atiende a individuos considerados con riesgo significativo de desarrollar cáncer de mama, ya sea por tener uno o más parientes en primer grado con esta enfermedad, o porque han presentado cambios mamarios precancerosos. Durante su visita inicial, las pacientes son examinadas y aconsejadas por un oncólogo, un consejero en genética, una enfermera, un nutriólogo y un psicólogo. En cada visita de seguimiento, y de acuerdo con sus necesidades, las pacientes son atendidas por miembros específicos del equipo.

### Participantes

Participaron 430 pacientes de una clínica de alto riesgo, quienes fueron abordadas y otorgaron su consentimiento al momento de su visita inicial a las instalaciones. Aproximadamente 1% de las personas requeridas declinó participar. Las edades de las participantes estuvieron entre los 15 y los 78 años, con una media de edad de 42.6.

La mayoría de las participantes ( $n = 362$ ; 83.2%) tenía antecedentes familiares de cáncer de mama en su familia, pero no habían exhibido cambios mamarios precancerosos; 21 participantes (5.1%) tenían cambios mamarios precancerosos, pero no antecedentes familiares, y 25 participantes (6.1%) reportaron tanto cambios mamarios precancerosos como antecedentes familiares. Entre las pacientes con historia familiar de cáncer de mama, la mayoría reportó que sus madres habían padecido esta enfermedad ( $n = 271$ ; 71.4%), mientras que 62 (15.9%) tenían una o más hermanas con cáncer de mama, y 50 (12.8%) tenían tanto a la madre como a una o más hermanas con esta enfermedad. El número promedio de familiares de las participantes afectadas por el cáncer de mama

fue de dos, con un rango de 0 hasta 26. Más de 28% de las participantes reportó que tres o más de sus familiares habían sido afectados por cáncer de mama.

Los datos incluidos en estos análisis provienen de las participantes que proporcionaron respuestas completas para cada instrumento ( $n = 301$ ). Los datos fueron analizados utilizando la sintomatología depresiva como una variable agrupadora; las participantes se agruparon de acuerdo con sus resultados en la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D). Se consideraron como no deprimidas aquellas cuyos resultados fueron de 15 o inferior, y aquellas con resultados de 16 o superiores manifestaban síntomas significativos de depresión.

### Procedimiento de evaluación

La información aquí presentada se obtuvo durante la consulta inicial de las pacientes con el psicólogo del equipo. Después de otorgar su consentimiento, las participantes completaron los cuestionarios básicos para evaluar los síntomas de depresión y ansiedad, al tiempo que se les hizo una entrevista clínica semiestructurada en la cual se obtuvo información sobre sus antecedentes psicosociales, incluyendo sus ideas y sentimientos respecto a las diferentes conductas de salud y a sus prácticas de salud reales. Después de que cada paciente hubo terminado los cuestionarios y la entrevista clínica, el psicólogo permaneció disponible para responder a las preguntas relacionadas con el estudio o para atender asuntos específicos que hubieran surgido durante la entrevista.

### Medidas

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

*Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D).* La CES-D es un instrumento de veinte preguntas que mide la sintomatología depresiva. Esta prueba tiene una alta validez concurrente (con niveles de hasta  $r = 0.72$ ) y una confiabilidad excelente de coeficiente alfa y de división por mitades ( $r = 0.85$  para la población general;  $r = 0.90$  para la población clínica). El estudio actual produjo un resultado de consis-

tencia interna de 0.92. Aunque sin constituir un diagnóstico clínico de depresión, los resultados de 16 o superiores en la CES-D se consideran indicativos de síntomas clínicamente significativos de depresión.

*Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo.* El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) es un instrumento de cuarenta preguntas que mide el nivel actual de ansiedad (la ansiedad-estado) y el nivel caracterológico o perdurable de ansiedad (la ansiedad-rasgo). Las respuestas se encuentran en una escala Likert de cuatro puntos, que van de 1 (casi nunca) a 4 (casi siempre). Esta prueba tiene una validez concurrente (niveles de hasta  $r = 0.80$ ) y una confiabilidad ( $r = 0.77$ ) excelentes. El manual del STAI reporta una consistencia interna alta, tanto para la escala de rasgo como para la de estado, la cual fue replicada en este estudio con resultados de consistencia interna de 0.89 (ansiedad-estado) y 0.91 (ansiedad-rasgo).

