

ASPECTOS PSICOLOGICOS EN LA TERAPIA DEL CANCER

En este relato el autor enfatiza la conveniencia de conocer los valores de la cultura y clase social de origen de la paciente para comprender sus reacciones psicológicas y necesidades emocionales que emergen de la relación terapéutica.

La asistencia psicológica y espiritual del enfermo canceroso se torna indispensable desde la formulación del diagnóstico hasta el desenlace fatal que puede tardar años.

Se configura así una visión interesantísima de la humanización, con una mayor atención a los aspectos sociales, comunitarios y humanos de la medicina.

Se plantean al médico exigencias en cuanto a su asistencia cuando se acerca la etapa terminal de la vida. La función del médico no es sólo de diagnosticar y tratar, sino que por encima de éstas estará siempre la responsabilidad de aliviar, consolar y confortar; ellas adquieren mayor preeminencia cuando se han agotado los recursos terapéuticos.

Algunas Consideraciones Psicológicas en el Tratamiento del Cáncer de la Mama

Dr. PEDRO NAVEILLAN FERNANDEZ *

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Para la debida comprensión de la mujer que se ve enfrentada al diagnóstico de cáncer de la mama y la consiguiente mastectomía es necesario tomar en consideración numerosos aspectos que dicen relación con la valoración personal y social del seno, con la significación y trascendencia que se da al cáncer, con la personalidad y biografía de la paciente, con sus valores espirituales y sentido que da a la vida y a la muerte. Igualmente hay que contemplar variables inherentes al médico tratante tocantes a su personalidad, estilo de su relación con la paciente, su mundo valórico, etc.

EL SENO

No hay duda alguna de que la consideración del seno no se agota ni con mucho en su perspectiva de glándula productora de leche, necesaria en el ciclo reproductivo de los mamíferos. Como parte que es del cuerpo humano está inserta en la imagen de sí mismo y esquema

corporal y lo que le sucede es sentido como una amenaza a su integridad, generando la consiguiente angustia vital.

Pero hay una valoración emocional del seno que tiene raíces biográficas y culturales y que incide poderosamente en la autoestima y en las relaciones de la pareja humana.

Las sociedades y culturas humanas difieren substancialmente en hábitos y costumbres, organización social, valores culturales y espirituales y numerosos otros parámetros que son el campo de estudio de la antropología y sociología. Estas diferencias también se dan en el valorar del cuerpo y de la vida y es muy probable que las mamas y su pérdida, adquieran una distinta significación según cual sea la cultura o subcultura a la que pertenezca la paciente.

No he encontrado datos socioculturales chilenos al respecto, pero la experiencia señala que nuestra cultura occidental, tan uniformada por los medios de comunicación de masas, valora grandemente el seno y lo hace uno de los atributos de la belleza femenina y le da especial relevancia como órgano erótico sexual.

Es comprensible y necesario que la mujer haya adquirido a través de su vida y del proceso de

* Psiquiatra. Casilla 776, Santiago.

socialización los valores de su cultura referentes al seno y que sus reacciones frente a sus características (forma, tamaño, etc.) y eventual pérdida estén en gran medida determinadas por esta valoración.

Por otra parte, en una misma cultura se dan subculturas que difieren en algunas pautas de conducta que pueden incluir la vida sexual y otras características biológicas. También pueden haber diferencias ligadas a la clase social.

Las anteriores consideraciones apuntan a la necesidad de conocer los valores de la cultura y clase social de origen de la paciente para comprender sus reacciones psicológicas y necesidades emocionales, que emergen en la relación terapéutica.

También debe tomarse en consideración que los senos llenan una función sexual, siendo una importante zona erógena en especial el pezón y la aréola mamaria. Según la importancia que haya adquirido en la historia sexual de la mujer y que tengan en la relación de la pareja, su pérdida tendrá una resonancia mayor o menor que puede alterar seriamente la vida conyugal futura; esto a su vez se ve calificado por la valoración que se dé a la vida sexual y necesidades de cada cual. De aquí la importancia que tiene para el médico conocer la historia sexual de la mujer y la relación con su pareja para poder comprenderla y ayudarla.

