

Aplicación de técnicas de relajación antes de cirugía de la mama

Application of relaxation techniques before breast surgery

Dra. Yunexis Nápoles Izquierdo ^I; Dr. Marlenes Agüero Padrón ^{II}; Dr. Heriberto Díaz Agüero ^{III}; Dra. Rosa María Espino Delgado ^{IV}

Hospital Universitario Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora. Camagüey. Cuba.

Resumen

Fundamento: las mujeres con enfermedades de mama, deben ser preparadas psíquica y físicamente para el acto quirúrgico.

Objetivo: evaluar la eficacia de la intervención psicológica con técnicas de relajación, para disminuir los trastornos emocionales en pacientes que van a ser sometidas a tratamiento quirúrgico de mama.

Método: se realizó un estudio de intervención en el Hospital Universitario Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora de Camagüey, desde enero a diciembre de 2010. El universo estuvo constituido por 81 pacientes con enfermedades de mama. La muestra no probabilística se constituyó por 49 mujeres con el diagnóstico clínico de nódulos de mama tanto benignos como malignos. El estudio se desarrolló en tres etapas: en la diagnóstica se identificaron los niveles de ansiedad y depresión, en la intervención se aplicó la técnica de entrenamiento autógeno de Schultz y en la evaluación se obtuvieron los resultados.

Resultados: en la etapa diagnóstica predominó un nivel medio y alto de ansiedad, la depresión fue moderada y grave. Luego de la intervención en la ansiedad predominó el nivel bajo, más de la mitad de la muestra quedó sin depresión y desapareció la grave. Desaparecieron síntomas ansiosos como la cefalea, sudoraciones, trastornos digestivos, disminuyeron la opresión torácica y palpitaciones. De los síntomas depresivos desapareció el llanto, disminuyó la tristeza, el pesimismo, los trastornos del sueño y la angustia. El nivel de satisfacción con el tratamiento aplicado fue favorable, sólo un 4 % no se mostró satisfecho.

Conclusiones: el entrenamiento autógeno de Schultz en patología de mama antes del acto quirúrgico reduce los síntomas asociados al mismo.

DeCS: TERAPIA POR RELAJACIÓN; MAMA/cirugía; PRUEBAS PSICOLÓGICAS; RESULTADO DEL TRATAMIENTO; ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN.

Abstract

Background: women with breast affections should be physically and psychologically prepared for surgery.

Objective: to evaluate the effectiveness of the psychological intervention with relaxation techniques aimed at reducing emotional disorders in patients that will undergo a breast surgery.

Method: an intervention study was conducted at the Ana Betancourt de Mora Gynecobstetric University Hospital in Camagüey, from January to December, 2010. The universe was composed of 81 patients with breast affections. The non-probabilistic sample included 49 women clinically diagnosed with benign and malignant tumors. The study was developed in three stages: in the diagnostic stage, anxiety levels and depression were identified; in the intervention stage the Schultz autogenic training technique was put into practice; finally, in the evaluation stage, results were obtained.

Results: in the diagnostic stage, middle and high anxiety levels prevailed; depression ranged from moderate to severe. After the intervention, low anxiety level predominated; more than the half of the sample stopped feeling depression and serious depression disappeared. Some symptoms of anxiety like cephalalgia, perspiration, and digestive disorders disappeared as well. Thoracic tightness and palpitations decreased. Depressive symptoms like crying, sadness, pessimism, sleep disorders, and anguish also disappeared. The level of satisfaction with the applied treatment was favorable, only a 4 % of the sample was not satisfied.

Conclusions: the Schultz autogenic training technique reduced the symptoms associated to breast pathology.

DeCS: RELAXATION THERAPY; BREAST/surgery; PSYCHOLOGICAL TESTS; TREATMENT OUTCOME; INTERVENTION STUDIES.

