

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

ESPECIALIZACIÓN EN PSICO-ONCOLOGÍA

IMAGEN CORPORAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS SOMETIDOS A CIRUGÍAS MUTILANTES

REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS, FÍSICAS Y SOCIALES

CASO TOMAS

UCES

¿Cómo se ve afectada la imagen corporal en pacientes oncológicos sometidos a cirugías mutilantes?
¿Qué repercusiones psicológicas, físicas y sociales pueden observarse en el paciente objeto de estudio?

Alumna: Lic. Juliana Bedoya Pérez

Tutor Disciplinar de Contenidos: Lic. Mirta Alicia Di Pretoro

Orientador Metodológico: Lic. Esp. Carina Ponce

Director de la Carrera: Dra. María Bosnic

Agosto 2013, Buenos Aires, Argentina

AGRADECIMIENTOS

Ante todo es importante reconocer el aporte de la Lic. Carina Ponce, con una disposición admirable y una actitud siempre retroalimentadora. De la misma forma a la Lic. Mirta Di Pretoro, quien asesoró, supervisó y participó activamente en la construcción del presente escrito, además de suministrar las pautas del Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, de los últimos cinco años. Asimismo quiero destacar el apoyo de la Lic. Susana Handelsman, quien acompañó el proceso terapéutico y supervisión el caso. Por último, a los talentosos profesores de la Especialización en Psico-Oncología, de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, quienes de alguna forma u otra han inspirado la construcción del mismo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	Pág. 05
1. MARCO TEÓRICO	Pág. 11
1.1 GENERALIDADES SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD	Pág. 11
1.2 LA PSICO-ONCOLOGÍA	Pág. 12
1.3 CÁNCER	Pág. 13
1.4 CÁNCER DE PARTES BLANDAS	Pág. 14
1.4.1 Definición	Pág. 14
1.4.2 Incidencia	Pág. 15
1.4.3 Epidemiología	Pág. 15
1.4.4 Manifestaciones clínicas	Pág. 15
1.4.5 Metodología diagnóstica	Pág. 16
1.5 CONDUCTA TERAPÉUTICA: MODALIDADES DE TRATAMIENTOS	Pág. 17
1.5.1 Cirugía	Pág. 18
1.5.2 Tratamiento adyuvante y neoadyuvante	Pág. 21
1.5.2.1 Adyuvancia	Pág. 21
1.5.2.2 Quimioterapia neoadyuvante	Pág. 21
1.5.2.3 Radioterapia	Pág. 21
1.5.3 Repercusiones físicas	Pág. 22
1.5.4 Repercusiones psicosociales	Pág. 23
1.6 PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA	Pág. 26
1.6.1 El Afrontamiento	Pág. 28
1.6.2 La experiencia de la pérdida en psicoprofilaxis e intervención al paciente oncológico	Pág. 30
1.7 CORPORALIDAD	Pág. 31
1.7.1 Esquema corporal	Pág. 31
1.7.2 Imagen corporal	Pág. 31
1.7.3 La imagen corporal en el paciente con cáncer	Pág. 33
1.7.4 Alteraciones en la imagen corporal debido al tratamiento oncológico	Pág. 33
2. PLANTEO DE PROBLEMA	Pág. 35
3. OBJETIVOS	Pág. 35
3.1 OBJETIVO GENERAL	Pág. 35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Pág. 35
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS	Pág. 35
5. PRESENTACIÓN DEL CASO	Pág. 36
5.1 Abordaje psico-oncológico	Pág. 38

6. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO TOMÁS	Pág. 39
7. CONCLUSIONES GENERALES	Pág. 55
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág. 60
9. ANEXOS	Pág. 69
9.1 Test de los colores Test de Lúscher	Pág. 69
9.2 Test de la persona bajo la lluvia	Pág. 71

INTRODUCCIÓN

"Detrás de la alegría y la risa, puede haber una naturaleza vulgar, dura e insensible.

Pero detrás del sufrimiento, hay siempre sufrimiento. Al contrario que el placer, el dolor no lleva máscara."

Oscar Wilde

El escrito que se presenta a continuación corresponde al Trabajo Integrativo Final de la Especialización en Psico-Oncología que se dicta en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. En él se analiza un caso clínico en el cual se integran y aplican los conceptos a desarrollar en el marco teórico.

Los contenidos del trabajo están orientados a estudiar las repercusiones psicológicas, físicas y sociales, debido a cambios suscitados en la imagen corporal, en pacientes oncológicos sometidos a cirugías mutilantes.

Para su estudio se desarrollan diferentes conceptos que se categorizan en forma de capítulos: para darle un sentido holístico y un abordaje integral, se inicia con el marco teórico, partiendo de una visión global de salud y enfermedad, seguido del concepto de cáncer, desarrollando específicamente el sarcoma de partes blandas, continuando con la definición de la conducta terapéutica, en ella, los tratamientos oncológicos causantes de alteraciones en la imagen corporal. Subsiguiente a esto se expone el concepto de psicoprofilaxis quirúrgica, en donde el psico-oncólogo deberá adoptar un rol activo. Además de lo anterior se presentan la noción de imagen corporal, haciendo hincapié en las alteraciones presentadas en el paciente oncológico debido al tratamiento. Todo esto para responder a las preguntas, que guían la presente exposición: ¿cómo se ve afectada la imagen corporal en pacientes oncológicos sometidos a cirugías mutilantes?; y además, ¿cuáles son las repercusiones psicológicas, físicas y sociales que tienen estas conductas terapéuticas en la vida de un paciente oncológico? Consecutivamente se realiza el planteo del problema, presentando los objetivos del trabajo y aspectos metodológicos; para dar lugar posteriormente a la descripción, presentación y análisis del caso clínico. Por último se exponen las conclusiones generales, las referencias bibliográficas y los anexos.

Respecto al caso clínico se describe el caso Tomas, un joven de 19 años, diagnosticado en Noviembre de 2012 con sarcoma de partes blandas localizado en hueso poplíteo, estadio III, en plan de amputación de miembro inferior izquierdo, quien anteriormente realizó tratamiento quimioterapéutico adyuvante (tres ciclos), el cual no presentó respuesta médica favorable; además presenta dos nódulos en los pulmones. Pertenece a la obra social IOMA. La primera atención médica, en donde le realizan una biopsia y determinan el diagnóstico, se efectúa en la Clínica San Nicolás. Luego es derivado al Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, en donde es atendido actualmente.

Es significativo subrayar que este trabajo constituye un reto individual, lo motiva la búsqueda de una unidad de análisis diferente, lo estimula la experiencia de las pasantías realizadas en el Hospital Garrahan y el Instituto de Oncología Ángel H.

Roffo, además de los encuentros permanentes con personas que evidencian un deterioro físico, consecuencia de tratamientos oncológicos, que manifiestan problemas para identificarse y conectarse a su esquema e imagen corporal. Conjuntamente se busca desplegar esfuerzos hacia una patología menos investigada (en comparación a la mamaria), esperando despertar un interés o motivación a futuros investigadores en el complejo tratamiento de pacientes diagnosticados con sarcomas de partes blandas.

Este acercamiento a la realidad del paciente oncológico, a la permanente confrontación con cambios en su imagen personal, lleva a movilizar recursos para entender tan complejos procesos psicológicos. Por esta razón se espera que este trabajo sirva de herramienta o fuente de consulta, que oriente a las personas en el abordaje a pacientes oncológicos, diagnosticados con sarcomas en partes blandas, afectados por cambios en su imagen corporal como consecuencia de los tratamientos recibidos.

Con el fin de aproximarse de forma integral a estos conceptos y efectuar el análisis del caso, es pertinente ahondar en el campo de la Psico-Oncología:

Die Trill (2003) la define como una sub-especialidad de la Psicología, de carácter interdisciplinario que se ocupa de las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, sus familias y el equipo tratante.

En este sentido también es fundamental desarrollar el concepto de salud y determinar el enfoque integral que se trabajará:

Milton Terris (1982) propuso una nueva definición en donde la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad. De esta manera se incorpora un componente subjetivo, de orden integrativo, donde se complementa sentirse bien, con lo funcional y fisiológico, además se comprende la salud como un estado total.

Para complementar lo anteriormente se retoma a Mittelbrunn (2012) quien expresa:

Tenemos, en consecuencia, que entender la salud, no como un estado, sino como un proceso complejo, dialéctico; biológico y social; singular e interdependiente; alejado del equilibrio pero con cierto grado de estabilidad como consecuencia de mecanismos de adaptación y relaciones dinámicas, ecológicas, culturales, políticas, económicas, vitales e históricas propias, en donde existe libertad de elección.

Esto no sólo alude a la búsqueda del bienestar personal, sino que trasciende el concepto apuntando a valores tales como la autonomía, el autocuidado, la adaptación, igualmente al concepto resiliencia; integrando en la salud, las crisis que se presentan en el ciclo evolutivo, el sufrimiento y la muerte, como parte de la vida.

De esta forma se hace necesario mencionar que el cáncer es una enfermedad compleja, un fenómeno caracterizado por la heterogeneidad. Muchos estudios apuntan actualmente a definiciones que refieren al proceso de carcinogénesis multicausal, con fundamentos biológicos, pero con consecuencias psicológicas, emocionales, físicas y sociales.

Siguiendo esta idea, El Instituto Nacional del Cáncer (2012) afirma que el término *cáncer* designa a un amplio grupo de enfermedades que comienzan en las células. El cuerpo está compuesto por muchos tipos de células, en donde normalmente, las células crecen y se dividen para reproducirse. Este proceso es indispensable para mantener sano el organismo, no obstante algunas veces este proceso ordenado se descontrola. Nuevas células se siguen formando cuando el cuerpo no las necesita y otras viejas no mueren cuando deberían morir, formando una masa de tejido que se denomina tumor. Es importante aclarar asimismo, que los tumores pueden ser benignos o malignos y sólo estos últimos son cancerosos.

Por su parte Pitot (1981) señala el cáncer como una enfermedad que presenta interesantes paradojas, para unos considerada como la enfermedad más horrible que acaba en una muerte dolorosa, para otros cambia el concepto. El médico por ejemplo lo considera como un tipo más de enfermedad junto a las traumáticas, tóxicas o degenerativas. Muchos consideran el cáncer como un conjunto de enfermedades distintas con una base biológica común. (p. 3)

Es interés de este trabajo dar sustento teórico al análisis de un caso clínico, concretamente de un paciente diagnosticado con sarcoma de partes blandas localizado en hueso poplíteo, es pertinente definir esta patología oncológica.

Wu y Montgomery (2008) afirman que: Los tumores de partes blandas son un grupo heterogéneo de procesos benignos y malignos. Se supone que algunos son reactivos, otros son claramente neoplásicos. Debido a su baja frecuencia, muchas veces plantean problemas diagnósticos

Complementando lo anterior, Weiss & Goldblum (2009) referencian que los tejidos blandos se pueden definir como el tejido extraesquelético no epitelial del cuerpo con la excepción del sistema reticuloendotelial, la glía y los tejidos de soporte de los diversos órganos parenquimatosos. Esta representado por los músculos voluntarios, la grasa y el tejido fibroso, además de los vasos que irrigan. Por convención se incluye también el sistema nervioso periférico, dado que los tumores originados en los nervios determinan masas de partes blandas y plantean problemas parecidos de diagnóstico diferencial y tratamiento.

Además de indagar teóricamente este tipo de sarcoma, se pretende ahondar sobre los efectos que tiene en la persona a nivel psicológico, físico y social, debido al compromiso de la extremidad, la amenaza latente de cirugías mutilantes, como parte del tratamiento, lo cual compromete directamente la imagen corporal.

Algunos autores exponen de forma multidimensional el concepto de imagen corporal. Raich (1996) la define como:

Un constructo complejo que incluye tanto la percepción que se tiene de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones sentidas y el modo de comportamiento derivado de las cogniciones y los sentimientos experimentados. (p. 28)

En la intervención psicológica muchas veces se les adjudica mayor relevancia a los aspectos sintomáticos urgentes que presenta el paciente, sin embargo, en la reflexión de las supervisiones, de algunos ateneos y de la cátedra, se encuentra siempre implícita la demanda constante del paciente por su deterioro o cambio físico, mientras que la imagen corporal es algo que está tácitamente relacionado con procesos psicológicos y esquemas, mejor explicado en la siguiente sentencia: "La

imagen corporal se concibe como una parte del autoconcepto, que se refiere al conjunto de percepciones que tiene la persona de sí misma e incluye juicios acerca de comportamientos, habilidades o apariencia externa (Raich, 1996)⁴ (Sebastián, Manos, Bueno, & Mateos, 2007, p.29).

Respecto a lo expuesto, es una realidad que cualquier tratamiento oncológico trae consecuencias en la imagen corporal: unos con mayor impacto en la vida de la persona que padece la enfermedad, otros incluso afectan las funciones corporales, impidiendo un desenvolvimiento social normal.

De hecho, el tratamiento del cáncer dispone de una o más modalidades terapéuticas, como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia, siendo muchas veces combinados en esquemas terapéuticos, acompañados de intervenciones interdisciplinarias, en donde el psico-oncólogo desarrolla un rol activo, aportando al objetivo final de toda intervención: fomentar y mejorar la calidad de vida del paciente. Es importante mencionar también que el esquema de tratamiento varía según la extensión tumoral, ubicación, histología y características del paciente.

En la conducta terapéutica de los sarcomas de partes blandas, la cirugía es el tratamiento escogido por excelencia, bien sea en tratamientos con intención curativa o paliativa, en combinación con radioterapia o quimioterapia y en casos donde muchas veces se hace necesaria la desarticulación de la extremidad afectada o la amputación del mismo.

De modo que analizando la evolución de enfermedad, en paralelo con la conducta terapéutica, se vislumbra el estrés producido en el paciente y los familiares, esto, por la ambivalencia con que se vive este tipo de intervención, la cual termina siendo valorada como amenazante, ya que constituye no sólo la posibilidad de curación o mejora de la calidad de vida, sino también el riesgo de la pérdida de la salud, de alguna parte del cuerpo e incluso la muerte. Todo este proceso tiene un costo emocional significativo y pérdidas importantes.

Por consiguiente, es importante evaluar las manifestaciones esperables frente a los hallazgos, contraponiendo el estilo de afrontamiento del paciente y sus propios recursos.

Según Bluestone (1994) El deterioro del estado físico y el diagnóstico de una enfermedad crónica, cualquiera que ésta sea, producen una reacción de duelo, en el cual la persona percibe la enfermedad según el significado que tenga para ella y las repercusiones en su desempeño familiar y social; a la vez esta noticia le provoca ansiedad y puede dar origen a un trastorno depresivo.

Por su parte Riambau (2003) señala que en todas las fases del tratamiento se presentan experiencias que implican ansiedad, temor, dolor, preocupación por la funcionalidad y la imagen corporal. Después de la intervención quirúrgica (de una amputación o desarticulación) el impacto brutal del procedimiento da lugar a sentimientos de ansiedad, depresión, dependencia, hostilidad y frustración, manifestaciones que ocasionan importantes complicaciones, muchas veces dificultando la recuperación y

rehabilitación. Además recalca que el desconsuelo constituye una reacción esperada ante la pérdida, conlleva a un duelo o en algunas ocasiones a depresión. Asimismo se suma la tendencia a la preocupación, a la introspección y al distanciamiento del mundo real, lo cual da origen a sentimientos de culpabilidad, miedo y angustia. Advierte que las consecuencias de la cirugía pueden causar disfuncionalidad en la familia del paciente, una situación que se manifiesta con el desarrollo de actitudes perjudiciales para el paciente, como sobreprotección, regresión y relaciones de dependencia, que le ocasionan sentimientos de aislamiento y soledad. Por ello es importante que los familiares reciban apoyo psicológico adecuado que se realice un trabajo de psicoprofilaxis quirúrgica.