EL CÁNCER

Este término, fuera de su significación médica, tiene una connotación emocional intensa, derivada del modo especial en que es percibido culturalmente y que está ligado al dolor y muerte.

Frente al diagnóstico de Cáncer surge, incluso, en el médico mismo, el límite final de la vida, la inminencia de la muerte en breve plazo, una muerte cruel, llena de sufrimientos.

El nivel educacional alcanzado, la inteligencia y sensibilidad de cada cual, el grupo social y cultural al que se pertenezca, son factores que influyen en la imagen que se tiene del cáncer y, por ende, en las reacciones emocionales experimentadas al saberse portador del mismo. Otro tanto ocurre con los familiares y amigos del paciente que reaccionan frente a él en función de las mismas variables.

Es importante que el médico trate de evaluar estos elementos de juicio que le permitirán orientar su acción y manejar sus relaciones con el paciente canceroso. Desgraciadamente no hay, que

yo sepa, estudios socioantropológicos realizados en nuestro medio que digan relación con la percepción de esta enfermedad y que permitan al profesional de la salud orientarse en su quehacer.

LA PERSONALIDAD Y BIOGRAFÍA

Al igual que una pieza de música suena diferente al ser interpretada por distintos instrumentos musicales, lo que es debido a la variación en materiales, construcción, forma expresiva (de viento, cuerda, percusión), número de octavas, etc.; la temática del cáncer de la mama adquiere un sinnúmero de posibilidades de manifestación que son consecuencia de la variación personal en el modo de vivenciar, de expresarse, de enfrentar la vida, y darle sentido, de jerarquizar valores.

Como la personalidad de cada cual es fruto en parte de características heredadas y en gran medida de la acción formadora del medio familiar, social y cultural, la biografía del individuo adquiere gran relevancia para su comprensión.

Debe retenerse que la vivencia y la expresión de los sentimientos que acarrea el sentirse portador de una enfermedad como el cáncer será distinta en los sujetos introvertidos, por ejemplo, que en los extrovertidos; en los de temperamento depresivo que en los alegres; en los inseguros que en los seguros de sí, etc. Igualmente, que las experiencias del pasado determinan en buena medida las reacciones afectivas, en especial aquéllas que dicen relación con familiares o amigos que hayan padecido de esta enfermedad.

LA MUERTE

Probablemente ninguna otra enfermedad como el cáncer, por las razones antes señaladas, enfrenta tan violentamente al sujeto con la muerte. Desde el momento en que recibe este diagnóstico y los aprecia en toda su significación, la muerte ronda el espíritu como algo que le va a suceder a él en un plazo que le parece ya definido. La muerte ha dejado de ser una posibilidad remota y que le ocurre a otros y se vuelve una realidad que lo amenaza a él o ella. Este trance necesariamente sacude toda la existencia y obliga a interrogarse por el sentido de la vida y de la muerte, movilizándolo no sólo la angustia vital sino que también la existencial y teleológica. Origina no sólo problemática psicológica sino que también filosófica y espiritual.

En muchos hay inicialmente una reacción de negación frente a las posibilidades de la propia muerte, que se traduce, entre otras cosas, en una minimización de la propia enfermedad, en un no querer saber acerca de ella y una escasa colaboración con el tratamiento y controles posteriores.

Pero la muerte ronda el espíritu y el paciente debe aprender a aceptarla y convivir con este fantasma.

La asistencia psicológica y espiritual del enfermo se torna indispensable desde la formulación del diagnóstico hasta que se ha producido el desenlace fatal, el que puede tardar años, gracias al avance en las terapias anticancerosas.

La problemática de la muerte también compromete afectivamente y espiritualmente al médico tratante que vé desafiada por ella el alcance de su saber y su sentido de omnipotencia, como también movilizadas sus propias angustias frente al término de la vida terrenal. Sus valores y actitudes influirán poderosamente en la relación terapéutica y humana que deberá mantener con su paciente.