INTRODUCCIÓN

Los senos además de ser un elemento de belleza en la mujer, les permiten a las féminas amamantar a sus hijos. La presencia de síntomas relacionados con la glándula mamaria, es motivo de consulta y preocupación en las mujeres. ¹

La mujer instruida por la propaganda y el medio social llega a la conclusión precipitada que un nódulo mamario es cáncer. Este punto de partida desencadena reacciones personales características, que se extienden desde lo psicológico a lo psiquiátrico. ²

Estas reacciones psicológicas tienen una secuencia que genera al comienzo estados negativos de ansiedad y depresión, de reacción contra la cirugía, la mastectomía, la radioterapia y otros tratamientos y puede alcanzar reacciones psiquiátricas tardías. Existen estados psicológicos que comprometen a la enferma, el negativismo comienza en la paciente al tratar de convencerse de que un nódulo indoloro es benigno, se resiste a pensar en la malignidad, lo que en ocasiones produce una demora más o menos larga en acudir al médico y comenzar el tratamiento. ³

La ansiedad aumenta a la par del negativismo y comienzan a presentarse manifestaciones de depresión, que determinan distintos tipos de reacciones psicológicas de acuerdo con las respuestas de conducta y personalidad. ^{4,5}

Las reacciones ansiosas y depresivas ante la inminencia de la intervención quirúrgica, exacerbaban más los cuadros anteriores, es el umbral por donde deben pasar sus inquietudes, y en definitiva, la operación será la fase tranquilizadora de su negativismo o la certeza de todos sus presentimientos, es quizás el momento psicológico más reaccional. ⁵

El diagnóstico de un nódulo de mama produce una inestabilidad psíquica de corto o largo alcance. La intensidad de las respuestas psicológicas corresponderá al entorno de su personalidad o perfil psíquico, en esta situación juegan muchos factores socioculturales, cosméticos, sexuales, experiencias personales, etc. La comprensión y actitud del médico tienen un efecto positivo si dirige y proporciona la ayuda necesaria. ^{3,4,6}

Si el umbral psicológico que se crea en las pacientes se amplía pueden alcanzar la recuperación de su estado anímico normal, pero si se estrecha sin una intervención psicológica adecuada, estos trastornos psicológicos pueden en casos extremos evolucionar a la psicosis. ⁶

Es importante la actitud del equipo que atiende a la enferma: médico, enfermeras, ambiente familiar y social, los que están obligados a conocer perfectamente esos estados

reaccionales para brindar apoyo psicológico y de ser necesario tratamiento con psicofármacos a estas pacientes. ⁷

La ansiedad y depresión pueden ser una situación que un sujeto crea al hallarse sometido a un proceso quirúrgico, por tal razón las mujeres con patologías de mama, deben ser preparadas psíquicamente, como lo es físicamente para el acto quirúrgico. ²

Las mujeres con enfermedades de mama que esperan ser intervenidas quirúrgicamente tienen dudas sobre si se les ha dicho toda la verdad y qué será lo que en definitiva van a hacerle. Por otra parte no quieren saber que es algo malo y menos si ofrece grave riesgo de muerte, pero en definitiva lo inquiere. Es esta la situación de la mayoría de las enfermas y en ello juega un gran papel su personalidad, las experiencias previas e informaciones de tipo popular sobre operaciones similares, su actitud frente a la enfermedad y su confianza en el cirujano. ^{2,6}

El tratamiento psicológico con técnica de relajación, específicamente el entrenamiento autógeno de Schultz, ⁸ es una ayuda natural y poderosa para relajarse, esta técnica actúa basada en la premisa de que la mente puede obligar al cuerpo a relajarse, concentrándose en sensaciones de pesadez y de calor. Mediante sugestión mental, los músculos se relajan y la carne recibe mejor circulación, de donde resulta un estado de bajo nivel de excitación fisiológica. Durante la práctica el paciente alcanza un estado especial de la conciencia llamado estado autógeno. ⁹

El objetivo de esta investigación es evaluar la eficacia de la intervención psicológica con técnicas de relajación, para disminuir los trastornos emocionales en pacientes que van a ser sometidas a tratamiento quirúrgico de mama.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de intervención en el Hospital Universitario Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora de Camagüey, desde enero a diciembre de 2010.