La psicoprofilaxis quirúrgica según García, Side, Makler, Besada, Mucci, Covaro (2004):

Opera en promoción de la salud, a la aparición de potencial y la capacidad de afrontamiento, su objetivo es evitar que la condición de enfermedad y cirugía genere un daño o alteración a la psique, se trabaja en pro de disminuir la probabilidad de complicaciones. (p. 62)

De esta manera es primordial reconocer las variables que influyen en el desarrollo de alteraciones psicológicas asociadas al cambio en la imagen corporal, en pacientes oncológicos debido al tratamiento. Si son estudiadas de forma consciente podrían ser de ayuda para potenciar las estrategias personales de afrontamiento y facilitar el acceso a todos los recursos necesarios para encontrar soluciones o alternativas a los problemas que se le presentan a los pacientes y familiares, las cuales también estarán condicionados por los tratamientos oncológicos, buscando minimizar las limitaciones que sobrellevan, transformándolas en experiencias de crecimiento y superación.

Cuando se usa el término afrontamiento se hace referencia a lo que Lazarus (1966) define como las estrategias para tratar con la amenaza, es decir, a todas las actividades cognitivas y motoras que una persona enferma emplea para preservar su organismo e integridad física y para recuperar su reversibilidad de mejoría.

En el caso de enfermedad oncológica Watson y Greer (1998) manifiestan que el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer).

De todo lo anterior se desprende un marco teórico, que se articulará al caso clínico para dar respuesta a las repercusiones psicológicas, físicas y sociales que pueden observarse en el paciente objeto de estudio.

Para darle un respaldo a este trabajo se ha consultado en las bases de datos Hinari, EBSCOhost y APA PsycNET, en las cuales se encuentran sólo investigaciones y publicaciones indexadas. Además se elaboró un rastreo bibliográfico de algunos libros de medicina oncológica, seguido de una búsqueda en PubMed, Medline, y Lilacs.

Finalmente, se integran los conceptos expuestos a la luz del caso, dándole un desarrollo a los cuestionamientos que motivan este trabajo.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 GENERALIDADES SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD

“El sentimiento de la salud se adquiere solamente mediante la enfermedad.”

Georg Ch. Lichtenberg

Para empezar a darle un enfoque integrativo al trabajo, es fundamental desarrollar el concepto de salud.

La Organización Mundial de la Salud en su Carta Magna (1946) la define como «Completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.». Esta definición supuso una revolución en el sistema sanitario, ahora se incluía junto con la dimensión física también la psíquica y social. (López-Ibor Aliño & Valdés Miyar IV, 2002).

Un apunte importante, en el que le dan un rol activo a la salud, en donde es reconocida como un todo que se crea, que además es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, es puesto de manifiesto en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, motivando la siguiente reflexión:

Es importante considerar que una buena salud es el mejor recurso para el progreso emocional, social, económico y una dimensión importante de la calidad de vida de las personas [...] La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto proporciona información, educación sanitaria, y perfecciona las aptitudes indispensables para la vida.[...] La responsabilidad de la promoción de la salud la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones, los servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud"[...]

De esta manera Polaino y Lorente, (1987) explican como se incorpora un componente subjetivo, de orden integrativo, donde se enlaza la salud al comportamiento, refieren: la salud o es salud comportamental o no es nada; del mismo modo que, en otro tiempo, la enfermedad era lesión orgánica o no era nada. Si antes se defendió la enfermedad en función de la patología, ahora se define la salud en función de la conducta. En cierto modo, aunque la conducta no sea la razón última capaz de explicar la salud, tal vez sea la penúltima»

También hay autores que postulan la salud aludiendo al valor de la autonomía de la persona, así como también al autocuidado, integrando en ella el sufrimiento y la muerte, como parte integral de la vida.

Illich (1986) argumenta que la salud es «la capacidad de adaptación al entorno cambiante; la capacidad de crecer, de envejecer, curarse; la capacidad de sufrir y esperar la muerte en paz». (Illich, 1986) (Perea Quesada, 2002, 16).

En este orden de ideas, se destaca en estas definiciones el factor multicausal de la salud, en el cual la enfermedad no afecta a un sólo aspecto en la vida de una persona, sino que tiene un impacto completo y desgarrador. La enfermedad no sería un grupo de síntomas, sino algo más integrador, que da cuenta de la pérdida del bienestar y la calidad de vida.

Por su parte la Organización Panamericana de Salud (2011) da respaldo a lo expresado anteriormente expresando:

El concepto del estado salud-enfermedad se define como un punto de equilibrio muy frágil, que no sólo representa ausencia de una enfermedad. En éste estado de bienestar, se ven involucrados aspectos biológicos, psicológicos y sociales, resaltando de ésta manera la relación de las personas con el ambiente en donde se desenvuelve.

Además, en el caso de la enfermedad oncológica, se le adjunta una carga de representaciones sociales asociadas a la muerte y al sufrimiento, a veces incluso vinculadas directamente a significantes y símbolos del mismo lenguaje. Esto es observable en las múltiples fantasías que esconde la palabra cáncer, un grupo de enfermedades complejas que a veces las personas manejan indiferentemente para calificar una patología como mortal, dolorosa e incurable.

1.2 LA PSICO-ONCOLOGÍA

Después de jugar y brincar en un lazo armado con varias cordones, los llaman a comer. Mientras esperan en la mesa, con el sudor en la frente, ansiosos por comer y poder retomar su juego, Samuel pregunta ¿Tía (Daniela, 22 años) qué es lo que esta estudiando pues mi tía por allá?

Ella está al teléfono, no lo escucha y sigue preparando el almuerzo. Mientras tanto después de un corto silencio, pausada y muy segura de lo que esta pensando, le dice Tiphanny, a su primo: es que ella es psicóloga. Se acuerda que nos contó, entonces, que no solo va a ayudarle a las personas normales, sino también a los que tienen cáncer. Si, sabe cómo (¿se comportan o cómo se sienten?) los calvitos, que a veces se ponen amarillos por la droga, entonces los aconseja y los hace sentir mejor para que se alivien, y si se mueren, que no se mueran tristes.

Dialogo de Samuel Jiménez (7 años) con Tiphanny Morales Bedoya (9 años) - 2012

Sinigoj (2012) explica que:

El trabajo con los pacientes que padecen enfermedades oncológicas, requiere de un abordaje interdisciplinario que apele a una concepción global del ser humano que integre y articule el trabajo de distintos profesionales de la salud con el fin de contener, sostener y trabajar con los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del paciente; ya que tanto el soma como el psiquismo y el contexto familiar-social del paciente serán afectados con el diagnóstico, la evolución, el tratamiento y la resolución de la enfermedad. (p14).

Por su parte Rojas (2006) aclara que el abordaje terapéutico desde la Psicología de la Salud se encuentra direccionado al estudio y comprensión de las influencias psicológicas en la salud, como a la organización de intervenciones que finalmente conlleven a la mejora de la calidad de vida de los individuos. Es por esto que existen dentro de la misma, subespecialidades como la Psico-Oncología, la cual entiende al cáncer como una enfermedad multifactorial, tanto en su génesis, como en su tratamiento y evolución; centrando su atención en el paciente y no en la enfermedad que padece.

Desde la Psicología existe una subespecialidad llamada Psico-Oncología, Psicología Oncológica u Oncología Psicosocial, la cual no sólo integra, sino que además, tiene en cuenta la Oncología, la Psiquiatría y la Psicología, entendiendo al cáncer como una enfermedad multifactorial; de este modo la Psico-Oncología se encarga del paciente y su bienestar por medio de un apoyo clínico a él y a sus familiares. (Olivero, Martínez, Prieto, 2011).

De la misma manera Velázquez, García, Alvarado y Sánchez (2007) refieren en torno a la Psicooncología lo siguiente:

Intenta poner al servicio de la prevención, explicación y tratamiento del cáncer todos los conocimientos obtenidos por el estudio de la influencia de los factores psicológicos en la aparición del cáncer y de las reacciones psicológicas del paciente oncológico, de su familia y del personal asistencial a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. (72)

Así pues Ochoa (2010) en referencia a modelos de psicoterapia, menciona la importancia del papel del psico-oncólogo, favoreciendo a la integración de experiencias desgarradoras o traumáticas, generadoras de ansiedad (malestar emocional, fatalismo, desesperanza, sintomatología de estrés postraumático) con experiencias de crecimiento (cambios positivos, nuevas alternativas de vida, crecimiento postraumático) fomentando su abordaje desde una misma perspectiva con el fin de encontrarle un valor o significado al sufrimiento, centrados en el malestar, con el objetivo de generar cambios vitales positivos.

Todo esto da cuenta de un modelo y un abordaje integral, que no sólo se enfoca en el malestar del paciente, sino también en los avatares a los que se ve sometida la familia y el equipo médico, además de centrar este apoyo en alternativas que generan crecimiento y aceptación.

1.3 CÁNCER

Un día gris de marzo, del color de las cenizas moribundas, el cielo del color del bigote de Mark Twain, (mi medico) me anunció:
 “Tiene usted cáncer”. La cara se me puso gris... Oí de manera clara y distinta: “Va usted a morir”
EILEEN O`DONNELL, Wellnes Community de Greater Lehigh Valley.

El cáncer es un fenómeno caracterizado por la heterogeneidad. Muchos estudios apuntan actualmente a definiciones que refieren al proceso de carcinogénesis multicausal, con fundamentos biológicos, pero consecuencias psicológicas, emocionales, físicas y sociales.

Según la Organización Mundial de la Salud (2010) el cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. También se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis.

De la misma manera, la Dra. Paes de Lima (2013) reconoce en su definición la compleja adscripción de varias enfermedades conjugadas en este mismo concepto, las cuales empero comparten en común el crecimiento progresivo y un alto riesgo de mortalidad. Además considera una distribución universal, que puede afectar a personas de cualquier raza, sexo, religión y situación socioeconómica, aunque se puede observar un aumento de su frecuencia a medida que aumenta la edad.

Siguiendo estos postulados, en otra publicación de la Organización Mundial de la Salud (2013) se añade que la transformación de una célula normal en tumoral es un proceso multifacético en el cual inciden factores genéticos y agentes externos, físicos (radiaciones ultravioletas e ionizantes), químicos (asbestos, humo de tabaco, etc.) y / o biológicos (infección por virus de hepatitis B, virus de papiloma humano, etc.), señalando que:

Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol", configurando una de las principales causas de muerte en todo el mundo.

Por su parte Ferlay (2010) afirma que el cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en 2008 causó 7,6 millones de defunciones (aproximadamente un 13% del total). Se prevé que las muertes por cáncer sigan aumentando en todo el mundo y alcancen la cifra de 13,1 millones en 2030.

Para que el cáncer se pueda tratar con éxito, no sólo el tumor originario debe quedar controlado, sino además se debe detener la extensión de la enfermedad (la metástasis). Según una teoría reciente, las células anormales pueden estar ya proliferando en nuestros cuerpos, cual proceso normal de nuestra salud en general. (Thilboldeaux y Golant, 2010, p27)

Ahora bien, Vidal y Benito (2008) hace referencia en su libro, *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*, que la persona que padece cáncer suele ser invadida por miedos diversos: a la pérdida de la autonomía, al dolor, a la transformación del amor en piedad o el abandono de sus seres queridos, a quedar desfigurados o mutilados como consecuencia de la enfermedad o de los tratamientos a los que deben someterse, a no poder costear dichos tratamientos, a ser discriminados social y laboralmente y a la muerte, etc.; y destaca la importancia de la buena comunicación en el proceso de atención, del trabajo interdisciplinario y fomenta el trabajo psicológico.

1.4 CÁNCER DE PARTES BLANDAS

"Saludable es al enfermo la alegre cara del que le visita."

Rojas, Fernando

1.4.1 Definición

Según lo definen Casciato y Lowitz (2001) los sarcomas de partes blandas (SPB) son tumores malignos que se originan de los tejidos conectivos extravasculares y extraesqueléticos, incluyendo el sistema nervioso periférico.

En el libro, *Pautas Oncológicas*, del Instituto de Oncología Ángel Roffo (2012) se refiere:

Los sarcomas de partes blandas representan un grupo heterogéneo de tumores mesenquimáticos que pueden presentar en ocasiones diferenciación hacia algunos de los distintos tipos de tejido conectivo. Se presentan habitualmente como masas asintomáticas en estadios tempranos, originadas en las extremidades o el retroperitoneo aunque pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo. (p 415)

A propósito Pérez y Gaitano (2007) explica:

Es preciso mencionar que un tumor en el hueso poplíteo o de la pantorrilla se descubre ante la aparición de una pseudoflebitis; en otras localizaciones, como en la raíz de una extremidad, se manifestará por un edema distal por trastorno del retorno venoso. Los sarcomas suelen ser dolorosos debido a los fenómenos inflamatorios en la zona reactiva. (13)

1.4.2 Incidencia

Si bien no se cuenta con estadísticas nacionales actualizadas, en EEUU se considera que se diagnostican aproximadamente 10.520 nuevos casos y que estos tumores son responsable de 3.920 muertes anuales, lo que representa un 0.66% de todas las causas de muerte y 1.15% de las muertes por cáncer. La incidencia anual es de 1.5 casos por cada 100.000 habitantes.

Si bien pueden originarse en cualquier parte del cuerpo, los sitios más frecuentemente afectados son las extremidades (59%), el tronco (19%), el retroperitoneo (15%) y los originados en cabeza y cuello (9%). Aunque hay casi medio centenar de tipos histológicos, los más frecuentes son: el sarcoma pleomorfo de alto grado (28%), el leiomioma (12%), el liposarcoma (15%) y los tumores de la vaina nerviosa periférica (6%). El rhabdomioma es el tipo histológico más frecuentemente observado en los niños.

A estos datos se agrega que la edad media de presentación es de 54.8 años para hombres y de 55.3 años para las mujeres. (Casciato y Lowitz, 2001).

1.4.3 Epidemiología

La mayoría de estos tumores no tienen etiología definida, aunque múltiples factores asociados y predisponentes se han identificado: radiaciones ionizantes, predisposición genética, (enfermedad de Von Recklinhausen, retinoblastoma, poliposis colónica familiar, etc.) exposición química (ácido femoxiacético, thorostrast, arsénico, etc.), linfedema crónico. (Casciato y Lowitz, 2001).

En lo que respecta al Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, constituyen el 7% de las neoplasias diagnosticadas.

1.4.4 Manifestaciones Clínicas

Los sarcomas de partes blandas se presentan habitualmente como masas asintomáticas, cuyo tamaño inicial está directamente relacionado al sitio donde se originan. En este contexto, es más común hallar tumores pequeños en los miembros superiores y en cabeza o cuello, en comparación a los que asientan en las extremidades inferiores, principalmente en muslo y el retroperitoneo. El crecimiento de estos tumores genera compresión de las estructuras vecinas, aunque raramente llegan inicialmente a producir dolor, edema y tumefacción. Progresan localmente, adquieren volumen y avanzan regionalmente a través de las estructuras circundantes. Adquieren gran desarrollo tumoral, infiltran los músculos vecinos, tendones, elementos vasculares, pueden llegar a infiltrar al hueso y ocasionar fracturas patológicas. Su crecimiento excéntrico puede ulcerar la piel. (Instituto de Oncología Ángel Roffo, 2012).

En efecto, macroscópicamente se presenta como una masa lobulada, redondeada, de consistencia variable entre blanda y duro-elástica, de color blanco grisáceo o amarillento, generalmente bien encapsulada. Los sarcomas tiene 2 etapas: una etapa inicial de crecimiento local y la segunda etapa de diseminación sistémica. En la primera aparece la inflamación local o la presencia de masas profundas localizadas en partes blandas; la duración de esta etapa puede ser variable tanto en adultos

como en niños, dependiendo en gran medida de la histología y el comportamiento biológico del tumor y el hospedero. La progresión tumoral y metastización se produce fundamentalmente por vía hemática resultando el pulmón el órgano diana por elección, y posteriormente huesos e hígado. La diseminación regional linfática es menos frecuente (entre el 2 y el 4 %) y depende del tipo histológico del sarcoma; los de mayor incidencia son el sarcoma sinovial, el rabdomiosarcoma y el sarcoma de células claras, donde el potencial metastásico oscila entre el 25 y el 40 %. (Martínez, 2001).