CONDUCTA BASICA FRENTE AL PACIENTE Y SUS NECESIDADES PSICOLOGICAS

Debe tenerse presente que la relación del médico tratante con la paciente que padece de cáncer de la mama seguramente se prolongará por años, hasta que se produzca el desenlace fatal, salvo que el deceso ocurra por una causa no relacionada con dicha enfermedad.

Es importante, por tanto, que desde la primera entrevista se busque de crear una relación cordial, cálida, basada en la confianza. Para estos efectos se debe saber escuchar, dejar que la paciente exponga sus inquietudes y temores, y saber preguntar de manera de poder obtener todos los elementos de juicio que permitirán orientar y guiar. Deberá el médico tratar de formarse una idea clara acerca de la personalidad de su enferma, de su fortaleza, de su carácter, de sus necesidades emocionales, de su medio familiar y social (muy en especial de su matrimonio si es casada, y de su vida sexual), de su pasado, de sus valores religiosos y espirituales.

Lo habitual es que esta tarea sólo se complete en varias entrevistas y no se debe vacilar en otorgarle todo el tiempo que sea necesario. De

la información así obtenida frecuentemente resultarán indicios que permitirán al médico dosificar la verdad que deberá decir a la paciente, según lo que ella desea, puede y debe saber.

Es conveniente señalar desde ya que deberá mostrarse acreedor y digno de la confianza que busca de despertar y recordar que la mejor forma de perderla es faltando a la verdad. A veces es aconsejable dar una información parcial, midiendo la verdad de modo de no desencadenar reacciones catastróficas, pero no debe mentirse ni aún con fines piadosos ya que lo habitual es que la enferma termine por enterarse del mal que la aqueja por la progresión de la propia enfermedad, por la actitud de sus familiares, por indiscreciones del personal auxiliar, lo que resquebrajará la relación médico paciente o pondrá término a ella.

Además de esta relación básica de empatía y confianza, deberá recordarse que también corresponde al médico dar apoyo, estimular, confortar y ayudar a conformarse al ser humano enfermo con su situación, cuando ésta es desesperada. El ocupa una posición privilegiada para asumir estos papeles ya que tiende a ser visto por quién padece como la única persona que tiene los conocimientos adecuados y la capacidad para controlar la enfermedad e impedir la muerte.

Es igualmente necesario retener que la medicina moderna es un trabajo generalmente de equipo y tiene un carácter multidisciplinario, por lo que todos los miembros que participan en el proceso terapéutico deben compartir las actitudes señaladas en los párrafos anteriores y asumir coordinadamente, bajo la dirección del médico tratante, las responsabilidades humanas y técnicas que emanan de su quehacer.

Finalmente, corresponde señalar aquí que la problemática psicológica de la paciente con cáncer del seno tiene raíces múltiples, algunas de las cuales ya subrayamos, que desbordan las capacidades y posibilidades de los profesionales de la salud. Conviene, para su manejo, incorporar a miembros significativos del grupo familiar y social, a voluntarias mastectomizadas, a religiosos.

LA INFORMACION ACERCA DE LA ENFERMEDAD

Mucho se ha polemizado acerca de la conveniencia de decir o no la verdad de su diagnóstico a los pacientes que padecen de cáncer y se

han sostenido posiciones extremas. En efecto, hay quienes piensan que ésta debe ocultarse al enfermo y otros que debe decirse siempre y a todo trance. Probablemente la actitud correcta no se encuentra en ninguna de estas polarizaciones y la información que es conveniente dar debe ser ajustada individualmente en función de las necesidades y derechos del paciente y las exigencias del proceso terapéutico.

A este respecto debe tomarse en consideración el verdadero deseo de saber realmente acerca de su enfermedad que tiene quien la padece y que es habitualmente expresado de modo directo o indirecto en las entrevistas que se tienen con él. Una posible regla es que, ante preguntas directas hay que dar respuestas directas y verdaderas y que en el resto de las circunstancias puede dosificarse la verdad en función del contexto individual pero siempre absteniéndose de dar falsas seguridades.