Constituyeron el universo 81 pacientes con enfermedades de la mama; la muestra no probabilística se conformó por 49 mujeres que fueron diagnosticadas con nódulos de mama tanto benignos como malignos y que su tratamiento necesitaba intervención quirúrgica.

La metódica de este estudio se desarrolló en tres etapas:

I- Etapa diagnóstica.

II- Etapa de intervención.

III- Etapa de evaluación.

I- Etapa diagnóstica

A las pacientes seleccionadas se les dio toda la información sobre el proceder a realizar, sobre una base científica, las pacientes dieron su voluntad de aceptación, la misma quedó plasmada en el acta de consentimiento informado.

Criterio diagnóstico

El criterio diagnóstico se realizó a través de un examen psicométrico que evaluó el nivel de ansiedad y depresión de cada paciente, se utilizó para ello el inventario de autovaloración rasgo-estado (IDARE),¹⁰ que es un inventario autodescriptivo. En este estudio se utilizó la ansiedad situacional (de estado) y no la personal (como rasgo), ya que en este caso la situacional es el evento que desencadena el nivel de ansiedad y la sintomatología de las pacientes. Esta prueba permite establecer los niveles de ansiedad:

Bajo----- (-30 puntos).

Medio ---- (30-40 puntos).

Alto ----- (entre 45 ó más).

Para determinar el nivel de depresión se utilizó el método de inventario de Beck,¹⁰ que es un inventario que pretende medir la depresión, con 21 proposiciones que tienen varias alternativas de respuestas, a seleccionar una de ellas por la paciente, de acuerdo a la alternativa seleccionada esta obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Se suma además, la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total, y el resultado expresa la profundidad de la depresión.

Valores de las medidas según Beck: ¹⁰

Ninguna depresión----- (0-9).

Depresión leve----- (10-18).

Depresión moderada----- (19-29).

Depresión grave----- (30-56).

Se realizó una encuesta para el diagnóstico clínico (datos recogidos de historias clínicas) y niveles de ansiedad y depresión antes y después de la intervención, así como una encuesta para el diagnóstico sintomático, la cual fue dirigida a explorar las manifestaciones clínicas de ansiedad y depresión antes de la intervención.

II Etapa de intervención.

La técnica de relajación aplicada es el entrenamiento autógeno de Schultz,^{10,11} la postura escogida es la llamada posición de cochero. Las formulaciones fueron repetidas en voz alta por el psicólogo, y mentalmente por las pacientes, la representación fue periódica,

se comenzó con uno o dos minutos por fórmula y se fue incrementando en tiempo hasta 10 o 15 minutos. Se realizó con una frecuencia de tres veces a la semana con una duración de 30 minutos por sesión, el ciclo duró seis semanas, el tiempo para pasar de un ejercicio a otro fue de una semana. Las pacientes se ejercitaban en su hogar desde una a tres veces al día.

III- Etapa de evaluación.

Se aplicó el test de IDARE y BECK ¹⁰ para medir la ansiedad y depresión luego de aplicada la técnica de relajación, así como la evaluación de los síntomas de ansiedad y depresión presentes. Además para determinar nivel de satisfacción de las pacientes con el tratamiento aplicado, se creó un instrumento, la paciente debía responder diez preguntas afirmativa o negativamente. De acuerdo a la alternativa seleccionada se suma la anotación alcanzada y el resultado expresa nivel de satisfacción.

Calificación:

No satisfecha ----- (1-5).

Satisfecha ----- (5-8).

Muy satisfecha----- (8-10).