1.4.5 Metodología Diagnóstica

El diagnóstico anatomopatológico de los SPB se basa principalmente en la morfología y la inmunohistoquímica. El diagnóstico del tipo histológico debe realizarse de acuerdo a la clasificación de los sarcomas publicada por la Organización Mundial de la Salud en 2002, que integra datos morfológicos, inmunohistoquímicos, citogenéticos y moleculares. El grado se establece mediante la evaluación de tres parámetros histológicos: la diferenciación tumoral, el índice mitótico y el porcentaje de necrosis. Es importante reconocer todo el proceso por el que tramita una persona que padece este tipo de patología, por esta razón y sin ánimos de dar un orden, se presenta un esbozo del recorrido que se hace para identificar el tipo de enfermedad, según lo explica el Instituto de Oncología Ángel Roffo (2012) en su libro, *Pautas Oncológicas*.

Examen Físico

Evaluación de la lesión: se realiza un examen minucioso dirigido a determinar no sólo la localización anatómica, sino también su profundidad (supra o infra-aponeurótico), su movilidad, su relación con estructuras óseas y neurovasculares vecinas, grado de compromiso tegumentario regional. Asimismo, se evalúa la presencia o no de tratamientos previos, así como la magnitud de la resección inicial para determinar el mejor método reconstructivo de ser necesario el mismo.

Evaluación del compromiso ganglionar: si bien es raro, las regiones ganglionares que drenan la zona del tumor deben ser evaluadas en vistas del mal pronóstico que implica la afección de las mismas.

Evaluación de enfermedad a distancia: aunque los estudios por imágenes permiten determinar la presencia de enfermedad metastásica, principalmente pulmonar o menos frecuentemente en hígado o cavidad abdominal, el examen físico puede revelar la presencia de lesiones satélites vecinas a la lesión primaria.

Estudios por imágenes

Permiten definir la extensión locoregional y la distancia del tumor, así como también facilitar biopsias guiadas. A pesar de que la radiografía simple es de escasa utilidad en la evaluación local de estos tumores, la radiografía de tórax puede brindar datos útiles iniciales al momento de evaluar la presencia de metástasis. Entre estos estudios se encuentran modalidades que posibilitan el diagnóstico de parte blandas:

La tomografía de tórax

La tomografía de abdomen y pelvis

La resonancia magnética: Es preciso señalar que este es la modalidad de elección para la evaluación de los sarcomas de las extremidades incluyendo las secuencias T1 y T2 pre y postcontraste endovenoso, ya que permite delimitar los grupos

musculares y distinguir estructuras óseas, vasculares y el propio tumor. Además permite evaluar compartimentos anatómicos en varios planos con cortes sagitales y axiales. La resonancia permite caracterizar lesiones benignas como los lipomas, hemangiomas, schwannomas, neurofibromas y mixomas intramusculares de sus contrapartidas malignas.

Diagnóstico Histológico

En esta categoría se desarrollan diferentes modalidades:

Biopsia incisional

Biopsia excisional

Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF)

Biopsia Core: Este último es el “gold standard” para el diagnóstico histológico. Se reserva para lesiones T2 o T1 localizadas profundamente con respecto a la fascia, o en las superficiales situadas en proximidades de articulaciones, tendones o estructuras neurovasculares. Permite obtener una cantidad suficiente de tejido para su utilización en distintos exámenes y las complicaciones son mínimas (<1%). Si bien en el caso de lesiones superficiales la biopsia puede ser guiada por palpación, para las lesiones profundas o aquellas de gran tamaño con componente necrótico debería utilizarse la guía con tomografía computada o ecografía, garantizando así la obtención de material representativo del tumor. Su certeza diagnóstica es cercana al 93%.

Es interés de este trabajo ahondar sobre los efectos que tienen estos procedimientos en la persona, a nivel psicológico, físico y social, señalando el proceso diagnóstico como un momento de estrés y angustia agudo, más aun cuando con los resultados puede establecerse el compromiso de la extremidad, la amenaza de una cirugía mutilante como parte del tratamiento, el cual compromete directamente la imagen corporal.

1.5. CONDUCTA TERAPÉUTICA: MODALIDADES DE TRATAMIENTOS

Busqué a mi alma, a mi alma no la pude ver.
 Busqué a mi Dios, mi Dios me eludió.
 Busqué a mi hermano y encontré a los tres.

Kübler-Ross

Los sarcomas de partes blandas (SPB) constituyen un grupo amplio y heterogéneo de tumores poco comunes, que se caracterizan por requerir un tratamiento multidisciplinario frecuentemente complejo. Aunque en los últimos años se han producido avances notables en el conocimiento de la patología y la biología molecular de esta enfermedad, el tratamiento clínico ha evolucionado de forma más discreta y, en la práctica, debido principalmente a la rareza y complejidad de esta enfermedad, los resultados no son siempre los óptimos. (García Del Muro, 2011, p. 408).

En la actualidad el tratamiento del cáncer dispone de una o más modalidades terapéuticas, como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia, siendo muchas veces combinados en esquemas terapéuticos, acompañados de intervenciones interdisciplinarias en donde el psico-oncólogo desarrolla un rol activo, aportando al objetivo final de toda intervención: fomentar

y mejorar la calidad de vida del paciente. De esta manera es importante mencionar que el esquema de tratamiento varía según la extensión tumoral, ubicación, histología y características del paciente.

Respecto a la conducta terapéutica de los sarcomas de partes blandas, la cirugía es el tratamiento escogido por excelencia, bien sea en tratamientos con intención curativa o paliativa, en combinación con radioterapia o quimioterapia, en casos donde muchas veces se hace necesaria la desarticulación de la extremidad afectada o amputación del mismo.

A propósito, Martínez Guerrero, Gancedo Martínez, Eguizábal Subero, & Vaillo Vinagre (2007) explican:

Los sarcomas de partes blandas tradicionalmente han sido tratados con cirugía escisional y radioterapia, reservando el uso de la quimioterapia para la enfermedad avanzada. Preservar la función de la extremidad afectada es el objetivo ideal en el tratamiento de los sarcomas de tejidos blandos de extremidades. (p.384).

Por su parte Clark (2005) hace varias apreciaciones:

En la mayoría de los casos se usa una modalidad combinada de la RT preoperatoria o postoperatoria, en vez de los procedimientos quirúrgicos radicales que se utilizaban en el pasado. Se considera como escisión amplia la que incluye la zona reactiva con un margen de tejido sano de 2-3 cm en todas las direcciones. La re-escisión está justificada en los casos en que existan dudas acerca de la cirugía previa. La amputación solamente es necesaria en 5-10% de sarcomas en extremidades. (p. 358).

Además de lo expresado anteriormente añade:

Es así como una correcta valoración diagnóstica, que asegure el diagnóstico histológico del tumor en estudio, cobra vital importancia a la hora de planear la mejor terapéutica disponible. En este contexto, la cirugía radical que asegure márgenes de resección negativos asociada a radioterapia postoperatoria del lecho tumoral puede lograr un control local en el 90% de los casos en grupos selectos de pacientes. (358)

Brevemente en el libro, *Pautas Oncológicas*, del Instituto de Oncología Ángel Roffo (2012) explican:

Los pacientes que presentan enfermedad metastásica, tumores localizados fuera de los miembros o tumores mayores a 5 cm de grado intermedio o alto son considerados de alto riesgo y presentan tasas de recurrencia y mortalidad relativamente más elevadas que aquellos pacientes portadores de tumores con variables de mejor pronóstico.

1.5.1 Cirugía

Si bien en la década de los '70 la mayoría de las resecciones incluían la amputación en los sarcomas de las extremidades, se observó que la mayoría de los pacientes fallecían por enfermedad, con un bajo porcentaje de recurrencia local (<10%). Esto llevó a la aceptación de conductas quirúrgicas de preservación de miembro asociada a la utilización de radioterapia postoperatoria. (Instituto de Oncología Ángel Roffo, 2012).

Tal conducta logró un control local de la enfermedad en el 78-91% de los casos. De este modo, durante los últimos 20 años, disminuyó notoriamente el porcentaje de amputaciones asociadas a la resección de sarcomas de partes blandas. Debido al uso de estrategias de tratamientos multimodales el porcentaje de las mismas disminuyó a menos del 10% en los sarcomas localizados. En pacientes sometidos a cirugía de preservación de miembros, con el agregado de radioterapia pre o post-

operatoria, se han logrado porcentajes de supervivencia comparables a los alcanzados con la amputación, con la ventaja de preservar una extremidad funcional.

Cirugía de Preservación del Miembro:

En pocas palabras se la considera el “gold standard” de tratamiento de los sarcomas de partes blandas de los miembros. Consiste en la resección completa del tumor con márgenes de al menos 2 cm de tejido peritumoral sano, incluyendo en la resección la cicatriz de la biopsia previa. Si bien lo ideal en sarcomas de extremidades es preservar el miembro afectado, se considera que aproximadamente en el 5% de los tumores no se asegura un margen adecuado para la resección debiéndose realizar la amputación del mismo. Desde el punto de vista técnico se debe resecar la pseudocápsula tumoral con un margen aceptable de tejido sano, ya que la misma puede alojar células tumorales que hacen de la enucleación un procedimiento inseguro con tasas de recurrencia local de al menos el 50%. Por el contrario, la resección con margen suficiente se asocia a un 12-31% de recurrencia local. La revisión de Baldini, sobre los resultados a largo plazo de la resección de sarcomas de extremidades con margen >1 cm, evidencia un control local cercano al 100% a 10 años, mientras que el mismo disminuye a 87% si el margen de resección es menor o igual a 1 cm ($p=0.004$). (Instituto de Oncología Ángel Roffo, 2012).

Así pues, hasta la actualidad no se cuenta con estudios prospectivos randomizados que determinen cuál es el margen ideal en las resecciones. Se considera que el margen adecuado debe ser de al menos 2 cm alrededor de la masa tumoral, excepto en la vecindad de estructuras neurovasculares. En estos casos, y en ausencia de compromiso tumoral franco, las masas tumorales deben ser disecadas a través de los planos perineural o perivascular.

Cirugía Reconstructiva Reparadora De Partes Blandas

Por su parte, el Instituto de Oncología Ángel Roffo (2012) explica que la cirugía plástica busca reconstruir las deformidades y corregir las deficiencias funcionales mediante la transformación del cuerpo humano. La palabra *plástica* es originaria del griego *plastikos*, que significa moldear o transformar. La cirugía plástica se ha dividido desde un punto de vista práctico en dos campos de acción:

Cirugía estética o cosmética: es realizada con la finalidad de modificar aquellas partes del cuerpo que no son satisfactorias para el paciente. En muchos casos, sin embargo, hay razones médicas (Por ej. mastoplastia de reducción cuando hay problemas ortopédicos en la columna lumbar, colocación de prótesis mamaria en pacientes oncológicas).

Cirugía reconstructiva o reparadora: está enfocada en disimular y reconstruir los efectos destructivos de un accidente o trauma, también en defectos de una malformación congénita o de una resección tumoral u oncológica. Hace uso de distintas técnicas: de osteosíntesis, de traslado de tejidos mediante colgajos y trasplantes autólogos de partes del cuerpo sanas a las afectadas, etc.

Cirugía de partes blandas: está relacionada con las extremidades (inferior, superior, abdomen, espalda, ingle), fundamentalmente con las partes blandas, también con lesiones en cabeza y cuello. Las técnicas empleadas por cirujanos plásticos en partes blandas son:

Injertos: es la transferencia de piel, hueso, nervios, y otros tejidos de una parte sana del cuerpo para reparar la parte dañada.

Cirugías de colgajos: es la movilización de piel con tejido subcutáneo, vasos sanguíneos y músculos o hueso de otra parte del cuerpo hasta el lugar que ha sufrido el traumatismo. Los tipos de colgajos pueden ser pediculados o libres. El primero conserva en su totalidad el pedículo y el segundo corta el mismo con vasos de la zona receptora. La reconstrucción mediante colgajos musculares pediculados o no, permite cubrir defectos óseos y reemplazar defectos musculares.

Con todo, la extirpación de lesiones tumorales de la extremidad inferior generalmente deja secuelas en los siguientes aspectos: defectos de cobertura con exposición ósea, problemas funcionales por retracciones tisulares en articulaciones, defectos funcionales por resección de grupos musculares importantes.

Es por esto que la aplicación de técnicas de cobertura cutánea dan la posibilidad de recubrir zonas expuestas. En muchos casos la cirugía puede restaurar de forma significativa la sensibilidad y función de la zona dañada. Sin embargo, la recuperación puede llevar meses, debido a que generalmente se necesita un periodo de fisioterapia y rehabilitación.

Por tanto, las ventajas que tiene la cirugía de partes blandas son variadas: logra mejorar el estado general del paciente y la aceptación de su entorno, también la conservación funcional del músculo, del tejido sano, permitiéndole mayor comodidad en su vestimenta, mejor higiene y reducción del dolor causado por el tumor.

En consecuencia, las desventajas que tiene la cirugía de partes blandas son: infección de la herida quirúrgica, dehiscencia parcial de la herida y necrosis parcial de los colgajos. Por lo cual en todos estos casos, el cirujano plástico de partes blandas, puede aportar sus conocimientos para solucionar este déficit.

Amputaciones y Resecciones Mayores

En el libro, *Pautas Oncológicas*, del Instituto de Oncología Ángel Roffo (2012) se explica que sólo un pequeño porcentaje de los pacientes con sarcomas de los miembros requieren de la amputación. Las amputaciones menores y distales (digitales, supracondíleas, supratrocleares, etc.) fueron tradicionalmente de gran valor en casos en los que la cirugía generaba un miembro no funcional o de dudosa funcionalidad luego del intento de reconstrucción.

1.5.2 Tratamiento Adyuvante Y Neoadyuvante

Con respecto a la quimioterapia adyuvante, en algunos tipos de sarcomas, puede retrasar la aparición de recidivas y/o metástasis prolongando el intervalo libre de enfermedad, sobre todo en los sarcomas de la infancia como el rabdomiosarcoma y en tumores de mediano y alto grados de malignidad donde la asociación de las 3 armas han mejorado la respuesta en comparación con el tratamiento único. La quimioterapia neoadyuvante, en algunos casos, puede hacer reseccable un tumor de gran volumen. La incorporación de la quimioterapia hasta ahora no ha modificado la sobrevida de estos enfermos, pero si el intervalo libre de enfermedad, y en asociación a la radioterapia, ha permitido el empleo de técnicas quirúrgicas conservadoras que garanticen la funcionalidad y estética del área afecta. Estos tumores deben ser tratados en centros especializados, por equipos multidisciplinarios integrados por patólogos, cirujanos, oncólogos, radioterapeutas, pediatras y fisiatras, para poder obtener resultados satisfactorios. (Martínez, 2001).

1.5.2.1 Adyuvancia

Esta conducta terapéutica no se considera estándar y las opiniones de los expertos están divididas, producto de una patología poco frecuente y heterogénea sumado a la disponibilidad de drogas poco efectivas. Los estudios randomizados son escasos y el diseño de los mismos deja mucho que desear. Los metaanálisis representan un esfuerzo para poder salvar algunas de estas limitaciones estadísticas. Se presume que los pacientes menores a 65 años (por la eventual toxicidad asociada) con tumores de extremidades, T2 y histologías más respondedoras como sinoviosarcoma y liposarcoma mixoide podrían obtener algún beneficio con la QT adyuvante, especialmente en lo que a control local se refiere. (Instituto de Oncología Ángel Roffo, 2012).

1.5.2.2 Quimioterapia neoadyuvante

Se trata del tratamiento estándar. Es considerada para aquellos pacientes relativamente jóvenes con tumores grandes y con histologías respondedoras, en los cuales se presupone que una reducción del tamaño tumoral pueda facilitar la cirugía. Se suelen utilizar 3 ciclos de antraciclinas e ifosfamida a las dosis recomendadas para esta enfermedad. Merece mencionarse también el tratamiento neoadyuvante combinando quimioterapia y radioterapia interdigitado, con tasas de respuesta aparentemente superiores a ambas modalidades por separado, pero claramente más tóxico. Por esta razón, en caso de indicarse, sólo debe ser realizada en los escasos centros con experiencia en esta modalidad combinada. (Instituto de Oncología Ángel Roffo, 2012).