*Riesgo percibido de cáncer de mama.* Para evaluar el riesgo personal de desarrollar cáncer de mama, se pidió a las participantes que proporcionaran una estimación de las probabilidades que tenían de desarrollar cáncer de mama en el transcurso de su vida, en una escala de 0 a 100%.

*Riesgo Computado de Cáncer de Mama.* La evaluación del riesgo de desarrollar cáncer de mama se condujo utilizando el modelo de Gail, que computa diversas informaciones (como la edad de la participante en su menarca, su número de embarazos, la edad en su primer parto vivo, el número de biopsias de mama y el número de familiares en primer grado con cáncer de mama), para arrojar un cálculo del riesgo real de la participante de desarrollar cáncer de mama hasta la edad de 80 años, en una escala porcentual de 0 al 100, en la cual los resultados más altos indican un riesgo igualmente más alto.

*Ansiedad respecto a las prácticas de detección.* Se pidió a las participantes que calificaran el nivel de ansiedad que experimentaban en relación a someterse regularmente a pruebas de mamografía o Papanicolau y a realizarse autoexámenes de mama. Cada práctica de detección se evaluó por medio de una partida separada, utilizando una escala de cuatro puntos, con un rango de 1 (“mínimo”) hasta 4 (“máximo”).

*Cumplimiento de las prácticas de detección.* Se solicitó a las participantes que declararan su nivel de cumplimiento con las recomendaciones acerca del autoexamen de mama y de practicarse mamografías y exámenes de Papanicolau. En cada caso, dicho cumplimiento se evaluó utilizando una escala de tres puntos, con recorrido de 1 (generalmente cumplida) a 3 (raramente cumplida).

## RESULTADOS

La Tabla 1 muestra siete variables demográficas y psicológicas para las integrantes de los dos grupos. Como puede observarse, las mujeres con niveles elevados en el índice de depresión eran significativamente más jóvenes y tenían más familiares con cáncer de mama que las mujeres en el grupo con bajos niveles de depresión.

**Tabla 1.** Comparación de participantes con niveles bajos y elevados en el índice de depresión, sobre factores demográficos y psicológicos.

Factor	Media	t	Sig.
<i>Edad</i>			
Bajo	43.98	2.29	0.02
Elevado	40.58		
<i>Número de parientes afectados con cáncer</i>			
Bajo	1.98	2.10	0.04
Elevado	2.33		
<i>Estimación personal subjetiva de riesgo</i>			
Bajo	48.10	2.28	0.02
Elevado	56.7		
<i>Estimación real de riesgo</i>			
Bajo	17.89	1.63	0.11
Elevado	19.82		
<i>Ansiedad-Estado</i>			
Bajo	34.32	10.57	0.00
Elevado	50.36		
<i>Ansiedad-Rasgo</i>			
Bajo	33.69	13.66	0.00
Elevado	50.03		
<i>Edad al momento del diagnóstico del pariente</i>			
Bajo	29.22	1.95	0.05
Elevado	25.43		

Al estimar subjetivamente su propio riesgo de desarrollar cáncer de mama, el grupo con niveles elevados de depresión reportó niveles más altos de riesgo personal que el grupo con bajos niveles de depresión; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en términos del riesgo actual de cáncer de mama.

De acuerdo a los resultados de la ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, las mujeres con resultados elevados de depresión reportaron niveles significativamente más altos de ansiedad-estado que las que obtuvieron resultados bajos de depresión. Como se indica, el mismo patrón surgió en relación a la ansiedad-rasgo, en donde las mujeres con resultados por encima del punto de corte de la CES-D reportaron niveles significativamente más altos

de ansiedad-rasgo que las mujeres cuyos resultados estuvieron por debajo del punto de corte.