Cuando hay responsabilidades familiares, laborales o sociales que hacen necesario que el paciente solucione algunas situaciones en vista a su más o menos próximo deceso (testar, poner en orden sus asuntos económicos, etc.), deberá sopesarse la necesidad de informar a cabalidad aunque el enfermo no haya expresado tal deseo; a veces será suficiente hacerlo con un familiar.

Por otra parte, el conocimiento exacto del diagnóstico suele ser necesario para asegurar la colaboración en el proceso terapéutico (radioterapia, farmacoterapia, controles, etc.) y en la rehabilitación. Es sabido, por ejemplo, que la rehabilitación del ciego sólo parte cuando éste acepta su ceguera, lo que está simbolizado por el uso del bastón.

Vistas así las cosas, conviene responder las siguientes interrogantes del quién, que, cómo y cuándo informar.

Sobre el *quién* debe informar parece haber bastante acuerdo en que esta responsabilidad corresponde al cirujano tratante, el que deberá, además, orquestar toda la conducta de los diversos miembros del equipo de salud en sus relaciones con el paciente. Suele ser ésta una seria carga ya que compromete a toda su persona actualizando sus propias emociones y actitudes frente al cáncer y la muerte, junto con obligarlo a reconocer las limitaciones de su arte frente a una enfermedad que en el mejor de los casos sólo puede detenerse en su evolución; es decir, representa un desafío como ser humano y como médico. A veces, vé coartado su accionar por el temor a que el paciente reaccione en

forma catastrófica ante esta noticia, suicidándose, sobre todo si ha amenazado con hacerlo; pero esto no debe ser una consideración que le detenga por cuanto la experiencia muestra que es muy excepcional que así ocurra y es una crisis que se puede soslayar a través de una buena relación psicoterapéutica, dando apoyo y comprensión, y recurriendo eventualmente al uso de los psicofármacos.

El *qué* es la verdad de la condición de cancerosos, la que debe ir acompañada de una información suficiente sobre las características de la enfermedad, las posibilidades terapéuticas y la evolución probable. Si bien a veces es conveniente dar en forma medida esta información tomando en consideración las características de personalidad y problemática del paciente, no se debe dar falsas seguridades ya que el tiempo se encargará de desmentirlas y se perderá la fe en el médico y en los recursos terapéuticos. En el cáncer de la mama la mastectomía misma, que deberá contar con el consentimiento informado de la paciente, es una confirmación de las peores sospechas de ésta y, por ende, la comunicación del médico, siempre necesaria, no es más que una ratificación.

El *qué* incluye un esclarecimiento acerca de la larga sobrevida que hoy día puede obtenerse en el cáncer de la mama en la que se debe poner especial énfasis, y que permite la reintegración, en la mayoría de los casos, a una vida normal.

También es conveniente instruir acerca de la posibilidad de que siga sintiendo la presencia del seno como un miembro fantasma que tardará en desaparecer. Igualmente debe recibir orientación sobre el *qué* y el *cuándo* informar de su enfermedad a las personas significativas en su vida, en especial los hijos.

Respecto del *cómo*, la comunicación debe ser realizada con calor humano y en actitud comprensiva frente a las reacciones y necesidades de la paciente, ayudándola a expresar sus sentimientos, dudas, temores, ansiedades. Hay que ayudarla a anticipar el futuro, en especial el período de tristeza, casi de duelo, que sobrevendrá por la pérdida del pecho y que durará uno a dos meses; los problemas sexuales, familiares y sociales que deberá enfrentar por la valoración que se da al seno; los que sobrevendrán por el hecho de saberse irremediamente mortal.

En lo que se refiere al *cuándo*, apenas está plenamente confirmado el diagnóstico y la paciente se encuentra en condiciones físicas y aní-

micas para enfrentarse con su situación. Por ejemplo, después de la mastectomía conviene dejar pasar 24 a 48 horas para que ésta se recupere de los efectos de la operación, pero sin eludir la respuesta directa a las preguntas directas, sólo postponiendo su pleno esclarecimiento.