1.5.2.3 Radioterapia

En cuanto a la base racional para el empleo adyuvante de radiaciones en el tratamiento de esta patología, responde la persistencia de grupos residuales de células tumorales, aún después de cirugía, que pueden ser neutralizadas por este medio posibilitando la conservación cosmética y funcional de parte de los tejidos aledaños a la lesión, con la consiguiente mejora en la calidad de vida de los pacientes. Las localizaciones que más favorecen su uso son las de extremidades y tronco, siendo la cavidad abdominal la menos favorable por la baja tolerancia a la radiación del intestino delgado y otros órganos. (Instituto de Oncología Ángel Roffo, 2012).

Es importante la definición de los campos de aplicación de la radiación, contemplar el comportamiento biológico de la enfermedad y la presencia de barreras que dificultan la migración celular (fascias musculares, tejido óseo) dando lugar a una planificación personalizada del tratamiento para cada paciente. Se emplean principalmente dos modalidades de radiación: la teleterapia y la braquiterapia.

Braquiterapia

Según lo explica el Instituto de Oncología Ángel Roffo (2012) es una modalidad que facilita la entrega de altas dosis de radiación en el lugar indicado, con una buena protección de tejidos sanos cercanos. Asimismo permite acortar el tiempo total del tratamiento (cirugía + RT), y puede ser iniciado en forma precoz (aproximadamente a los 5 días post cirugía).

Radioterapia Externa

Se trata de un estudio utilizado como base para la planificación, que también considera los estudios por imágenes preoperatorias (TAC o RMN). Preferentemente se emplean técnicas tridimensionales (RT Tridimensional Conformada o IMRT) para el máximo aprovechamiento de estos datos anatómicos. Inicialmente se comienza irradiando un volumen amplio hasta una dosis de 45 a 50 Gy, para posteriormente reducir el volumen de irradiación y entregar un boost de 10 a 20 Gy según el caso, que cubra las zonas de mayor riesgo de recurrencia (se recomienda a los cirujanos empleo de clips metálicos durante el acto quirúrgico) en la periferia tumoral. El fraccionamiento empleado es de 180 a 200 cGy/d. (Instituto de Oncología Ángel Roffo, 2012).

Cuando el tratamiento radiante fuera exclusivamente con RT externa, se sugiere iniciar el mismo al menos 20 días posteriores a la cirugía para evitar interferir con la normal cicatrización de la herida.

1.5.3 Repercusiones Físicas

En relación a la conducta terapéutica Viña & Ruiz (2013) exponen como varios modelos de tratamiento generan efectos secundarios dañinos en los pacientes.

- En relación a la quimioterapia, sostienen que es un término que abarca muchos fármacos, los cuales tienen efectos secundarios significativos, con el objetivo de detener el crecimiento de las células cancerosas. En algunos casos también resultan lesionadas o destruidas las células sanas, generando repercusiones en aquellos tejidos con una elevada reproducción celular, como las células sanguíneas, las encargadas del crecimiento del cabello, incluso producen daños en las células que recubren el tracto gastrointestinal, generando muchas veces daños permanentes. Por otra parte se habla de fatiga, cardiotoxicidad, disminución de la fuerza muscular y disturbios en la regulación del peso corporal.
- Respecto a la radioterapia refieren que es reconocida por tener graves efectos secundarios de dos tipos: *mutagénicos* - causan aumento de la incidencia de segundos tumores somáticos, originando alteraciones troficasosteomusculares

(retraso en el crecimiento, dismorfias por hipoplasia y fracturas óseas) – y funcionales, que son las que se derivan del órgano irradiado originando alteraciones cognitivas, hormonales (déficit de GH, hipotiroidismo, amenorrea) osteoporosis, problemas digestivos, insuficiencia respiratoria, etc.

- Sobre la cirugía comentan que aunque en muchos casos sigue siendo imprescindible la extirpación para la cura, aun cuando se intente conservar la mayor cantidad de tejido sano, se generan alteraciones funcionales en muchos casos. Con las amputaciones en miembros superiores o inferiores se provoca descoordinación del esquema corporal, problemas en el equilibrio y descompensaciones musculares.

1.5.4 Repercusiones psicosociales

Andrés (2005) realiza una serie de reflexiones en relación a los tratamientos médicos señalando que estos producen alteraciones físicas provisionales, algunas veces definitivas, presentándose limitaciones en las actividades y funciones corporales y repercutiendo en lo laboral (discapacitaciones), en lo familiar (dependencia) y social (aislamiento). Consecuentemente se genera una posición psíquica, donde aparece una imagen del pasado y una actual, en la cual se elabora lo irreversible de la situación y se incorpora una nueva imagen. Añade además que las repercusiones físicas, consecuencia de los tratamientos, definitivas o pasajeras y dependientes del tipo de localización del tumor, influyen en la calidad de vida de la persona. A esto agrega que no sólo se puede perder el órgano y la función correspondiente, sino también la función simbólica que representa y a la que está estrechamente unida.

Siguiendo las ideas del mismo autor, se advierte, que con frecuencia se producen discapacidades tanto por efectos de la propia enfermedad como de las repercusiones permanentes físicas de la misma: por una parte las dificultades económicas que se producen, y por otra parte, llevan a solicitar una incapacidad laboral que en ocasiones es vivenciada como una representación de sí mismo como incapaz e impotente, sintiéndose fuera del espacio social reservado a “los útiles”. Si junto a ello aparecen deterioro y desfiguraciones físicas, no es infrecuente encontrar el desencadenamiento de situaciones depresivas. Asimismo señala que todas estas pérdidas, del estilo y calidad de vida previo, traen consigo un distanciamiento de la vida social.

Por su parte Rodríguez & Palacios (2013) señalan como un punto importante, reconocer el valor de las representaciones sociales en torno a la enfermedad oncológica, para reconocer las repercusiones que esta tiene en la vida de las personas. No sólo quien lo padece, sino de todos los que la viven (esto incluiría familiares, amigos y equipo médico), refieren que el cáncer no solo está organizado alrededor del dolor y del sufrimiento, sino también de la muerte, la mutilación, la incapacidad, el cambio a nivel social y familiar. Por esta razón la describen como una enfermedad cruel que acarrea grandes pérdidas, asociada a sentimientos negativos como desesperación o miedo, acompañada de tratamientos invasivos como la quimioterapia, que desestabiliza el proyecto de vida y además esta proyectada como un flagelo social, que estigmatiza e impacta tanto el estado de salud funcional, como la percepción de la severidad de la enfermedad.

Sobre la quimioterapia continúan planteando que las repercusiones a nivel psicosocial dependen del momento de la experiencia que tiene el paciente con cáncer, ya que al principio puede ser considerada como algo tóxico que puede conducir a la muerte, que además puede ser vivida como algo duro, fuerte, incierto, temido, aterrador, desagradable, que produce náuseas, vómitos y ocasiona la caída del cabello, aspectos que en un momento dado también son valorados por el paciente como "lo más difícil", sumado la debilidad, insomnio y en algunos casos problemas motores. Sin embargo agregan que después de varios ciclos o al final del tratamiento el paciente llega a considerarlo como un tratamiento que salva su vida o se tiene la ilusión de la sanación, dependiendo de la experiencia durante la misma.

Para complementar Dany, Marie, Cannone, Dudoit (2005) plantean la importancia que se le debe dar a lo social, en el tratamiento del paciente oncológico. Refieren a esto un valor especial, dado que lo social es valorado como un sistema de interpretación de la enfermedad y de los riesgos de la misma y también como un sistema de relaciones entre personas situadas en un espacio de negociación, de intercambio y de asignación de cuidado. En su investigación muestran la diversidad de mecanismos que se ponen en juego, dentro de la construcción de sentido respecto a la enfermedad y al tratamiento, así como también las variables y procesos que los median. El análisis de estos constructos socio-cognitivos y su anclaje en los fenómenos de creencias del paciente, constituyen las vías de comprensión y reflexión heurísticas para los psico-oncólogos y demás personal, en su práctica con los pacientes.

Asimismo González (2013), retomando diversos estudios (Arora, 2007; Ganz et al. 2003; Kroenke et al. 2006; Nicholas & Veach 2000), señala que la adaptación psicosocial de los pacientes con cáncer depende del tipo de cáncer que padecen, de los recursos personales para afrontar situaciones difíciles y del apoyo social interpersonal (familiar), Además de factores derivados de la sociedad, entre los que se incluyen las opiniones sobre el cáncer de la sociedad en general, la influencia que tiene la sociedad en asuntos como la disponibilidad y acceso a los tratamientos, la discusión abierta o cerrada sobre el cáncer y las creencias populares sobre sus causas.

La misma autora refiere que si bien es cierto que las características del cáncer y de sus distintos tratamientos generan cambios en el paciente y síntomas clínicamente significativos, no siempre son deletéreos, no obstante, lo que se ha transmitido de generación en generación, según diversidad de experiencias e información deformada, ha contribuido a la consolidación de representaciones sociales sobre el cáncer y su tratamiento, las cuales conllevan a repercusiones en todo nivel: físico, social y psicológico.

Es por esto importante ahondar en la importancia de las representaciones sociales en el paciente oncológico, no sólo por el sentido y significado de la patología, sino por lo que implica en la construcción de corporalidad.

Representaciones sociales en el paciente oncológico

Según Páez (1987) las representaciones sociales se caracterizan por: privilegiar, seleccionar y retener hechos relevantes del discurso ideológico, concernientes a la relación sujeto en interacción, descontextualizando algunos rasgos del mismo,

descomponer este conjunto de rasgos en categorías simples, naturalizando y objetivando los conceptos del discurso ideológico referente al sujeto en grupo, y también por construir una teoría explicativa y evaluativa del entorno a partir del discurso ideológico que impregna al sujeto. Las representaciones sociales son teorías implícitas, sobre la sociedad y el hombre compartidas por colectividades, que llevan a reconstruir y reproducir la realidad otorgándole un sentido y procurando una guía operacional para la vida social y para la solución de los problemas y la resolución de los conflictos.

Consecutivamente Cannone (2004) agrega que, la quimioterapia por su parte, estampa su firma en el momento del diagnóstico, ya que los pacientes de cáncer atribuyen un carácter de gravedad más importante cuando se les ofrece, esta ocupa un lugar particular en la historia del cáncer, porque es propuesta enseguida del diagnóstico e implica, a su vez, una segunda adaptación psicológica por su significado simbólico, por sus modos de contacto y por sus efectos secundarios. Así mismo, ocupa un lugar esencial en el "imaginario social", particularmente la alopecia en el desarrollo del estigma del cáncer.

Por su parte Álvarez, Acevedo & Durán (2008) estudiaron las categorías de actitud, estilo de afrontamiento, valores, creencias, intenciones de acción y comportamientos, que constituyen las representaciones sociales de la salud y la enfermedad, en un grupo de pacientes hospitalizados de dos poblaciones colombianas. La hipótesis de trabajo sostuvo que los pacientes hospitalizados mantendrían representaciones sociales de la salud y de la enfermedad propias de la lógica informal cotidiana, y encontraron, que el grupo mantiene construcciones simbólicas del fenómeno de salud-enfermedad desde las variables estudiadas (los estereotipos hacia el enfermo, las actitudes, emociones y explicaciones sobre la enfermedad, los valores que acercarían a un estilo de vida saludable y las formas de cuidado de la salud).

Apoyando lo anterior Cardona, Portilla, Aparicio, & Tabares (2013) valoran el impacto del diagnóstico sin importar el tipo de cáncer. La noticia implica sentimientos de ansiedad, temor, frustración, impotencia, además en muchos casos miedo a perder la identidad o desinterés por la sexualidad. Agregan que en muchos pacientes se presentan trastornos depresivos y ansiosos, y además, retoman estudios actualizados que sustentan sus postulados: Un estudio Cubano sobre el impacto psicológico y social de la mastectomía en pacientes con cáncer de mama, en donde se plantea la relación de la importancia y el valor que le dan las mujeres a su imagen corporal, señala como una cirugía o cicatriz causada por un tratamiento oncológico puede generar una autoestima devaluada, deteriorando su calidad de vida. Por otro parte muestran como un estudio en Puerto Rico, que trata sobre las implicaciones psicosociales en la corporalidad femenina del cáncer de mama, revela efectos en tanto a la insatisfacción con respecto a la imagen corporal, dando lugar a una creciente necesidad de aprobación social, miedo al rechazo, abandono, baja autoestima y dificultades sexuales relacionado con la manera en que perciben su cuerpo. A todo esto, aún cuando son estudios referidos al cáncer de mama, es posible encontrar que en muchos otros diagnósticos se comparten las mismas repercusiones.

1.6 PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA

"Pero al final el médico se queda a solas con su paciente para encontrar con él la mejor solución a su problema..."

Frente al enfermo en la consulta... lo que observa el médico es todo el contexto de la enfermedad..."

Célérier M y cols.

Como punto de partida es importante resaltar como las vivencias en la práctica con los pacientes demuestran el estrés y la perturbación que puede tener una persona frente a cualquier alternativa de tratamiento. En algunos casos existen personas con dificultades para reconocer la ambivalencia que generan los procedimientos oncológicos, en los que tanto el paciente como la familia están expuestos a múltiples presiones emocionales y ambientales, que despiertan temores intensos.

La Lic. Handelsman (2013) resalta, que ante la indicación quirúrgica, cada enfermo responde de modo diferente, con intensidades variables de acuerdo con su personalidad, historia y recursos. Aconseja adoptar una observación sistematizada por diferentes líneas de investigación las cuales demuestran que el conocimiento, la información, la contención y el hablar de la preocupación del paciente y su familia, antes de la operación, reducen la prevalencia de problemas psíquicos en el postoperatorio. Siguiendo esto propone la configuración de un dispositivo con características preventivas que permita actuar desde una posición activa, de agentes promotores de la salud mental, sobre las repercusiones que traen problemas de salud orgánica, que requieren de intervenciones quirúrgicas o procedimientos médicos complejos y propone el objetivo de prevenir y limitar los riesgos que puedan surgir como efecto de tales prácticas.

Sumado a esto la Lic. Handelsman (2013) señala que toda operación quirúrgica, por sencilla que sea, configura una vivencia de estrés. Se llama así a toda situación que produce un alerta psíquico, donde la angustia es moderada y se estructuran defensas apropiadas; a diferencia de una vivencia traumática en la que se produce una brusca discontinuidad psíquica con un alto nivel de angustia y desestructuración de la personalidad.

Para definir una vivencia como traumática, cita a Mucci (2004), quien considera que deben evaluarse una serie de condiciones: "estructura psicopatológica previa, significado que el enfermo otorga, resignificación en función del historial médico-quirúrgico, cualidad de la enfermedad y de la operación, nivel de estrés en la hospitalización, capacidad de respuesta al estrés." aspectos esenciales para definir y entender el trabajo psicoprofiláctico en oncología.

La Psicoprofilaxis Quirúrgica es definida por Mucci (2004) como una práctica interdisciplinaria ubicada entre la ciencia médica y la psicológica, con un amplio y flexible marco conceptual en el que el trabajo con pacientes se realiza utilizando distintas estrategias, técnicas y recursos. Es un proceso psicoterapéutico con objetivos preventivos que apunta a promover en el paciente recursos cognitivos, afectivos, comportamentales e interaccionales que lo ayuden a afrontar la intervención quirúrgica, reducir los potenciales efectos adversos de la operación y posibilitar la recuperación biopsicosocial.

Por su parte Sinigoj (2012), siguiendo a Rinaldi (2001), refiere que los pacientes quirúrgicos están siempre ubicados dentro de un campo interdisciplinario complejo, integrado mínimamente por un médico clínico, un cirujano, un anestesiólogo y un equipo de enfermería. Señala la intervención de un psicólogo en estas situaciones como necesaria. Además defiende el concepto de paciente, el cual se extiende, según él, más allá de la dolencia quirúrgica que padece una persona en un momento determinado. Es por ello que le atribuye un valor significativo a la intervención de un psicólogo a lo largo del proceso quirúrgico, de esta forma también vincula diferentes objetivos en las acciones del psicooncólogo; algunos vinculados con el trabajo de la vivencia psíquica, otros a lo que acontece en el medio hospitalario (vivencia que se relacionaría con diversos factores biológicos, psicológicos y sociales), algunos relacionados con el trabajo en equipo de profesionales tratantes, a quienes muchas veces les resulta difícil comprender el impacto psíquico causado en el paciente y en su familia.