Como se puede observar en la Tabla 1, la edad de la paciente cuando su familiar fue diagnosticada con cáncer de mama se acercó a la significancia estadística, ya que las mujeres por encima del punto de corte de depresión reportaron haber sido más jóvenes que las que se ubicaron por debajo del punto de corte depresivo en el momento del diagnóstico de su familiar.

En términos de su situación familiar, las mujeres sin hijos estuvieron significativamente sobrerrepresentadas en el grupo con síntomas depresivos, al igual que aquellas que reportaron no estar en una relación de pareja.

La Tabla 2 muestra cómo los dos grupos difieren en su cumplimiento con los exámenes de detección temprana y en la ansiedad que estos les producen. Como puede apreciarse, no se encontraron diferencias entre los grupos en el cumplimiento de las prácticas de detección, incluyendo exámenes de Papanicolau, mamografías y autoexámenes de mama.

Sin embargo, hubo diferencias significativas en la ansiedad que las participantes reportaron en cuanto a las prácticas de detección. Las mujeres con niveles elevados de depresión reportaron mayor ansiedad con respecto a la prueba de Papanicolau, mamografías y autoexámenes de mama.

**Tabla 2.** Cumplimiento con, y ansiedad relativa a, exámenes de detección temprana para los grupos con índices depresivos bajos y elevados.

Variable	Bajo	Elevado	F	Sig.
<i>Cumplimiento</i>				
Papanicolau	1.2	1.18	0.06	0.80
Mamografías	1.5	1.6	0.34	0.56
Autoexamen de mama	1.9	2.0	0.89	0.35
<i>Ansiedad</i>				
Papanicolau	1.35	1.58	5.01	0.03
Mamografías	2.10	2.43	3.57	0.06
Autoexamen de mama	1.93	2.52	15.47	0.00

**Nota.** El cumplimiento fue evaluado en una escala de 3 puntos: 1 = generalmente cumplido, 2 = cumplido algunas veces, 3 = raramente cumplido. La ansiedad fue evaluada en una escala de 4 puntos: 1 = ansiedad mínima, 4 = ansiedad máxima.

## DISCUSIÓN

Uno de los hallazgos más importantes de este estudio es que la presencia de ciertas características demográficas en las mujeres que asisten a programas de alto riesgo puede alertar al clínico sobre su propensión a exhibir síntomas depresivos potencialmente graves. Aquí, las mujeres con síntomas clínicamente significativos de depresión tendieron a ser más jóvenes y a no estar involucradas en una relación de pareja. Dada la evidencia que vincula al apoyo social con los hábitos generales de salud y el cumplimiento con las recomendaciones médicas (Christensen, Smith y Turner, 1992), la indagación acerca del tipo y calidad de las redes de apoyo social de las mujeres con susceptibilidad al cáncer se torna particularmente significativo. Es importante establecer si el cáncer, como tema comunal familiar, constituye un tema tabú del cual no se habla, o si constituye un factor de cohesión entre los integrantes de la familia, acerca del cual se discute o sobre el que hay estrategias definidas de protección.

En el estudio se halló una fuerte tendencia, aunque no significativa, que sugiere que la edad de la mujer, cuando un familiar cercano es diag-

nosticado con cáncer de mama, puede constituir un factor de riesgo para desarrollar depresión más tarde. Específicamente, esta tendencia sugiere que mientras más jóvenes son las mujeres cuando su familiar fue diagnosticado con cáncer de mama, tienden a tener una mayor propensión a reportar síntomas de depresión años después. Pareciera que el cáncer de mama de una pariente (con mayor frecuencia la madre) constituye un estresor traumático que conduce a la sintomatología depresiva más adelante en la vida. Este hallazgo es consistente con el modelo cognitivo de la depresión (Beck, 1967, 1976), el cual postula que los esquemas negativos se desarrollan a partir de experiencias negativas tempranas y producen estilos cognitivos caracterizados por una selección e interpretación negativas y pesimistas de la información. A su vez, estos estilos cognitivos conllevan una afectación depresiva. La asociación negativa entre la edad al momento del diagnóstico de la madre y los subsecuentes síntomas depresivos es también consistente con la experiencia clínica con cientos de pacientes de alto riesgo de los presentes autores: casi invariablemente han hallado que el hecho de ser más joven cuando una pariente cercana (sobre todo la madre) es diagnosticada

con cáncer de mama introduce en la vida de la mujer un nivel inesperado de vulnerabilidad e impredecibilidad que posteriormente puede convertirse en un “tema depresogénico” que erosiona su sensación de confianza y seguridad y altera muchas de sus expectativas de vida.