El procesamiento y análisis de la información se realizó por método estadístico computarizado, se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows. Se utilizó estadística descriptiva y de contingencia determinándose por ciento y probabilidad con valor de significación de 0.5 %. Los resultados se textos según los objetivos trazados.

RESULTADOS

Al relacionar la edad de las pacientes con las afecciones mamarias, se encontró que en el rango de edad de 20-29 años, 28 pacientes fueron diagnosticadas con fibroadenoma de mama para un 57,1 % y una paciente con el diagnóstico de enfermedad fibroquística para un 2,9 %. Entre los 30-39 años, seis mujeres tenían el diagnóstico de fibroadenoma para un 12,2 % y cinco se diagnosticaron con enfermedad fibroquística para un 10,2 %. Con cáncer de mama se diagnosticaron dos pacientes entre 40-49 años para un 4 % y siete pacientes entre 50-59 años para un 14,2 %.

Al analizar el nivel de ansiedad de las pacientes antes de la intervención se encontró que este nivel fue alto en 22 pacientes para un 44,9 %, de ellas diez pertenecían a las mujeres con fibroadenoma, tres con enfermedad fibroquística y nueve, a las mujeres con diagnóstico clínico de cáncer de mama. Se clasificaron 17 pacientes en un nivel medio para un 34,7 %, de ellas 15 con fibroadenoma y dos con enfermedad fibroquística.

El nivel fue bajo en diez mujeres para un 20,4 %, nueve con fibroadenoma y una con enfermedad fibroquística. (Tabla 1)

Tabla 1. Nivel de ansiedad en la etapa diagnóstica

Nivel	Enfermedades mamarias			Total	
	Fibroadenoma	Enfermedad fibroquística	Cáncer de mama	No.	%
Bajo	No. 9	No. 1	No.	10	20,4
Medio	15	2		17	34,7
Alto	10	3	9	22	44,9
Total	34	6	9	49	100,0

Fuente: Encuestas

p:< 0,05

Fueron analizados los síntomas de ansiedad que con mayor frecuencia se presentaron en la etapa diagnóstica, el nerviosismo estuvo presente en 28 pacientes con fibroadenoma, seguido del temor en 24 pacientes, las palpitaciones, la tensión y la opresión torácica estuvieron representadas por 19,17 y 12 mujeres respectivamente. En la enfermedad fibroquística, seis presentaron temor, el nerviosismo estuvo presente en cinco y la tensión en cuatro mujeres. En las pacientes con cáncer de mama la tensión, el nerviosismo y el temor se presentaron en las nueve pacientes de la muestra, seguido de la cefalea en siete mujeres, y cinco pacientes presentaron palpitaciones y opresión torácica.

El nivel de depresión antes de la intervención psicológica fue moderado en 20 pacientes para un 40,8 %, de ellas 13 con diagnóstico de fibroadenoma, cuatro con enfermedad fibroquística y tres de ellas con cáncer de mama seguido por 19 mujeres con depresión leve para un 38,8 % con diagnóstico de fibroadenoma. De las diez pacientes con depresión grave que representa el 20,4 %, seis pertenecen a las que tienen diagnóstico clínico de cáncer de mama y dos con fibroadenoma y enfermedad fibroquística. (Tabla 2)

Tabla 2. Nivel de depresión antes de la intervención psicológica

Nivel	Enfermedades mamarias			Total	
	Fibroadenoma No.	Enfermedad fibroquística No.	Cáncer de mama No.	No.	%
Depresión Leve	19			19	38,8
Depresión moderada	13	4	3	20	40,8
Depresión grave	2	2	6	10	20,4
Total	34	6	9	49	100,0

Fuente: Encuestas

p:< 0,05

Las manifestaciones depresivas que se encontraron antes de la intervención fueron analizadas y se observaron en 29 pacientes con fibroadenoma, la percepción de afectación de su imagen corporal con trastornos del sueño 18 y la angustia en 15 mujeres, la tristeza y el llanto estuvo presente en 14 y nueve pacientes respectivamente. En las mujeres con enfermedad fibroquística de la mama cinco pacientes mostraron tristeza y trastornos del sueño, con percepción de afectación de su imagen corporal y angustia cuatro pacientes, y con pesimismo tres. En las nueve pacientes con el diagnóstico clínico de cáncer de mama se presentaron la tristeza, la percepción de afectación de la imagen corporal y la angustia. El pesimismo, el llanto y los trastornos del sueño se presentaron en ocho, siete y seis mujeres respectivamente.