Objetivos de la Psicoprofilaxis Quirúrgica

A todo esto Mucci (2004) señala los objetivos generales de la Psicoprofilaxis Quirúrgica:

- Facilitar el procesamiento de la información, atender a qué y cómo comprendió; diferenciar sus fantasías, mitos y teorías de la información recibida.
- Proporcionar recursos para afrontar las preocupaciones que la enfermedad y la cirugía imponen.
- Estabilizar los síntomas psicológicos en niveles tolerables.
- Disminuir miedos básicos y universales que llevan la impronta de la historia personal del paciente.
- Hacer explícito lo implícito a través de la escucha, la contención y la elaboración reflexiva.
- Evitar que la operación pueda dar lugar a una organización psicopatológica.
- Jerarquizar o priorizar dificultades *singulares*.

Complementando estos postulados, Sinigoj (2012) expone algunas variables y modalidades de intervención en pacientes oncológicos:

Variables relacionadas con el paciente: estas están expresadas en las respuestas que las personas pueden tener frente a la noticia del padecimiento de una enfermedad. Varían dependiendo de las características individuales de cada ser humano, del diagnóstico clínico que padezca y de su propia representación social.

Variables relacionadas con la enfermedad neoplásica como patología crónica: Cano (2005) señala que el cáncer no debe concebirse como una enfermedad única, ya que engloba a un conjunto de enfermedades relacionadas que comparten mecanismos celulares y moleculares, que además difieren muchas veces del órgano o tejido, en el que se originan. También advierte sobre la existencia de diferentes tipos de cáncer y el hecho de que personas de cualquier grupo étnico o etario puedan padecerlas. Esto a su vez acarrea la necesidad de considerar tratamientos, evoluciones, pronósticos e intervenciones diferentes para cada caso puntual.

Variables vinculadas con las representaciones sociales de la enfermedad: en nuestra sociedad el cáncer es asociado al sufrimiento y a la muerte. El paciente con cáncer suele ser estigmatizado y discriminado. Se piensa a la enfermedad como incurable, donde la desfiguración y el daño son la norma, además de la idea de dolor incontrolable. Las fantasías asociadas al diagnóstico se relacionan con la anulación de los proyectos vitales, el temor al rechazo de los otros y al abandono de la familia.

Sin embargo es importante señalar, que cada paciente representa una forma diferente de estudio y de abordaje, y cada esquema de intervención debe estar adaptado a las demandas de la institución, sumando los recursos, las estrategias de afrontamiento y el tiempo disponible.

Para posibilitar y favorecer a que el paciente adquiriera recursos en su repertorio conductual es importante conocer cual es el estilo de afrontamiento y defensivo, para de esta forma, abordarlo resultara más eficaz cualquier intervención.

1.6.1 El Afrontamiento

Según Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento es definido como “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. (p.164)

Aportando a lo anterior, Frumin y Greenberg (2005) señalan que los pacientes pueden inicialmente rechazar la enfermedad, no creer el diagnóstico o minimizar su gravedad.

Por su parte Galindo, Valadez, Álvarez, González, Robles & Alvarado (2011) señalan que:

El afrontamiento ante el cáncer es un proceso dirigido a manejar las demandas que implica el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de la enfermedad. En este sentido, los estilos de afrontamiento ante el cáncer surgen como un mecanismo que determinará la adaptación y la procuración de solución de problemas ante el proceso oncológico; y en dirección contraria, como un mecanismo psicológico desadaptativo asociado con una endeble funcionalidad. (p.124).

Complementario a esto Wade y Tavris (2003) indican que el afrontamiento lleva a que las personas actúen de manera que les ayude a sobrevivir al estrés. Otras no sólo afrontan sus problemas de una forma tal que les ayuda a resistir la adversidad, sino que de hecho les ayuda a progresar, aprendiendo de sus experiencias.

Por otra parte, Massie y Greenberg (2006) mencionan que la capacidad de una persona para afrontar el diagnóstico y el tratamiento del cáncer suele variar a lo largo de la evolución de la enfermedad y depende de factores médicos, psicológicos y sociales como: la propia enfermedad, el nivel previo de adaptación, la presencia de apoyo emocional, la personalidad, la posibilidad de rehabilitación física, psicológica y las actitudes culturales, espirituales o religiosas.

Sin embargo es Moos (2003) quién ha desarrollado un modelo de afrontamiento a la enfermedad crónica de ocho categorías que abarcan los tipos más comunes de estrategias de afrontamiento: análisis lógico y búsqueda de significado, reevaluación

positiva, búsqueda de apoyo y orientación, resolución del problema, cognición evitativa o negación, aceptación o resignación, busca de recompensas alternativas y descarga emocional.

La Lic. Cuello (2012) retomando un apunte del Instituto Nacional de Cáncer, señala que las estrategias para enfrentar situaciones difíciles se refieren a aquellas utilizadas con menor frecuencia. Concretamente se relacionan con situaciones específicas que una persona debe resolver, como readaptar la rutina diaria o el horario de trabajo para ajustarse a los efectos secundarios del tratamiento del cáncer. Las estrategias para hacer frente a situaciones difíciles se ponen en marcha en un esfuerzo por adaptarse. Aunque hay muchas estrategias, de excelentes resultados para enfrentar dificultades, la Licenciada ha puntualizado tres categorías:

Enfocadas en los problemas: ayudan a los pacientes a manejar problemas específicos, al tratar de modificar directamente situaciones problemáticas. Se busca crear acciones conductuales que vayan dirigidas a confrontar activamente el problema y tengan efectos positivos en el bienestar de la persona. Se incluyen estrategias como la gestión de los aspectos externos de un estresor, la búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad y planificación en la solución de problemas.

Enfocadas en las emociones: ayudan a la persona a regular su grado de sufrimiento emocional. Se busca reducir el estrés emocional, manteniendo un estado emocional satisfactorio, cambiando el estado emocional que acompaña la situación estresante. Implica estrategias internas como el distanciamiento, el autocontrol, el escape, evitación o la reevaluación positiva.

Enfocadas en el significado: ayudan a los pacientes a entender por qué ha sucedido esto, así como el efecto que el cáncer tendrá en su vida.

Sin embargo Font & Cardoso (2009) señalan otra taxonomía, consiste en distinguir entre afrontamiento centrado en la interacción con el obstáculo (de un estilo activo, de vigilancia, sensibilización y atención), versus un afrontamiento centrado en la evitación (de estilo pasivo, de retirada y evitación cognitiva).

Con todo, Kaplan (1977) menciona que la función del afrontamiento ante el proceso oncológico ocurre de acuerdo al orden, características y fases de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, seguimiento o fase terminal.

Es complementando lo anterior como Moorey y Greer (1989) proponen un modelo para evaluar el afrontamiento, a las que subyace un esquema cognitivo relativo al significado del diagnóstico, a las posibilidades de control sobre la enfermedad y a la visión del pronóstico, descritos en cinco dimensiones:

- Espíritu de lucha: visión de diagnóstico como un reto, visión optimista del pronóstico, creencias de control sobre el curso de la enfermedad y presencia de respuestas de afrontamiento dirigidas a afrontar la enfermedad.
- Desamparo o Desesperanza: visión de la enfermedad como una pérdida irreparable, visión negativa del pronóstico, percepción baja de control y ausencia de respuestas de afrontamiento.

- Preocupación ansiosa: visión de la enfermedad como amenaza, incertidumbre respecto al pronóstico y respecto a la posibilidad de ejercer control y presencia de respuestas de afrontamiento conductuales.
- fatalismo: visión del diagnóstico como una amenaza menor, aceptación de cualquier pronóstico y baja percepción de control.
- Negación: visión del diagnóstico como una amenaza mínima, visión positiva del pronóstico y ausencia de evaluación relativa al control.

1.6.2 La Experiencia de La Pérdida en Psicoprofilaxis e Intervención al Paciente Oncológico

A propósito de las pérdidas que vive un paciente con cáncer Andrés (2005) expone:

El diagnóstico de cáncer nos sitúa existencialmente en el borde de una experiencia crítica en la que sólo nombrarlo da un sentido de amenaza a la integridad tanto física como psíquica, en la que el sujeto fácilmente se verá desbordado y superado por un caudal de acontecimientos que le seguirán y para los cuales difícilmente podría estar preparado. (p 51).

Complementando esta idea, la Lic. Ponce (2012) define el duelo como la reacción esperable ante una pérdida, simbólica, espiritual, física, etc. Además retoma a Neimeyer (2002) quien lo define como un proceso de reconstrucción de significados, tras el impacto que sufren las creencias y valores ante la muerte de un ser querido. Específicamente lo describe como un reaprender el mundo y reconocer la realidad de la pérdida. Además, concibe al duelo como un proceso que fluctúa entre el sentir y el hacer, explicando que las complicaciones se manifiestan solo cuando el doliente se dedica en exclusividad a una de estas dos orientaciones.

Siguiendo esta línea de pensamiento retomamos a Andrés (2005), quien citando a Tizón, expresa algo que ayuda al reconocimiento de las múltiples pérdidas que vive el sujeto que padece el diagnóstico e incluso familia y equipo tratante; señalando de esta forma:

Si la pérdida, (el duelo dice el autor) que supone cada transición se supera o se elabora de forma adecuada, se obtiene una mejora en las capacidades de integración, afrontamiento, elaboración, creatividad", además. Los procesos de duelo tienen una significación especial para la estructuración de la personalidad y para la salud mental del individuo. (p. 51)

Andrés (2005) nombra varios procesos de duelo por los que la persona que padece una enfermedad oncológica transita. Estos son:

- Un gran gasto de energía y por supuesto de tiempo.
- Por una parte, constituye la superación de los estados normales inherentes a todo proceso oncológico por lo perdido, que inevitablemente llevan consigo cierto nivel de dolor psíquico.

C.Meseguer (2003) detalla alguna de estas pérdidas refiriéndose a la pérdida de identidad, de control, de relaciones sociales, la imagen de si mismo, del estilo de vida, de la capacidad de procreación, del proyecto de futuro, del sentimiento de igualdad de condiciones...

- Por último señala la reorientación de la actividad mental y la recomposición de su mundo interno (cogniciones, sentimientos y fantasías fundamentales) y externo.

Vale la pena señalar palabras de la Lic. Di Pretoro (2013), quien en una supervisión explica, que además de los anteriores puntos el enfermo esta viviendo constantes perdidas, relacionadas con su salud, en relación a su red social, en el área laboral, incluso familiar, muchas veces costeadas por la separación, abandono o evitación de cuidadores.

1.7 CORPORALIDAD

Los seres humanos no nacen para siempre el día en que sus madres los alumbran,
sino que la vida los obliga a parirse a sí mismos una y otra vez.

Gabriel García Márquez

1.7.1 Esquema corporal

El esquema corporal en su sentido puramente fisiológico se basa en gran medida en procesos que permanecen en el fondo de la conciencia, en donde tiene lugar una activa construcción de la imagen del cuerpo; pero esta construcción también está representada por procesos psíquicos conscientes e inconscientes. Esto es, en la integración del esquema corporal se da una permanente interacción en cuatro planos. (Schilder, 1989, p. 252).

Por otro lado es preciso mencionar que el esquema corporal es entonces, la representación que el ser humano se forma mentalmente de su cuerpo a través de una secuencia de percepciones y respuestas vivenciadas en la relación con el otro. Además es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo, llamada, *imagen corporal*. Este esquema corporal se desarrolla todos los días e informa, enriqueciendo, bloqueando u ordenando la imagen del cuerpo. Incluye los conceptos de masa, tiempo, espacio y movimiento. El cuerpo constituye el límite entre lo interno y lo externo, entre la percepción y la fantasía. El esquema corporal es pues, el esquema representativo que le permite al sujeto tener una referencia para estructurar su experiencia con el mundo externo y sus objetos. (Fuentes, 2006).

1.7.2 Imagen corporal

La imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos o sentimos, además del modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. (Raich, 1996) (Fernández, 2004, p. 170).

Otros autores refieren que la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente, y cómo se percibe y actúa en relación con su propio cuerpo. (Cash, 1994; Cash y Sebastián, Manos, Bueno y Mateos Pruzinsky, 1990)

Por su parte Mock (1993) cita: “La imagen corporal se concibe además como parte del autoconcepto que puede entenderse como el conjunto de percepciones o referencias que la persona tiene de sí misma, e incluye juicios acerca de comportamientos, habilidades o apariencia externa” (Shavelson y Bolus, 1992).

Mientras Doltó (1994) menciona la diferenciación de éstos dos términos, y señala que el esquema corporal: especifica al individuo en cuanto representante de la especie, sean cuales fueren el lugar, la época, o las condiciones en que vive. Este

esquema corporal será el intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo, en el sentido de que permite la objetivación de una intersubjetividad, de una relación libidinal fundada en el lenguaje, relación con los otros y que, sin él, sin el soporte que él representa, sería, para siempre, un fantasma no comunicable.

Por consiguiente, Cash y Pruzinsky (1990) y Thompson (1990) exponen varias variables que componen la imagen corporal:

Aspectos perceptivos: precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes.

Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones. En este sentido Yurek (2000) destaca la presencia de sentimientos de auto-consciencia corporal.

Aspectos cognitivos-afectivos: actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc.

Aspectos conductuales: conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje, etc.

Por lo cual la percepción, evaluación, valoración y vivencia del propio cuerpo, está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico. (Guimón, 1999).

Por otra parte, Pruzinsky y Cash (citados en Baile, 2003) proponen que existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

Imagen perceptual: refiere a los aspectos perceptivos con respecto al cuerpo, podría parecerse al concepto de esquema corporal mental. Incluye información sobre tamaño, forma del cuerpo y sus partes.

Imagen cognitiva: incorpora pensamientos, esquemas, auto-mensajes y creencias sobre el cuerpo.

Imagen emocional: incluye los sentimientos sobre el grado de satisfacción con la propia figura y con las experiencias proporcionadas por el propio cuerpo.

Además de lo anterior, estos autores, refieren que cada individuo tiene una experiencia subjetiva y exponen que no tiene porqué haber un buen correlato con la realidad. Denotan que es un concepto amplio que a su vez contiene varias características: partiendo de un rasgo multifacético, relacionado con la autoconciencia, socialmente determinado (desde que se nace existen influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo), la imagen corporal no es fija o estática, por el contrario, es un constructo dinámico, que cambia a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc. Asimismo enuncian que la imagen corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que se siente y se piensa el propio cuerpo, influyendo en el comportamiento, no sólo la imagen corporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente.

A todo esto, Shavelson y Bolus (1992) añaden que la imagen corporal se concibe como una parte del autoconcepto, que se refiere al conjunto de percepciones que tiene la persona de sí misma e incluye juicios acerca de comportamientos, habilidades o apariencia externa.

1.7.3 La imagen corporal en el paciente con cáncer

Un punto importante lo plantea Fernández (2004) quien ha clasificado en su trabajo, las variables que influyen en el cambio de la imagen corporal de las personas que padecen cáncer, las cuales son:

- El tipo de cambio físico que experimenta, la localización y el grado de discapacidad asociado: hay evidencias que muestran que los tratamientos quirúrgicos radicales (como la mastectomía radical) presentan mayores problemas psicológicos y adaptativos que los tratamientos quirúrgicos conservadores.
- Reacción del entorno y apoyo social percibido: en algunos casos las personas que padecen cáncer temen ser rechazados y por ello evitan las relaciones sociales y se aíslan. Las señales de agrado y aceptación por parte de la gente del entorno van a ser decisivas para facilitar la reintegración social y las emociones positivas del paciente.
- La disponibilidad y acceso a los recursos necesarios: como el uso de prótesis adecuadas y adaptadas a las necesidades de cada paciente o el acceso a métodos de reconstrucción quirúrgica va a facilitar que la persona pueda superar las limitaciones.
- La valoración o significado que cada uno realiza de la alteración física concreta, ya que lo importante en este caso no es el cambio objetivo que ha sufrido la persona sino el significado que se le atribuye. Esta valoración está mediada por las creencias que posee el individuo sobre su imagen corporal, sus habilidades de afrontamiento y sus características de personalidad.