Resulta claro que el hecho de que a su madre se le diagnostique cáncer de mama constituye para la mujer un evento traumático que produce miedo extremo, percepción de desamparo y posibilidad de lesión o muerte del objeto de apego. Adicionalmente, el diagnóstico de la madre coloca a la propia hija en riesgo de desarrollar la enfermedad, y constituye un estresor independiente que produce miedo, sensación de desamparo y la posibilidad de sufrir lesiones o muerte.

El diagnóstico materno de cáncer de mama puede considerarse como un doble evento traumático: uno que involucra la amenaza al objeto de apego, y otro que amenaza directamente al individuo. Con frecuencia, en las entrevistas clínicas con pacientes con antecedentes familiares de cáncer no suele darse importancia al número de parientes diagnosticados con cáncer de mama, siendo más usual el enfoque sobre un solo familiar que ha recibido tal diagnóstico. Sin embargo, mientras mayor sea el número de parientes afectados por cáncer de mama, mayores son los síntomas de depresión. Lo anterior sugiere la importancia clínica de inquirir más en las familiares afectadas. Por lo tanto, preguntar cuántas, quiénes y qué tan cercanas son a la mujer se torna potencialmente importante para identificar a las personas propensas a mostrar síntomas significativos de depresión, y es asimismo una fuente de información sobre las preocupaciones y ansiedades específicas de la paciente.

La exploración de la constelación familiar en pacientes de alto riesgo con frecuencia tiene dificultades dada la coexistencia de los procesos de luto y pérdida, por una parte, y la comprensión y el manejo de la condición de riesgo, por la otra, incluida la toma de decisiones médicas para disminuir el riesgo de desarrollar cáncer; es decir, muchas de estas pacientes se ven en la posición de tener que reexaminar eventos dolorosos de su pasado al mismo tiempo que absorber una gran cantidad de información sobre su potencial vulnerabilidad al cáncer y la efectividad de las estrategias preventivas disponibles.

Hay considerable evidencia de que los individuos con vulnerabilidad familiar al cáncer sobreestiman su riesgo personal de desarrollar la enfermedad (Lobb, Butow, Moore y cols., 2006). En este estudio, tanto el grupo con índice depresivo elevado como el grupo bajo en sintomatología depresiva sobreestimaron significativamente su propensión a desarrollar cáncer de mama; no obstante, la estimación subjetiva de riesgo personal fue significativamente más alta en el grupo con síntomas depresivos elevados. Dicha evaluación incorrecta es consistente con la postulación de Beck (1976) de una “triada depresiva”, integrada por la visión negativa que el individuo deprimido tiene sobre sí mismo, su entorno y su futuro. En el contexto de la susceptibilidad familiar al cáncer, esa triada depresiva se torna potencialmente peligrosa en vista de que el desaliento frecuentemente genera una sensación de fatalismo en la que el cáncer no se considera ya como una posibilidad sino como una certeza, y donde el cuidado personal (como el cumplimiento de recomendaciones médicas de detección temprana o el evitar el tabaquismo, la obesidad y otras conductas nocivas) aparecen como fútiles.

Los datos relativos a las pruebas de detección muestran que entre las mujeres susceptibles al cáncer de mama, aquellas que presentan síntomas depresivos experimentan mayor ansiedad respecto a los procedimientos de detección, sin que ello se traduzca en patrones de cumplimiento más deficientes. En estas pacientes, los sentimientos de depresión y ansiedad parecen coexistir, pero no a un nivel tal que obstaculice los comportamientos relativos al cuidado de la salud, por lo menos en cuanto al cumplimiento de las pruebas de detección. Merece mayor discusión el caso del autoexamen de mama, que en este estudio apareció asociado con elevados niveles de ansiedad y bajos niveles de cumplimiento; en el grupo con índices elevados de depresión, el autoexamen de mama resulta ser la prueba de detección asociada con peor cumplimiento y con mayores niveles de ansiedad. Dada la evidencia recientemente acumulada acerca de que los autoexámenes de mama no están asociados con mayores diagnósticos de cáncer de mama ni con la reducción en la mortalidad por esa enfermedad (Green y Taplin, 2003; Hackshaw y Paul, 2003; Thomas, Gao, Ray y cols., 2002), cabe