REHABILITACION

La larga supervivencia obtenida en las pacientes que padecen de cáncer de la mama cuando el diagnóstico y tratamiento han sido precoces obligan a preocuparse por los aspectos cualitativos de ella. En efecto, no es lo mismo evaluar el resultado del tratamiento de esta condición morbida en base al número de meses o años en que se logra prolongar la vida que interrogarse simultáneamente por la calidad de la vida que se lleva o llevará en este período. Tampoco lo es el ofrecer a las enfermas tantos años por delante sin preocuparse de si en ellos va a ser posible una vida razonablemente plena y feliz.

En el estado actual de nuestros conocimientos y avances terapéuticos el médico no puede desentenderse de estos aspectos de la problemática y debe asumir un papel y una responsabilidad centrales en el proceso de la rehabilitación, el que debe ser integral.

Es conveniente subrayar que habitualmente se ha entendido por rehabilitación, en nuestro medio, la recuperación de la función física de los miembros comprometidos, tendiente a la minimización de las limitaciones que a veces inevitablemente resultan. Ha sido quehacer de fisiatras, kinesiólogos y, últimamente, terapeutas ocupacionales, que mediante ejercicios, actividades y diversos medios fisioterapéuticos, se preocupan de la restauración física del paciente. Poca o ninguna preocupación se ha dado, salvo recientemente en algunos medios, a los aspectos anímicos y sociales.

Un proceso rehabilitativo para ser completo e integral debe abarcar los aspectos físicos, psicológicos, laborales y vocacionales, sociales y espirituales del paciente.

La rehabilitación física es de sobra conocida por quienes tienen que habérselas con las pacientes mastectomizadas y su meta es la máxima recuperación de la motilidad de las extremidades superiores, en especial a nivel del hombro, cuando ha habido vaciamiento axilar.

Los aspectos psicológicos, laborales, sociales, y espirituales de la rehabilitación tienen un común denominador en la salud mental que entraña no sólo un equilibrio psicológico sino que también la capacidad de organizar constructivamente la propia vida y de obtener el máximo nivel de felicidad posible. Antes de adentrarnos en ellos quiero destacar un especial punto de encuentro que tienen con la rehabilitación física en la reconstrucción del seno. Esta puede ser de tipo quirúrgico buscando la creación de un órgano que estéticamente tenga el máximo de parecido con la mama o, lo que es más usual, puede ser externa, de tipo protésico, que dé el aspecto y la sensación del seno normal para todos los efectos de la vida social. Dicha reconstrucción permite conservar la propia estima y la imagen de sí misma en la medida que ésta es un reflejo de las actitudes de los demás; en efecto, es muy importante, por ejemplo, el poder salir a reuniones sociales o bañarse en lugares públicos sin concitar la atención por la falta de un órgano que es tan llamativo en nuestra cultura.

La rehabilitación psicológica dice relación con la aceptación madura del diagnóstico de cáncer (y los tratamientos que conlleva, entre los que destaca la mastectomía) y de la limitación, ya ineludiblemente sabida, de la propia vida. Lo fundamental es ayudar a la paciente a adoptar una actitud constructiva frente a la vida que le queda por delante y las posibilidades que ésta le depara, de modo que sea capaz de darle sentido y de vivirla en plenitud. En este cometido es de gran utilidad asegurarse la colaboración de personas que son significativas en su vida. Mención especial merece la ayuda psicológica que puede significar el conocer y conversar con una paciente mastectomizada que haya logrado superar exitosamente este trance y que debidamente capacitada, esté colaborando en los programas de rehabilitación.

Los aspectos laborales y vocacionales deben ser tenidos en consideración, siendo importante que la paciente se reintegre a las actividades que realizaba antes de enfermarse o a algunas nuevas que digan relación con sus aptitudes físicas y psicológicas. Hay que considerar que a más de los aspectos económicos del trabajo, este contribuye a llenar y darle sentido a la vida y que hace que quien lo realiza se sienta útil y ojalá necesario.