Además de las variables influyentes, los cambios en la imagen corporal poseen, como se dijo anteriormente, una serie de características en los diferentes niveles de respuesta que se detallan a continuación:

- A nivel perceptivo aparecen una serie de distorsiones perceptivas, como la atención selectiva a la zona afectada o la magnificación a la hora de percibir el tamaño del defecto.
- A nivel cognitivo se generan errores cognitivos en relación al cuerpo tales como: un diálogo interno crítico centrado en la pérdida y una frecuencia elevada de pensamientos intrusivos sobre el cuerpo. Además a este nivel aparecen creencias disfuncionales en torno a la valía personal, como una pérdida del atractivo y de su valor como persona; y, creencias disfuncionales asociadas a la identidad de género, por ejemplo algunas mujeres con cáncer de mama se sienten menos femeninas.
- A nivel afectivo-emocional se producen respuestas emocionales condicionadas al cambio físico como ansiedad, insatisfacción, hostilidad, displacer, etc.
- A nivel conductual suele darse la evitación de las relaciones sociales por miedo al rechazo y vergüenza, conductas para disimular el defecto, evitar mirarse al espejo, etc.

1.7.4 Alteraciones en la imagen corporal debido al tratamiento oncológico

Fernández (2004) explica en un modelo de relación, las variables que influyen en el desarrollo de alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la imagen corporal en pacientes oncológicos, entre las cuales enumera:

- **Influencias sociales y culturales**, referidas por modelos estéticos y la presión social.
- **Experiencias interpersonales previas**, dadas en el medio familiar, con las amistades o pares, muchas veces con el temor a ser expuesto a burlas o ser criticado. Muchas veces el sentimiento de pertenencia a un grupo, la disposición de ayudar a los otros, de recibir y beneficiarse de su apoyo, fomentan estrategias contenedoras.
- **Como consecuencia al tratamiento oncológico**, depende del tipo de cáncer y de los tratamientos. En la mayoría de los pacientes se presentan cambios en la apariencia y alteraciones cosméticas, cambios de peso, aspecto y color de piel, olor, pérdida de pelo, cicatriz o hematomas. También depende de la localización del tumor, del grado de discapacidad asociado y de la duración o permanencia en el tratamiento. La morbilidad psicológica es aún mayor cuando, además, se añade la pérdida de una función corporal.

Apoyando lo anterior Pintado (2013) señala que la quimioterapia se relaciona con una peor imagen corporal y mayores problemas con la apariencia. Además cita un estudio de Yurek, Farrar y Andersen (2000) en donde mencionan hallazgos en tanto a las cirugías radicales. Ellos refieren de los tratamientos quirúrgicos radicales, que acompañados con cirugía reconstructiva o no, conllevan una mayor morbilidad psicológica y conductual que las cirugías conservadoras.

- **Características de la personalidad del paciente:** optimismo, autoestima, apoyo social percibido, estilo cognitivo, esquemas, estilos de afrontamiento, rasgos de personalidad predominantes, comorbilidad de otras patologías y la edad. Hay personas que poseen una serie de características y rasgos de personalidad protectores y potenciadores de bienestar. Algunas de estas características son: la flexibilidad; la habilidad para solucionar problemas, para percibir los cambios como oportunidades para el crecimiento personal más que como peligros y amenazas.
- **Disponibilidad de recursos:** el uso de prótesis adecuadas y adaptadas a las necesidades de cada persona, de ropa especial, el hecho de poder aprender nuevas formas de arreglarse o cuidarse, el acceso a métodos de reconstrucción quirúrgica o a cualquier otro recurso ayuda a reducir los efectos negativos de estos cambios corporales y facilita que la persona se pueda sentir más cómoda consigo misma y menos limitada.

Además de lo expresado anteriormente, vale la pena resaltar que en muchos de los casos, el acceso al mismo sistema de salud y el desplazamiento a centros especializados, tiene un costo que algunos no pueden pagar.

- **Reacción del entorno:** miedo al rechazo, dificultades para socializar, apoyo social. El contacto físico, la cercanía, las señales no verbales de aceptación y agrado ante su presencia, son cruciales para generar emociones positivas asociadas a su nueva imagen y facilitan la reintegración social.
- **La valoración o significado que cada uno realiza de la alteración física concreta:** las alteraciones en el aspecto físico no necesariamente han de ser visibles para los demás, ni excesivamente exageradas para que causen angustia a la persona. Lo importante no es el cambio que ha sufrido, sino el significado que la persona le atribuye. Esta valoración está mediada por las asunciones y creencias que cada individuo tiene respecto de la imagen corporal y de sí mismo (muy influidas por factores sociales y culturales), en estrecha relación con sus habilidades de afrontamiento y características de personalidad.

- **Resiliencia:** las personas con este tipo de características de personalidad reaccionan, en términos generales, con una menor intensidad emocional ante los cambios en la apariencia física, siendo capaces de movilizar y optimizar los recursos existentes para aceptar el cambio y superar las limitaciones que éstos conllevan.

Palomar (2010) afirma que la resiliencia es el proceso que da cuenta de una adaptación exitosa, a pesar de las circunstancias desafiantes o amenazantes. Implica una combinación de factores que permiten afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida; es decir, le permite contender, con el estrés de la vida cotidiana y con las situaciones difíciles, sin que necesariamente se refiera a recuperación después de haber experimentado un trauma.

Retomando nuevamente a Fernández (2004) se enuncia que la imagen corporal que tenga el paciente de sí mismo, es otra de las variables clave en la calidad de vida y bienestar. En ocasiones, la autoimagen puede provocar respuestas emocionales condicionadas al cambio físico que se da con una cirugía: ansiedad, insatisfacción y displacer.

Por otra parte Yurek (2000) añade a lo anterior, que el advenimiento de sentimientos de vergüenza, el miedo al rechazo de los demás y el malestar asociado pueden llevar a un rechazo del propio cuerpo y a una evitación hacia la pareja.

2. PLANTEO DE PROBLEMA

En muchos casos, como resultado del tratamiento oncológico, los pacientes son expuestos a procedimientos en donde la imagen corporal esta considerablemente afectada. Dichas afecciones muchas veces están relacionadas con daños de funciones, deterioro o mutilación, lo cual refleja en la vida de la persona repercusiones psicológicas, físicas y sociales. Producto de esto se han planteado dos preguntas que orientan este trabajo:

¿Cómo se ve afectada la imagen corporal en pacientes oncológicos sometidos a cirugías mutilantes?

¿Qué repercusiones psicológicas, físicas y sociales pueden observarse en el paciente objeto de estudio?

3. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir cómo se ve afectada la imagen corporal en pacientes oncológicos sometidos a cirugías mutilantes.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir y reflexionar acerca del constructo imagen corporal.

Caracterizar las repercusiones psicológicas, físicas y sociales de un paciente oncológico sometido a una cirugía mutilante.

Señalar los duelos por los que atraviesa el paciente a partir de las pérdidas que sufre como consecuencia de las cirugías.

Identificar los estilos de afrontamiento empleados por el paciente oncológico sometido a una cirugía mutilante.

Enunciar las características generales del Sarcoma de partes blandas.

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

En relación a los aspectos teóricos

En términos generales se trata de un trabajo que busca la caracterización exhaustiva del constructo de Imagen corporal, en referencia a alteraciones sufridas como consecuencia del tratamiento oncológico recibido, a partir del diagnóstico de sarcoma de partes blandas.

En relación a la presentación del caso

Se trata de un estudio de un caso único, sustentado desde un enfoque metodológico cualitativo, con alcance descriptivo y diseño no experimental.

El caso seleccionado presenta características paradigmáticas en relación al problema planteado, permite articular elementos teóricos y ejemplificar la temática que se quiere analizar.

Se elige el caso en base al material psicoterapéutico recabado a partir de las entrevistas efectuadas al paciente en el transcurso de la evolución de su enfermedad oncológica.

Técnicas e instrumentos

Para la elaboración del análisis del caso se han utilizado técnicas de recolección de datos como la entrevista semidirigida y dos test proyectivos (Test de la persona bajo la lluvia y los colores). Concretamente se efectuó el análisis de contenido de fragmentos de entrevistas con el paciente y familia. Además se recabaron datos facilitados por el paciente y el hospital, pertenecientes a su historia clínica relacionados con aspectos personales, socio-demográficos, médicos (histopatología) y tratamientos oncológicos que le fueron indicados.

5. PRESENTACION DEL CASO TOMÁS

“El sufrimiento del hombre no se debe a la falta de certidumbres, sino a la de la confianza.
Hemos perdido la confianza en el mundo, y como perdimos la confianza queremos control,
y como queremos control queremos certidumbres, y como queremos certidumbres no reflexionamos...”

Humberto Maturana

Tomas tiene 19 años y es nacido en Baradero. Fue diagnosticado en el mes Noviembre de 2012 de un sarcoma de partes blandas, localizado en hueso poplíteo, estadio III, en plan de cirugía compleja. Pertenece a la obra social IOMA. Anteriormente realizó tratamiento quimioterapéutico adyuvante (tres ciclos), el cual no presentó respuesta clínica favorable. Además presenta dos nódulos en los pulmones. Es atendido en el Instituto de Oncología Ángel H. Roffo.

Es remitido al Servicio de Psicopatología por el servicio de Partes Blandas, debido a plan quirúrgico y la posibilidad de amputación del miembro inferior izquierdo.

Diagnóstico: Sarcoma Sinovial Monofásico muslo izquierdo, hueso poplíteo. Estadio III (metástasis pulmonar) **E III, T2, N0, M1**

Sintomatología: el paciente en el momento de la evaluación presenta:

- **Área Afectiva:** timidez, retraimiento, pobre contacto a la emoción.
- **Área Conductual:** movimientos enlentecidos, pobre contacto visual.
- **Específicos de la enfermedad:** pérdida de peso, deterioro físico, dolor, pérdida de apetito, alopecia G1, Hiponexia G1, astenia, anorexia, mucositis, erupción acneiforme. (Lesión en rodilla de 10cm).

El paciente en el momento de ser evaluado por primera vez se presenta al Servicio de Psicopatología del Instituto de Oncología Ángel H. Roffo acompañado de su madre, en silla de ruedas.

Se trata de una persona de contextura delgada, denota un deterioro físico importante, con erupciones faciales acneiformes y coloración pálida.

Acude a consulta por la sugerencia de su médico y la insistencia de su familia. Tomas se muestra resistente, sin embargo, participa de la intervención.

Refiere estar enfermo desde hace más de un año, aunque hace pocos meses fue diagnosticado. Relata que todo comenzó con una molestia en la pierna, mientras jugaba fútbol. Luego fue agudizándose un dolor y esto le hizo consultar en la Clínica de su localidad. Allí le realizaron exámenes (biopsia) de los cuales se determinó su diagnóstico. De inmediato fue remitido al Instituto de Oncología.

El día 13 de enero de 2013 inicia el tratamiento quimioterapéutico neoadyuvante de tres ciclos, sin obtener respuesta favorable, evidenciando un importante deterioro físico, como consecuencia de él. En la actualidad esta próximo a una cirugía compleja en la cual existe un 50% de probabilidades de que su pierna izquierda sea amputada. Refiere sentir preocupación, aunque prefiere no hablar con nadie y expresa que este es su estilo para afrontar cualquier situación problemática en su vida.

En relación a las actividades que sostenía antes del diagnóstico, relata haber terminado hace poco el bachillerato. Está vinculado a un equipo de fútbol, compuesto por amigos del colegio, con quienes regularmente jugaba y entrenaba. Cuando se le pregunta acerca de las actividades que proyecta para el futuro, manifiesta no sentir motivación para continuar estudiando, por el contrario, expresa el deseo de abrirse al mundo laboral e independizarse, concretamente dice: “No quiero estudiar, ya el colegio fue mucho, pensaba conseguir un laburo y llegar a independizarme”.

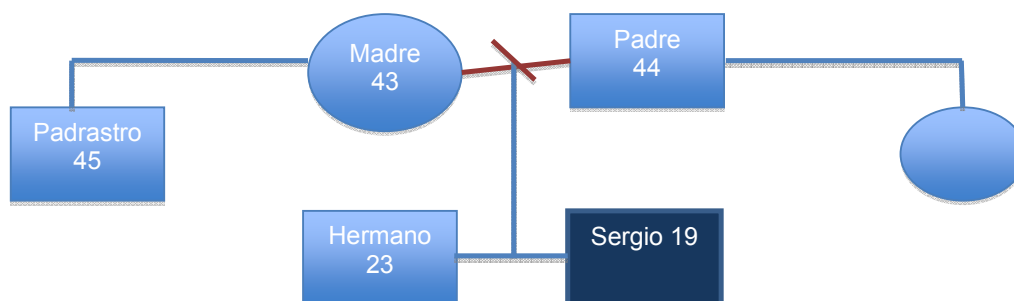
En la actualidad no realiza ninguna actividad extra, refiere que el proceso de la enfermedad limitó incluso las actividades de las que disfrutaba en su cotidianidad (fútbol, juegos con el sobrino, salidas con sus amigos). Finalmente, manifiesta cierta agitación mientras expresa: “Ya sólo puedo hacer cosas en la compu, por ahí es que hablo con mis pocos amigos, miro el Facebook, veo alguna película o me quedo acostado, a veces no tengo ganas de nada”.

Composición del núcleo familiar: familia compuesta: madre y padres separados, con nuevas parejas. Tomas vive en Baradero con su madre y padrastro, tiene un hermano mayor de 23 años, quien desde hace tres años vive en unión libre con

su pareja con la cual tienen un hijo de 2 años. Su padre convive con una mujer, sin hijos, refieren estar en permanente contacto.

Ambos padres participan activamente en el proceso de enfermedad, se muestran informados de la situación actual de Tomas, del pronóstico y se preocupan por la evolución de la enfermedad.

Genograma:



5.1. Abordaje Psico-Oncológico

Es importante mencionar que el abordaje terapéutico en los hospitales y la estructura de un proceso, están en gran medida condicionados por la conducta terapéutica. En el caso que se describe y analiza en este trabajo, se plantea un esquema de tratamiento orientado a la psicoprofilaxis quirúrgica, con intervenciones psicoterapéuticas enfocadas en el aquí y el ahora, donde se conjugan elementos de la Psicología Cognitiva, Psicoanalítica y Humanista, además con objetivos preventivos que apuntaron a promover en el paciente recursos cognitivos, afectivos, comportamentales e interaccionales que lo ayudan a afrontar los efectos que ha tenido la enfermedad en su vida, buscando también reducir los potenciales efectos adversos de la operación y posibilitar la recuperación biopsicosocial.

Sin embargo, es fundamental añadir la queja que presenta el paciente a nivel de imagen corporal, señalando que esto le ha generado la necesidad de estar alejado de sus pares, a todo esto señala: "Puedo ser muy boludo si digo esto, pero verse cada día más acabado no es agradable, además todo el que te conoce te mira y te dice cualquier cosa. Es fuerte a veces incluso mirarse y reconocer el cambio, la mayoría de las veces prefiero mejor estar solo".

Como fue expuesto anteriormente se establecieron entrevistas semiestructuradas. En la primera, participaron Tomas y su madre, la cual incluye una intervención individual; siempre con el propósito que los participantes puedan encontrar un espacio en donde legitimen su emoción y comprendan sus respuestas emocionales. En otra consulta se entrevista al padre, con la misma modalidad. Posteriormente se tiene una entrevista grupal. Además se le aplican al paciente dos test proyectivos (test de la persona bajo la lluvia y test de los colores, los cuales se presentarán más adelante con su respectivo análisis).