cuestionar la utilidad de continuar recomendando este método de detección. Pareciera que, lejos de ser una estrategia de prevención o de alivio para los síntomas de ansiedad y depresión, la recomendación del autoexamen de mama genera mayor ansiedad, menor cumplimiento y posiblemente mayores sentimientos de aflicción—incluyendo sentimientos de culpa por no estarse cumpliendo las recomendaciones médicas. Sería importante considerar un posible cambio en la estrategia del cuidado psicológico de las mujeres vulnerables al cáncer familiar de mama abordando en forma directa los síntomas depresivos y de ansiedad, disminuyendo la importancia previamente otorgada al autoexamen de mama, y enfatizando en cambio la importancia de incorporar comportamientos que

fomentan la salud (como la adopción de regímenes de ejercicio y dietas bajas en grasa), estar alerta a cambios generales en la salud, y a mantener abiertas las líneas de comunicación con los profesionales de la salud.

Finalmente, la interpretación de los datos presentados debe ser cautelosa dado que los reportes proporcionados por las pacientes mismas acerca de su cumplimiento de las pruebas de detección pueden no ser un indicador completamente confiable de su conducta futura; sin embargo, debido a la naturaleza privada de la autoexploración, tales medidas de autorreporte siguen siendo el único vehículo sobre el cual este campo de investigación se apoya para evaluar la frecuencia de este procedimiento de detección.

## REFERENCIAS

- Anderson, D.E. (1992). Familial versus sporadic breast cancer. *Cancer*, 70, 1740-1746.
- Badger, T., Segrin, C., Dorros, S.M., Meek, P y Lopez, A.M. (2007). Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Nursing Research*, 56(1), 44-55.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper y Row.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Christensen, A.J., Smith, T.W. y Turner, C.W. (1992). Family support, physical impairment and adherence to hemodialysis: And investigation of main and buffering effects. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 313-326.
- Cohen, S. y Herbert, T.B. (1996). Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.
- Gilbar, O. (1997). Women with high risk for breast cancer: Psychological symptoms. *Psychology Reports*, 80, 800-802.
- Green, B.B. y Taplin, S.H. (2003). Breast cancer screening controversies. *Journal of the American Board of Family Practitioners*, 16, 233-241.
- Hackshaw, A.K. y Paul, E.A. (2003). Breast self-examination and death from breast cancer: a meta-analysis. *British Journal of Cancer*, 88, 1047-1053.
- Lindberg, N.M. y Wellisch, D.K. (2001). Anxiety and compliance among women at high risk for breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(4), 298-307.
- Lobb, E.A., Butow, P.N., Moore, A., Barratt, A., Tucker, K., Gaff, C., Kira, J., Dudding, T. y Butt, D. (2006). Development of a communication aid to facilitate risk communication in consultations with unaffected women from high risk breast cancer families: A pilot study. *Journal of Genetic Counseling*, 15(5), 3903-3405.
- Martin, W. y Degner, L. (2006). Perception of risk and surveillance practices of women with a family history of breast cancer. *Cancer Nursing*, 29(3), 227-235.
- Massie, M.J. y Holland, J.C. (1987). Consultation and liaison issues in cancer care. *Psychiatric Medicine*, 5, 343-359.
- Mitchell, A.J. (2006). Depressed patients and treatment adherence. *Lancet*, 367(9528), 2041-2043.
- Thomas, D.B., Gao, D.L., Ray, R.M., Wang, W.W., Allison, C.J., Chen, F.L., Porter, P. y Hu, Y.W. (2002). Randomized trials of breast self-examination in Shanghai: Final results. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(19), 1445-1457.