También hay que evitar que la paciente se retraiga de la vida social y estimularla a que participe activamente en ella y se sienta un

miembro útil de la comunidad. Esto contribuirá a que supere sus inseguridades, tenga una actitud distinta frente a su enfermedad derivada de la forma en que ella es vista y aceptada por sus relaciones, y le dará posibilidades de realizarse como persona. Lo anteriormente señalado es especialmente válido para la unidad social básica que constituyen la pareja humana y su descendencia.

En este contexto cabe señalar la importancia de la vida sexual y la conveniencia de esclarecer a ambos miembros acerca de sus posibilidades y de la conducta adecuada que debe tenerse ante la ausencia del seno.

Los aspectos espirituales de la rehabilitación no deben ser dejados de lado toda vez que, como ya lo señaláramos, el cáncer es visto como un enfrentamiento ineludible con la muerte, que es la crisis más profunda de la existencia. El sentido de la vida y de la muerte rondarán de continuo el espíritu despertando necesidades psicológicas y espirituales que deberán ser satisfechas. Es importante orientar a la paciente o ponerla en contacto con las personas que puedan ayudarla. En quienes profesan creencias religiosas resulta útil y necesario asegurar la colaboración de los ministros del culto respectivo.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA ASISTENCIA AL MORIBUNDO

En algunas pacientes el cáncer de la mama estará tan avanzado cuando lleguen a consultar que habrá escasa o ninguna posibilidad terapéutica y en que sólo será posible un tratamiento sintomático en espera de un desenlace fatal a breve plazo. En otras se habrá obtenido una sobrevida más o menos larga pero finalmente la progresión de la enfermedad también hará inminente la muerte.

Las primeras seguramente no estarán preparadas para enfrentarse con su situación y tampoco habrán establecido una sólida relación médico-paciente en la que pueda buscarse orientación para la conducta a seguir. Con ellas habrá que ser más cuidadosos en cuanto a valorar la necesidad de comunicarles la verdad acerca de su condición mórbida y de su próximo fallecimiento ya que a veces resulta innecesario recargar la gravedad de su estado físico con el stress emocional que este conocimiento conllevará. Las segundas difícilmente podrán enganarse acerca de su diagnóstico y pronóstico, aun-

que buscarán de negarse a aceptar en su plenitud la significación de su estado terminal.

Pero pese a estas diferencias ambos grupos de pacientes plantean similares exigencias del médico en cuanto a su asistencia en esta etapa terminal de la vida por lo que es conveniente recordar desde ya que la función del médico no es sólo de diagnosticar y tratar sino que por encima de ellas siempre está la responsabilidad de aliviar, consolar, y confortar, las que adquieren especial preeminencia cuando se han agotado los recursos terapéuticos.

Hay que tener presente que en todos los casos se encuentra el miedo de morir cuya manifestación varía en función de variables que ya señalamos, como son la personalidad de los pacientes, su actitud frente a la vida, etc. Hay que agregar que la edad de la paciente también influye ya que quienes tienen una vida hecha parecen aceptar más fácilmente el morir. Además es importante la etapa del proceso de la agonía en que se encuentra la paciente y así autores como Bühler, que estiman la duración de este proceso en alrededor de cinco semanas, señalan que al final "cuanto más se aproximaban los enfermos a su muerte, agotaban las energías de su voluntad las numerosas molestias somáticas y los dolores y se iban paralizando los impulsos afirmativos de la vida durante a lucha contra la muerte, tanto más frecuentes eran sus manifestaciones que en lugar de expresar un horror a la muerte, acentuaban las exigencias de poder morir."

Este miedo a morir es en parte un temor al más allá de la muerte, pero en buena medida también un no desear abandonar la vida y tener que despedirse definitivamente de los seres queridos, y un franco temor a los sufrimientos físicos que puedan asociarse a este paso de la vida a la muerte.