En relación al esquema de psicoprofilaxis quirúrgica se adopta la propuesta desarrollada en la exposición de la Lic. Susana Handelsman (2013), en donde retoma conceptos teóricos de la Lic. María Mucci, con el propósito de: facilitar el procesamiento de la información; atender a qué y cuánto comprendieron Tomas y su familia, de los datos suministrados por el equipo médico; posibilitar la diferenciación de sus fantasías y mitos. Asimismo se buscó proporcionar recursos para afrontar las preocupaciones sobre la enfermedad, la cirugía y las múltiples pérdidas (incluyendo la amenaza de una amputación), para de esta forma, estabilizar los síntomas psicológicos en niveles tolerables, disminuyendo miedos que llevan la impronta de la historia personal del paciente y su familia. Por supuesto siempre se aportó contención a todos ellos, posibilitando un espacio de elaboración reflexiva donde descargar sus miedos, inquietudes, dificultades y donde se recreen tomas de decisión.

6. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO TOMÁS

Las intervenciones psicoterapéuticas se dirigieron a hacer psicoprofilaxis quirúrgica. En la primera entrevista se buscó facilitar el procesamiento de la información. Seguidamente se abordaron los recursos y estrategias de afrontamientos del paciente y su familia, fomentando nuevos recursos para que sean incorporados en su repertorio conductual. Se propone posibilitar el conocimiento del esfuerzo y energía invertida por parte del equipo médico, cuya prioridad es la de conservar la pierna y contribuir siempre al bienestar del paciente y su calidad de vida. De la misma manera, se realiza un esbozo de los efectos que tendría la cirugía en su vida, se habla del manejo del dolor y la importancia de adherirse a los tratamientos. Se abordan conceptualizaciones sobre la cirugía, ansiedad, síntomas depresivos, el temor a la posible pérdida. Todo esto será detallado más adelante.

En relación al tratamiento farmacológico, Tomas actualmente toma Tramadol (cuando hay dolor), se encuentra en preparación para ser sometido a una cirugía compleja, tiene todos los exámenes clínicos y diligencia todos los documentos, parte del protocolo de intervención. Detalla que ha tenido tres entrevistas con personal del equipo de partes blandas, quienes le explicaron la conducta terapéutica a seguir. En la primera intervención con psicopatología se valora el modo en el que fue informado y la actitud de confianza o apoyo percibido por él y su familia, de lo cual se desprende lo siguiente:

En la primera entrevista con el equipo, el día 27 de Febrero del presente año, se sitúa el momento en que inicia el proceso de quimioterapia neoadyuvante. Se le programan tres ciclos. Algunos de los medicamentos registrados son: Ifosfamida 9g/m³, dexorribilina 75mg/ m², con un seguimiento de respuesta de 21 días, en el segundo ciclo se presenta un cuadro de neutropenia febril, el cual le hace permanecer internado varios días. Sobre esto comenta no tener problemas, refiere no molestarle la internación, ni sentir un malestar significativo.

En el segundo encuentro, con el personal del equipo de Partes Blandas, se notifica la respuesta al tratamiento neoadyuvante, el cual no generó ningún cambio esperado. Tomas y su madre refieren no haber recibido esta noticia en buenos términos. Se quejan de la forma en que se les comunicó. Toda esta situación genera sentimientos de desesperanza en Tomas, quien

refiere: "Después de estar tantos días en tratamiento, y que uno vea que va de mal en peor, que a uno le digan que no sirvió para nada la quimioterapia y que el tumor sigue igual, es un golpe". Su madre dice que además sintió una actitud fría y poco humana por parte del especialista: "El lo dijo cortante, que no sirvió. Entonces yo me pregunto siempre, que es lo mejor para él, porque cada tratamiento que hacen, lo debilita más, lo incapacita más".

También se les comunica en este encuentro, la necesidad de una cirugía, ante lo cual Tomas refiere que se le ha informado el día 26 de Abril de 2013, de las altas probabilidades de una amputación: "Es como que te dicen, sin pensarlo, te vamos a programar una cirugía, es tu pierna o la vida. Si o sí era como que me decían que me iban a quitar el pie". En este momento se indaga si preguntaron algo más o se informaron con otras personas del equipo, sobre el proceso, a lo cual responden que en ese momento no hicieron nada. Tomas refiere haber llorado y estar en shock. Su madre agrega que fue en el tercer encuentro, con otra persona (haciendo énfasis en: "alguien mayor que al parecer tiene hijos"), quien les explica las posibilidades que hay con la cirugía, mediadas en un 50 – 50 de conservar la pierna, debido a los márgenes tan amplios de recesión y las consecuencias de no amputarse. Tomas manifiesta sentirse mejor en relación a la forma de comunicación y a la angustia que le generaba el no tener claridad sobre el porqué de la amputación. Es entonces, después de este tercer encuentro, cuando acepta consultar con el área de psicología.

La primera entrevista con psicopatología fue realizada el día 26 de Abril de 2013. En ella se confiere como prioridad la configuración de la información recibida, qué y cómo comprendieron el paciente y su familia, las indicaciones del equipo medico y la gravedad de la patología. De la misma manera se atiende la forma en como Tomas valora la imagen del cuerpo y el temor a ser dañado, atendiendo a los elementos que repercutieron en su integridad, seguridad y autoestima.

Anteriormente se hizo referencia al proceso de comunicación entre el medico, el paciente y la familia; en este apartado se señala elementos dados en la intervención:

Se llevan a cabo una serie de preguntas que permitieron confrontar el modo como, la familia y Tomas, reciben y reaccionan ante esta información, asimismo contrastar sus fantasías y mitos, con el fin de disminuir miedos básicos que llevan la impronta de la historia personal y familiar. Se advierte en el transcurso de la entrevista un antecedente familiar, una identificación con el abuelo materno, quien padeció cáncer de estomago, del cual refieren recordarlo en un constante deterioro y sufrimiento. Frente a esta situación Tomas expresa: "El cáncer es algo fuerte, no es cualquier cosa. Yo recuerdo hace como nueve u ocho años el sufrimiento y dolor de mi abuelo, el se murió por un cáncer de estomago, estuvo en algún momento como estoy yo".

En esta parte se confrontan los datos de la historia personal de su abuelo, la diferencia de diagnostico, de edad, de avance medico en relación al manejo del dolor. Además se empieza a realizar un análisis y diferenciación de su diagnostico, de lo que entendió, dándole valor a lo complejo de su diagnostico, mientras se fomenta una actitud resiliente. Con este fin se efectúa una corta intervención psicoeducativa suministrando información y clarificación acerca del diagnostico de partes blandas, de los tratamientos, incorporando los posibles efectos que a veces generan tales conductas terapéuticas, tomando como referencia el propio proceso de quimioterapia.

Tomas denota tener claridad sobre el diagnóstico, en el momento de preguntar por si tenía conocimiento sobre, ¿qué era lo que tenía?, responde: “un sarcoma sinovial en el hueso poplíteo”. Se le pregunta sobre el significado de lo expresado y argumenta: “es un tipo de cáncer, esta detrás de la rodilla, por eso me van a operar”.

Seguidamente se le pregunta, si tiene conocimiento sobre el procedimiento al que será sometido y que le han dicho los médicos. La madre interviene y dice: “le van a hacer una cirugía en la pierna, van a intentar salvarle la pierna, tratando de conservarla, sacando lo malo para que se quede la pierna, pero no es seguro, puede ser que no”.

También refieren tener claridad sobre el procedimiento quimioterapéutico neoadyuvante. Tomas expresa su insatisfacción sobre los resultados. Hace referencia en varias ocasiones al deterioro físico, causa de la quimioterapia y evolución de su enfermedad: “a mi me dijeron que lo mejor era empezar con la quimioterapia para achicar el tumor y luego operar, pero solo fue para enfermarme más. Yo no estaba tan enfermo antes de eso y ni siquiera valió la pena”. Se le pregunta sobre los ciclos de la quimioterapia y denota estar informado de su acción sistémica sobre el cuerpo y los efectos, su forma de administración, la duración de los ciclos y sus posibles efectos secundarios, sin embargo, se evidencia un constante autoreproche de haber accedido a hacerlo, sustentando: “A mi, de nada me ayudo hacerme la quimioterapia, sin embargo me la banque toda, ¡me da tanta bronca eso!... Yo desde ese momento no soy el mismo, cada vez estoy mas flaco, me aparecen cosas...”

En este espacio se indaga sobre el valor que confiere a su imagen corporal y la percepción de daño o deterioro, ante lo cual señala: “siempre jugué al fútbol, me mantenía en forma, me sentía bien. Ahora es todo distinto. Al principio de la quimioterapia me preocupe mucho cuando me empezó a brotar la cara, cuando me tocaba la piel y la sentía rara, cuando se me cayó todo el pelo y hasta las pestañas, pero ahora es distinto a ratos ni me importan esas cosas comparadas a la que me quiten la pierna”. En esta parte se habla sobre la imagen corporal, sobre las repercusiones físicas de los tratamientos, señalando alternativas y recursos para afrontar estas dificultades.

Se cuestionan las expectativas frente al tratamiento, en donde refiere ser consciente de la gravedad de su diagnóstico. Frente a esto señala: “Este cáncer es fuerte, la quimioterapia no hizo nada”. Y agrega: “a veces no deja de darme vueltas”.

Se abordan también los sentimientos de angustia y temor, debido al modo de comunicación con el médico y las dudas sobre el proceso quirúrgico. En ella participaron Tomas y su madre, los dos con un estilo muy resistente a la intervención.

En estas circunstancias se les expone la importancia de una buena comunicación entre el equipo médico y ellos, se les explica sobre los avances médicos, la especificidad de los médicos y su formación. Se les advierte que el servicio está para realizar la función de fuente y evitar las distancias emocionales, que muchas veces se presentan por la misma forma en que opera el hospital, se hace énfasis en que el equipo médico es un equipo cualificado, que en todo momento tratan de reducir los riesgos y disminuir la intensidad agresiva de cualquier intervención. Por último se propone que en el espacio terapéutico se contrarresten todas las emociones que emergen frente al proceso, el temor, la desconfianza, el enojo, se legitima la naturaleza de sentirlos y la necesidad de expresarlos, para que no jueguen en contra del propio bienestar.

Tomas se manifiesta resistente a la intervención en un primer momento, y expresa: "Siempre he sido así, no siento la necesidad de hablar de mis cosas, toda la vida ha sido así, no es solo ahora".

Se le exploran los pensamientos o ideas que tiene sobre la cirugía, que imagina y que entiende. Se realiza un análisis de los recursos y estrategias de afrontamiento, para de esta forma proporcionar elementos que fomenten los recursos para enfrentar las preocupaciones que la enfermedad y la cirugía imponen, buscando siempre encontrar estabilizar los síntomas psicológicos a niveles tolerables. Además se le recrean oralmente los espacios, el momento en que estará en preparación de la cirugía y en el quirófano, y se le pregunta, qué piensa y siente. Tomas refiere sentir mucha angustia, ansiedad y temor: "siento miedo de perder la pierna y del dolor". Y agrega después de un silencio: "ahora tengo un poco de dolor, pero no es algo que no soporte, es más el miedo de ver que mañana puedo estar incompleto". Su madre agrega a lo anterior: "el nunca pide ayuda, uno no sabe cuando esta mal". Tomas manifiesta sentir mucho temor por los resultados de la cirugía, y expresa reiteradamente: "Nadie quiere perder la pierna". En relación a esto siempre se intenta permitirle al paciente y su madre el desarrollo de un pensamiento realista, la expresión de las emociones emergentes frente a estos pensamientos y la necesidad de usar recursos que les permita valorar de forma adaptativa el proceso por el que esta atravesando y las repercusiones vivenciadas a nivel corporal.

Por otra parte, en lo que refiere a actividades que le entretienen y a su rutina diaria, asevera: "ahora me entretiene mirar tele, me gusta que me visiten algunos de mis amigos". En lo relacionado con su red de apoyo y red social, Tomas refiere que tiene amigos que lo acompañan bien y que otros se esfumaron, sin embargo, denota contar con una red de apoyo sólida. En relación a este tema, su madre añade: "Siempre esta acompañado. Yo intento estar presente siempre, a veces esta acompañado por su padrastro, otras veces por una tía, si no, esta el papá. Nos tiene a todos. El padre esta todo el tiempo con él, estuvo en la quimio, nos repartíamos, el se quedaba a la noche y yo en el día e intercambiábamos. El se mantiene pendiente de todo".

Tomas es poco expresivo, se describe como alguien introvertido y refiere costarle mucho desconectarse de su experiencia de enfermar y hacer actividades: "es complicado, pienso mucho en todo lo que me esta pasando y lo que puede pasarme con la cirugía, es como que todo te cambia".

Posteriormente se les propone a ambos imagina y pensar en las dos posibles consecuencias de la cirugía. En un primer momento, despertar y encontrar la pierna; que cosas se imagina, como se imagina el resultado, como percibirá la pierna y los cambios, a lo que responde: "Yo creo que estaría bien, seria lo esperado". En contraposición, si el resultado fuera la amputación expresa: "me da miedo levantarme y verme sin ella, sentir dolor, pienso en mi sobrino, ya no podría jugar con Valentín al futbol, capaz que no voy a verlo crecer como quería".

En la entrevista individual Tomas logra abrirse un poco más. Así es que menciona el amor y el cariño que tiene por su sobrino, la motivación por el futbol y el miedo que siente con el progreso de la enfermedad. Refiere sentir el deterioro de los

tratamientos, además de la insatisfacción de no ver resultados positivos y sentirse expuesto a un nuevo procedimiento agresivo.

Frente a como es su experiencia en el hospital, Tomas expresa: "ya estuve internado cuando me hicieron quimio, me quedaba tres noches, me la banco, me ponía a ver tele... lo que pienso es lo normal, lo que puede ser...".

Tomas tiene una cirugía programada para el mes próximo, pero, por cuestiones administrativas del hospital, se cambia la fecha de la intervención, adelantándose algunos días, por lo cual es llamado y citado de un día para otro a reunirse con el equipo de partes blandas, frente a eso dice: "Eso me asustó bastante por que ya tenía un pensamiento hecho. Ya había pensado en que era en otro momento y ahora este cambio de golpe. Solo una llamada y ya esta todo listo. Es complicado. Tenía un pensamiento más negro, quería saber si me podían asegurar algo, si me dejan la pierna, para no tener tanta angustia."

En determinado momento, cuando se le pregunta por los sentimientos que emergen a partir del adelantamiento de la fecha, refiere: "Además del miedo por lo que pase, me angustia mucho como sería no tener la pierna cuando despierte. No me gusta pensar en cuando me toque operarme. Yo creo que a mi me sacan la pierna. No me veo sin ella. Es algo que no entiendo. Me da bronca pensar en que sea la única forma de tratamiento. Me preocupa como me verán los demás, ya es mucho con que a uno se le queden viendo en algún lugar. No imagino como es donde ya no tenga la pierna... Prefiero no seguir hablando de esto".

En Tomas se puede esbozar, a grandes rasgos, un estilo de afrontamiento pasivo caracterizado por regular la respuesta emocional que su padecimiento da a lugar. Incluye en su repertorio cognitivo y conductual estrategias tendientes a aminorar el malestar emocional y se observa que evita hablar sobre los sentimientos y molestias que le genera la enfermedad. Incluso evita cualquier conversación que lo pueda llevar a contactarse con la emoción. Con el paso del tiempo refiere haber creado cierto distanciamiento con las personas que frecuentaba, en ocasiones rechazando incluso su acompañamiento. Por esta razón manifiesta estar mas cómodo cuando evita hablar y evade situaciones que lo lleven a hablar con otros acerca de sus problemas, de posibles soluciones ante eventos estresantes y de sus sentimientos o pensamientos.

A todo esto Lazarus y Folkman (1991) mencionan que los estilos de afrontamiento pasivos se emplean cuando el individuo evalúa que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno.

Con el ánimo de integrar el marco teórico con la experiencia clínica, se describe la forma en que se busco promover varios recursos, según las siguientes categorías:

Estrategias de afrontamiento enfocadas en los problemas: se busco que tanto Tomas como su familia atendieran primeramente a reconocer lo que les genera angustia y malestar, para luego poder verbalizarlo y nombrar sus

sentimientos, para que puedan confrontar activamente su angustia y legitimar sus sentimientos. Se logró, de esta manera, que reconocieran el miedo que les genera todo lo que ha representado la enfermedad de Tomas y además se logró reforzar, como elemento importante, la contención y cuidado que necesitan, explorando la red de apoyo con la que cuentan y favoreciendo a la planificación en la solución de problemas.