Se analizó el nivel de ansiedad luego de aplicada la intervención, encontrando que el nivel bajo estuvo representado por 40 pacientes para un 81,6 %, de ellas 31 con fibroadenoma, con enfermedad fibroquística cinco pacientes y con diagnóstico clínico de cáncer de mama cuatro. El nivel medio se presentó en siete pacientes que representan el 14,3 %, una con enfermedad fibroquística y tres con diagnóstico de fibroadenoma y cáncer de mama. Se mantuvo un nivel alto de depresión en dos pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. (Tabla 3)

Tabla 3. Nivel de ansiedad luego de aplicada la intervención psicológica

Nivel	Enfermedades mamarias			total	
	Fibroadenoma	Enfermedad fibroquística	Cáncer de mama	No.	%
Bajo	No. 31	No. 5	No. 4	40	81,6
Medio	3	1	3	7	14,3
Alto			2	2	4,1
Total	34	6	9	49	100

Fuente: Encuestas p:< 0,05

Dentro de los síntomas de ansiedad que se presentaron luego de aplicada la intervención psicológica en el fibroadenoma se redujo la tensión, el nerviosismo y el temor a tres, siete y cinco pacientes respectivamente, desaparecieron las palpitaciones, las sudoraciones, los trastornos digestivos y la opresión torácica. En la enfermedad fibroquística se presentó el temor y el nerviosismo en tres y dos mujeres respectivamente, los demás síntomas de ansiedad desaparecieron. En las pacientes con la sospecha clínica de cáncer de mama, se redujo el nerviosismo, el temor y la tensión a cuatro, cinco y dos pacientes respectivamente, la opresión torácica y las palpitaciones estuvo representada por una paciente y desaparecieron los síntomas de cefalea, sudoraciones y trastornos digestivos.

Al analizar el nivel de depresión luego de la intervención psicológica se encontró que no mostraron ninguna depresión 34 pacientes para un 69,4 %, de ellas 29 con diagnóstico de fibroadenoma y cinco enfermedad fibroquística. La depresión leve estuvo representada por 13 mujeres para un 26,5 %, seis con patologías benignas y siete con diagnóstico clínico de cáncer de mama. En dos pacientes con cáncer de mama se presentó la depresión moderada. (Tabla 4)

Tabla 4. Nivel de depresión luego de la intervención psicológica

Enfermedades mamarias					
Nivel	Fibroadenoma	Enfermedad Fibroquística	Cáncer de mama	Total	
	No.	No.	No.	No.	%
Ninguna depresión	29	5		34	69,4
Depresión leve	5	1	7	13	26,5
Depresión moderada			2	2	4,1
Depresión grave					
Total	34	6	9	49	100

Fuente: Encuestas

Se mostraron los síntomas depresivos luego de la etapa de intervención psicológica, en las pacientes con fibroadenoma desapareció la tristeza, el pesimismo y el llanto, la percepción de afectación de su imagen corporal fue en cinco pacientes, la angustia se presentó en dos mujeres y los trastornos del sueño en una paciente. En la enfermedad fibroquística desapareció la tristeza y el llanto, la percepción de la afectación de su imagen corporal se presentó en dos pacientes y en una paciente se mantuvieron los trastornos del sueño y la angustia. De las nueve pacientes con cáncer de mama, a pesar de la intervención, no se modificó la percepción de la afectación de su imagen corporal, y disminuyó la tristeza a tres pacientes y la angustia a una, en dos mujeres persistió el pesimismo y los trastornos del sueño.