El médico debe aliviarse todas las incomodidades físicas y dolores que acompañan a este proceso utilizando todos los recursos del arsenal terapéutico de que dispone. Igualmente debe estar atento a las cambiantes necesidades psicológicas y espirituales de su paciente y adecuar sus actitudes, las del personal auxiliar y del medio familiar, dando siempre un apoyo comprensivo y una compañía. En este sentido, aunque las esperanzas de recuperación estén perdidas, no debiera abandonar sus visitas periódicas, que suelen revestir una gran importancia para la enferma.

Otro aspecto que hay que destacar es que a medida que se acerca la muerte, su temor ori-

ginal, como lo indica Bühler aparecen distimias; variadas molestias físicas; acentuación de síntomas preexistentes y exageración de ellos como un modo de destacar la necesidad de ayuda; acentuación de los rasgos de carácter; todo lo que requiere especial comprensión de quienes están a cargo del cuidado de la paciente.

Por último, señalaremos que al final de la

agonía (últimos días y horas) suele presentarse en un buen número de pacientes la reacción exógena aguda de Bonhoeffer (o psicosis exógena) que no es otra cosa que un cuadro confusional que puede dar origen a las más variadas manifestaciones psicopatológicas. Su conocimiento y manejo suelen ser importantes para tranquilizar al paciente y familiares.

REFERENCIAS

- 1.—ARRASTOA, J.: "Algunos aspectos psicológicos en la terapia del enfermo canceroso". Rev. Méd. Chile, 103:494, 1975.
- 2.—ABRAMS, R. D.: "The patient with cancer, his changing patterns of communication". The New England Journal of Medicine 274:317, 1966.
- 3.—BAUDRY F., WIENER A.: "The family of the surgical patient". Surgery 63:416, 1968.
- 4.—BEIGLER J. S.: "Problems in the management of a patient with advanced carcinoma of the breast". Psychiat. In. Med. 4:107, 1973.
- 5.—BLACHER, R. S., WINKELSTEIN, CH.: "The initial contact with the cancer patient; some psychiatric considerations". J. Mt. Sinai Hosp. 35:423, 1968.
- 6.—BLEULER, M.; WILLI, J.; BÜHLER, N. R.: "Síndromes psíquicos agudos en las enfermedades somáticas. Ediciones Morato, Madrid. 1968.
- 7.—BÜHLER, N. R.: "Cambios psíquicos en la agonía". En 6, p. 199-256.
- 8.—GIOVACCHINI, P. L.; MUSLIN, N.: "Ego equilibrium and cancer of the breast". Psychosom. Med. 27:524, 1965.
- 9.—GOLDSMITH, N. S.; ALDAY, E. S.: "Role of the surgeon in the rehabilitation of the breast cancer patient". Cancer 28: 1972, 1971.
- 10.—HEALEY, J. E.: "Role of rehabilitation Medicine in the case of the patient with breast cancer". Cancer 28: 1966, 1971.
- 11.—HOERR, S. O.: "Thoughts on what to tell the patient with cancer". Cleveland clinic Quarterly, 30:11, 1963.
- 12.—KLEIN, R.: "A crisis to grow on". Cancer, 28:1660, 1971.
- 13.—KOLB, L. C.: "Disturbances of the body-image". An American Handbook of psychiatry (S. Arietti ed.) Basic Books, New York, 1959.
- 14.—MARKEL, W. M.: "The American cancer society's program for the rehabilitation of the breast cancer patient". Cancer 28: 1676, 1971.
- 15.—NOYES, R.: "The care and management of the dying". Arch. Intern. Med. 128:299, 1971.
- 16.—PANGMAN, W.: Breast Trauma-surgical and Psychic. Its repair and prevention. J. Int. Coll Surg, 44:515, 1965.
- 17.—NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE: Psychological aspects of breast cancer. Literature Search N° 75-5. I-1970-XII-1974. U.S. DHEW.
- 18.—STEHLIN, J. S.; BEACH, K. N.: "Psychological aspects of cancer Therapy. A surgeon's viewpoint". J.A.M.A. 197:100, 1966.