Luego de aplicado el tratamiento se exploró la satisfacción que presentaban las pacientes con la técnica aplicada, se encontró que 44 mujeres del estudio se sintieron muy satisfechas para un 89,8 %, se mostraron satisfechas tres para un 6,1 % y no satisfechas dos pacientes para un 4,0 % .

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en esta investigación se corresponden con los referidos por otros autores.¹²⁻¹⁵ La incidencia del fibroadenoma es mayor antes de los 30 años de edad. La incidencia de la enfermedad fibroquística se reporta entre 20-40 años.³ Se

conoce que el cáncer de mama afecta con mayor frecuencia a mujeres por encima de 40 años,^{1,2,16} lo cual coincide con este trabajo.

La literatura revisada refiere la existencia de cuatro factores que condicionan a una respuesta anímica desfavorable a la acción quirúrgica: la depresión, el temor a una mastectomía, un clima pobre en las relaciones sexuales y la perspectiva de adaptación a una nueva relación de pareja. Estudios realizados demuestran que la paciente y su familia reaccionan al diagnóstico con miedo, ansiedad, depresión y sentimientos de culpa.⁵

En un estudio de calidad de vida en el cáncer de mama en estadios tempranos, en el plano afectivo predominó el miedo y la depresión antes de la cirugía seguido de las manifestaciones ansiosas.^{7,17,18}

Se debe tener presente que una cicatriz de la mama visible o la ausencia de la mama puede mover el mundo de emociones de las pacientes hacia la depresión, y disminución de su autoestima, con un deterioro de la calidad de vida de las mismas, sobre todo cuando la mujer le da un alto valor a sus mamas para mantener una adecuada imagen corporal.^{5,13}

En los resultados de esta investigación predominó el nivel de ansiedad alto y medio, fue significativa la modificación de estos niveles luego de aplicada la técnica de relajación porque se logró que la mayoría de las pacientes se movieran del nivel medio y alto al nivel bajo de ansiedad, lo cual coincide con otros autores cuando aplicaron esta técnica para disminuir la ansiedad.^{19,20}

Los síntomas que predominaron antes de la intervención fueron el nerviosismo, el temor, las palpitaciones, opresión torácica y otros como: los trastornos del sueño, la angustia, la tristeza, la percepción de afectación de su imagen corporal y el llanto, resultados similares muestran la mayoría de los autores.⁶

Con este estudio se comprobó la evolución favorable hacia la disminución o eliminación de algunos síntomas luego de aplicado el tratamiento psicológico lo que se corroboró con la bibliografía revisada. Diversos estudios demuestran que el entrenamiento autógeno de Schultz es efectivo en el tratamiento a corto y largo plazo para los trastornos de depresión y ansiedad.⁹

Además investigaciones proponen el uso combinado de psicofármacos para lograr ventajas y mejores resultados con una disminución significativa o eliminación de la sintomatología ansiosa y depresiva.⁷

Por los resultados que se obtuvo, se debe considerar que la técnica de entrenamiento autógeno de Schultz es útil, eficaz e inocua, lo que se evidencia con los resultados, ya que estos fueron satisfactorios en un período de tiempo no prolongado, donde no existieron casos que empeoraran su cuadro o se mantuvieran igual al finalizar la sexta semana de tratamiento.

El grado de satisfacción de las pacientes con la técnica utilizada fue alto.

CONCLUSIONES

1. Predominó en el diagnóstico clínico el fibroadenoma.
2. Prevalció antes del tratamiento un nivel medio y alto de ansiedad, la depresión fue leve y moderada. Luego de aplicada la técnica de relajación, entrenamiento autógeno de Schultz, se redujo la ansiedad a niveles bajos y la depresión desapareció o disminuyó a niveles leves.
3. Con el uso de la técnica de relajación se logró disminuir los síntomas ansiosos y depresivos a valores mínimos y algunos desaparecieron.
4. La mayoría de las pacientes quedaron satisfechas con el tratamiento utilizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coperland B. Manejo de las enfermedades benignas y malignas. 3ra ed. Vol II. Venezuela: Editorial Médica Panamericana; 2007.
2. Castell J, Rodríguez A. Afecciones mamarias. En: Rigol Ricardo O, Cutie León E, Santiesteban Alba S, Cabezas Cruz E, editores. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 339-56.
3. González Limote M, Isla Valdés M, Peláez Mendoza J, Juncal V. Afecciones mamarias benignas y malignas. En: Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainera I, Lemus Lago E, Batista Moliner R, editores. Temas de Medicina General Integral. T II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 397-405.
4. Hernández Muñoz G. Avances en mastología. Venezuela: Editorial Universitaria; 2009.
5. Nápoles Izquierdo Y, García Novoa W, Díaz Aguerro H. Cirugía conservadora y radical en estadios temprano del cáncer de mama. Arch Med Camagüey [Internet]. 2009 [citado 10 Feb 2011];13(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article^dlibrary&format=iso.pft&lang=e&nextAction=lnk&indexSearch=AU&exprSearch=NAPOL+IZQUIERDO,+YUNEXIS>.

6. Ballesteros S. Psicooncología un enfoque cognitivo. Madrid: Editorial Universidad. SA; 2009.
7. Thomae H. Aspectos psicológicos del cáncer. Rev Latinoamericana de psicología. 2009;3(3):49-63.
8. Nuñez de Villavicencio F. Psicología y Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
9. Luna M, Baeza IC. Manifestaciones sintomáticas de la ansiedad. España: Clínica de la ansiedad; 2003.
10. González Llanea FM. Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
11. De la Gondora M, Fuentes JC. Ansiedad y Angustia: causas, síntomas y tratamiento. Madrid: Pirámide; 2005.
12. Suárez Carreño GI, Rueda López AC. Prevalencia de trastornos depresivos mayores en pacientes con mastectomía. Med UNAB. 2007;10(1):24-7.
13. Miguel Tobal JJ. La ansiedad. Madrid: Editorial Aguilar; 2008.
14. Oyuela García J, Hernández Herrera R. Psicoprofilaxis e índice de cesáreas. Rev Med IMSS. 2009;48(4):439-42.
15. Ibáñez M. Reconstrucción mamaria con colgajo TRAM pediculado. Rev Chil. 2012;64(1):40-5.
16. Kovacs Sant'Anna D, De Almeida V, Louzada Petito E, Rivero De Gutiérrez M. Ejercicios para rehabilitación funcional de mujeres con cáncer de mama. Rev Cienc Enferm. 2010;16(1):97-104.
17. Amblar Burgos E. Creencias y entrenamiento psicológico. Apuntes de Psicología. 2010;28(2):279-83.
18. Morell Lucimara A, Stacciarini Jeanne Marie R. Intervenciones utilizadas para promover estrategias para la depresión entre mujeres con cáncer. Rev Cenc Enferm. 2009;15(2):41-54.
19. Nguyen Phuong H, Grajeda R, Melgar P, Marcinkevage J. Potencial reducción de síntomas de depresión en mujeres en Guatemala. Arch Latinoam Nutr. 2009;59(3):278-86.
20. Zarragoitia Alonso I. Depresión: Generalidades y Particularidades. Ciudad de La Habana: Ecimed; 2011.

Recibido: 25 de septiembre de 2012

Aprobado: 27 de febrero de 2013

Dra. Yunexis Nápoles Izquierdo. Especialista en I Grado en Ginecosbtetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Instructor. Hospital Universitario Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora. Camagüey. Cuba. Email: yunexi@finlay.cmw.sld.cu.