Enfocadas en las emociones: Tomas reiteradamente señala la dificultad de expresar sus sentimientos y pensamientos, por esta razón, en el trabajo individual, se fomento la expresividad explicándole lo contraproducente y desfavorable que podría ser que nunca hable de lo que le angustia, como también lo contraproducente que es el distanciarse y estar intentando mantener las situaciones controladas.

Enfocadas en el significado: se trabajó sobre el significado que tiene el cáncer, como también el efecto que ha tenido en su calidad de vida. Es en este punto donde Tomas señala dos aspectos y pérdidas importantes: la primera es el reconocimiento de la pérdida de salud y el sentirse débil. El otro es el cambio de su imagen personal. Tomas refiere que le cuesta reconocerse, por lo cual manifiesta incluso evitar verse al espejo. Además le molesta lo que los otros pueden comentar y por eso muchas veces los evita.

Su madre también da cuenta de un estilo de afrontamiento pasivo, marcado por la fuerte necesidad de medir lo que quiere expresar, y que lo que diga sea aprobado por su hijo.

En la entrevista individual con la madre se explora lo que siente frente al proceso de enfermedad. Ella expresa: "mi principal preocupación es que salga bien, que salga adelante. Eso es lo que más me preocupa. El proceso no es fácil. Estoy muy preocupada porque él no esta comiendo ni siquiera bien....Me preocupa que nunca quiera tomar ningún medicamento. Me siento con mucho miedo, no se que sigue después.... y cada vez esta más desmejorado. Tengo mucho miedo de que pierda la pierna o se muera. Es una carga bastante pesada, bastante grande. Tengo gente que esta al lado mío, que me apoya. Mi principal problema es que salga adelante... Por ahí lo veo un poco bajo, me cuesta sacarlo, que hable... el tiene esos días en que se queda... me cuesta a veces incluso que se levante a comer. Se le pueden llegar las 3 de la tarde y no come nada durante todo el día, se toma un té cuando mucho... Ver todo eso me cuesta... Le dieron algo parecido al Ensure, pero no quiere tomarlo. El tramadol no lo quiere tomar tampoco, porque es feo. Se lo doy en agua, en jugo o un poquitito de gaseosa y ni así funciona, Antes el nunca se quería tomar nada, ni cuando le dolía la cabeza, ni para un resfriado. Ahora debo recurrir al padre para que se tome el medicamento del dolor. Eso es lo mas doloroso y preocupante para mi. Yo se que le duele, pero se quiere hacer el fuerte. Cuando le digo que se tome los medicamentos me dice: ¡ vos, porque sos hinchapelotas!. Después de una pausa continua: "Me preocupa que no me diga... y no tenga ganas de luchar ...es que a veces no muestra ganas. Eso es lo más importante, lo demás sale, si el quiere. El se guarda todo, la verdad que no hay buena relación con el medico, por esto, yo le digo muchas veces: preguntale al medico, y el me dice que hoy le pregunta y luego no lo hace. Es como que el, por no hablar de sus cosas no hace nada... Pero...yo se que sufre por dentro".

Con la madre se trabaja psicoterapéuticamente en legitimar todo el proceso de angustia y dolor, motivando el despliegue de sus estrategias de afrontamiento.

Cuando se le pregunta por sus sentimientos ella refiere sentir miedo y confusión: "el me dijo a mi que si lo operan y le cortan la pierna entonces no quiere hacer nada, no quiere que le corten la pierna. El quiere que lo dejen así como esta, lo que pasa es que yo le digo que si eso sigue creciendo, se va para otra parte. Justamente aparecieron dos manchitas en los pulmones, no obstante no se han profundizado en estudiarlos porque dicen que primero atienden una situación y luego la otra. Nos da ganas de hacer una segunda consulta con otro medico, ver que pasa con lo de la cirugía. El lo tiene que pensar bien, porque a veces yo lo veo confundido. Al final es el quien decide si se opera o no. El quiere posponer un poco más la cirugía...en realidad quería ver otro medico para sentirse mas seguro y saber si existe otra posibilidad. Se que esta buscando con el papá por internet un centro o alguien bueno... me entiende?... para estar seguro que, si le cortan la pierna, es por que no hay otra opción. Desde el comienzo el medico le dijo que hay que cortar... y el ya quedo como prevenido... Yo se lo vengo planteando y le digo que el medico siempre tira mas para el bien, que para el mal, que uno de los médicos le dijo que existe un 50 - 50 de probabilidades, y eso es buenísimo para mi.. . Creo que eso lo levanto un poco, porque el no quería venir, ni siquiera a la consulta, yo tuve que hablar con el padre y con el hermano para que lo convencieran, además yo los veo muy activos, están buscando juntos una segunda cita con otro medico y en otro instituto, porque la primera vez, fui yo sola la que busco. Justamente en esa clínica le hicieron la biopsia...por esto ahora quieren buscar un lugar por su cuenta, porque piensan que el tumor creció y se desarrollo con la biopsia. Ellos quieren tener la seguridad de todo. Me dicen a mi que yo tome esa decisión...quizás en vez de sacarlo lo hubieran operado... por eso es mi idea de que ellos sigan buscando solos".

Se habla de la incertidumbre, se le explica el proceso de la cirugía y los sentimientos esperables en todo este proceso, referidos a la evolución de la enfermedad y a la amenaza de otro procedimiento. Además se hace un abordaje psicoeducativo en donde se exponen temas como: el control de síntomas, se les habla del equipo de cuidados paliativos y el manejo de los medicamentos, también sobre estrategias de comunicación para con su hijo, se le plantean varios institutos médicos y especialistas en donde le pueden dar una segunda opinión, y por ultimo, se habla del proceso de duelos que tiene por delante.

Finalmente se lo cita a Tomás para un próximo encuentro, en el cual se le pide el consentimiento para realizar dos test: el test de los colores y el test de la persona bajo la lluvia.

En este segundo encuentro Tomas viene en compañía de ambos padres. En un primer momento se le aplica a Tomas en qué consisten cada uno de los test y luego, se le realiza una entrevista. En un segundo momento, se establece una entrevista con el padre, en donde se valora la información que tiene, lo que entiende de esta y se exploran sus emociones acerca del proceso. Posteriormente, se los invita a participar a todos.

Se le administran los test a Tomas y se mantiene una entrevista individual con el, en este espacio refiere que aún no se siente muy seguro de seguir con los tramites para realizarse la cirugía, manifiesta seguir sintiendo mucho miedo y también dice que no ha logrado consultar por una segunda opinión. Todo esto le genera mas dudas y temores.

Test de los Colores Test de Lüscher: En este apartado se realiza el análisis del test. La hoja y presentación del mismo se encuentra ubicada en Anexos.

Previo a su administración se le explica el objetivo del test y se le dan las instrucciones. La elección y orden de la serie, expresada por el paciente, es la siguiente:

Negro, Azul, Verde, Amarillo, Violeta (frente a este manifiesta haberlo percibido como un naranja- rojo), gris, rojo, de ultimo el marrón.

Según esto se puede determinar:

Con la ubicación principal y elección del color negro, por sobre los demás, se puede considerar la negación, renuncia o abandono como una de las percepciones del sujeto, por la situación vivida. Posiblemente esto hace que Tomas perciba las circunstancias como desagradables y sobreimpuestas. De este modo se insinúa un modelo de afrontamiento que apunta a tratar de protegerse de todo lo que pueda molestarlo o deprimirlo más, con un estilo evitativo, llegando incluso a oponerse a cualquier clase de restricción, señalamiento o acercamiento, tratando de escapar de sus problemas, dificultades y tensiones por medio de decisiones precipitadas, obstinadas y desconsideradas. Es importante señalar que esto es una alarma para el terapeuta, a intervenir e invertir sus recursos terapéuticos, no solo en abordar su estilo de afrontamiento, sino también en la adherencia al tratamiento, debido al chance elevado de abandonar o desistir, si sus recursos no son fomentados.

Tomas ubica el azul como su segundo color . Esto indica que existe un distanciamiento interno y la persona no está relajada ni se siente confiada en si misma. Este color sugiere el grado de compenetración, de unión íntima y de relación, dando cuenta de cuales son los sentimientos de una persona cercana. En Tomas se puede inducir un deseo de resguardarse interiormente contra enfrentamientos agotadores y exacerbantes con personas cercanas, para protegerse de conmociones que puedan herirle. Así evita todo aquello que pueda remover sus sentimientos y causarle intranquilidad. Ansía un estado de satisfacción duradero y lleno de afecto, una situación armónica, basada en la confianza, que le proporcione una profunda satisfacción.

El azul ubicado en segundo lugar también da cuenta de la necesidad de Tomas de encontrar un ambiente apacible, libre de tensiones y desacuerdos. Además alude a la cautela en sus relaciones, sin fines de dominar la situación y los problemas inherentes, y demanda un espacio donde se sienta comprendido afectivamente, de lo contrario se predice una conducta introvertida.

El verde es ubicado en un tercer lugar. Este color representa la tensión y expresa la voluntad, representada en elementos como: la perseverancia, la tenacidad, indicando en algunos casos, actitudes de resistencia al cambio, constancia de criterio y

conciencia de sí mismo. Implica pensar en personas que le dan mucha importancia al yo, en todas sus formas de dominio y de autoestimación. En Tomas, de acuerdo a la posición elegida, se refleja una iniciativa por no aceptar sentirse dependiente de la buena voluntad de los otros y se observa que busca afrontar los problemas solo, queriendo demostrarse a sí mismo y a los demás, que nada puede afectarlo, que es superior a cualquier tipo de debilidad.

El amarillo, elegido en cuarto lugar, da cuenta de la necesidad de Tomas frente a un cambio de situación, que le genere alivio, que además le despierten nuevas posibilidades y que le permita reforzar su esperanza.

La ubicación en este lugar da cuenta de cierto desfallecimiento, dan cuenta también de sentimientos de falta y aislamiento, señalando una actitud menos positiva frente a los eventos, representando una conducta anticipatoria un tanto negativa, incierta o desesperanzadora.

Con la categoría del color violeta, y después de elegirlo, señala haberlo percibido como un naranja-rojo, lo cual refleja la excitación frente a la iniciativa e impulso por vivir. El violeta es elegido en quinto lugar y aduce a la necesidad de Tomas por sentirse identificado con alguien o algo con el fin de encontrar un apoyo, alguien que no este en conflicto con sus convicciones o sus sentimientos, de lo que es conveniente. Esta ubicación también proyecta un desinterés en su área erótica y sexual, además de la dificultad para entender la situación, dando cuenta de características introvertidas que no lo guían, ni le generan tranquilidad o sosiego.

El color gris representa la ausencia de compromiso, percibida como un mecanismo para protegerse de las influencias del exterior, no es participativo, significa que la persona busca aislarse de la gente y hacer las cosas de un modo mecánico, llevándolo a no involucrarse en nada. Elegido en sexto lugar refiere el deseo de protegerse de todo lo que pueda agotarlo o cansarlo.

El color rojo indica un exceso de energía, expresa la fuerza vital, el deseo apremiante a lograr éxitos y obtener el triunfo, de obtener todos aquellos objetivos de donde se obtiene una intensidad vital y una experiencia total. Son las ganas de vencer, de tener la vitalidad y poder en todo, es la acción en los deportes, el trabajo, las luchas, las competencias, la aventura, la actividad sexual y por lo tanto indica la fuerza de voluntad. La persona que escoge el rojo, en penúltimo lugar, señala que la intensidad estimulante se mira con demasiada hostilidad. También representa emociones rápidas, instintivas e impulsivas (cólera, comportamientos infantiles). En esta posición da cuenta también de una actitud de renuncia y abandono.

El color marrón alude a personas que buscan olvidarse de las situaciones problema, también a un deseo por recuperarse en una situación cómoda y sin dificultades. Da cuenta de sentimientos de desazón, de desasosiego, significa que quiere protegerse contra las influencias destructivas y agotadoras. El marrón, en último lugar, indica una necesidad de reposo.

Con todo esto el panorama no es muy positivo, según los datos arrojados en Tomas, sin embargo, se desprenden varios objetivos y estrategias para ser usadas en la intervención. Por una parte, se propone buscar un ambiente que posibilite en el paciente la expresión emocional de forma adaptativa, de este modo se proyecta promover el apoyo y la integración social; así como la calidad de las relaciones interpersonales estrechas, identificando las personas que le pueden brindar apoyo y la aceptación incondicional. También se buscó desarrollar estrategias y recursos de afrontamientos eficaces que le permita dejar de evitar sus dificultades, emociones y sentimientos.

Luego de completar este Test, se le propone seguir con el de la persona bajo la lluvia.

Análisis de recursos expresivos del test Persona Bajo La Lluvia (DFHLL)

- **Dimensiones**

El dibujo es abarcativo, por lo cual se ocupó toda la hoja, sin dejar espacios en blanco, dejando entrever conflictos y necesidades insatisfechas asociados a deficitarios controles internos. Las figuras abarcativas grandes compensan o encubren sentimientos de desadaptación. Sin embargo, es importante señalar, que la persona es una figura pequeña e inmóvil, ubicada en el cuadrante inferior izquierdo de la hoja, reflejando un sujeto con un YO inhibido, retraído, por falta de confianza en sí mismo y en el desarrollo de sus capacidades prácticas, por algún complejo, impotencia o inseguridad, por algún estado depresivo, por la pérdida de algún ser querido o por tendencias más esquizoides que determinan su tendencia a la pasividad, a resguardarse, a aislarse en sí mismo, reduciendo el campo de interés y de relación con los demás.

- **Emplazamiento**

Considerando el lugar en que se ubica el sujeto, la persona está dibujada en el margen inferior izquierdo. Esta parte representa el pasado, lo inconsciente y preconscious del individuo, dando lugar a rasgos introvertidos, evidenciando la necesidad de encerrarse en sí mismo. Además denota actitudes pesimistas, debilidad, depresión, fatiga, desaliento, pereza y agotamiento. Dejando entrever lo traumático.

La parte inferior izquierda, indica cierto grado de pérdida del contacto con la realidad y tendencia al hundimiento. Esto puede estar relacionado al momento que Tomás está atravesando con su enfermedad y a su condición física. Además da cuenta de problemas de orden adaptativos o adaptaciones deficientes, de conducta rígida, con esquemas inflexibles, también puede referir pobreza de recursos, escasa tolerancia a la frustración y a las contrariedades y un nivel deficiente de autonomía, sumado a la falta de iniciativa. Esta zona se indica como el área pasivo-defensiva y representa una actitud de encogimiento frente a la vida y sus problemas; también significa la desconfianza; el sujeto vigila con cautela el ambiente en que se mueve.

La forma en como está trazado el dibujo, el espacio que ocupa en toda la hoja, da cuenta de una percepción marginada a sí mismo, empobrecida, dando cuenta también de su esquema para relacionarse con otros, del que se puede insinuar que es

pequeño, un espacio pequeño donde esta seguro y cómodo y distanciado del centro vital de su entorno. esto puede estar mejor explicado desde el periodo regresivo en el que se encuentra Tomas, expresado incluso en la actitud y postura de su cuerpo mientras lo realiza (retraída hacia delante).

En resumen esta ubicación es un indicador de introversión extrema, de retraimiento, de timidez excesiva; de retroceso y refugio del sujeto en sí mismo. En vez de hacer frente a los problemas o dificultades, busca refugio contra ellos.

- **Trazos – Presión**

El dibujo esta caracterizado por varios tipos de trazos. Por ejemplo el dibujo de la persona, está representado por líneas fragmentadas que aluden a sentimientos de ansiedad, timidez y falta de confianza. También es un tipo de trazo que representa la enfermedad orgánica. En este dibujo se presentan líneas con ángulos toscos y terminaciones en pico, estas revelan tendencias agresivas, rasgos de obstinación, independencia y dureza.

La lluvia esta trazada con líneas tirantes que dan cuenta de tensión. Además se precisa que la lluvia recorre toda la hoja, esto es señal de amenaza, como una proyección de una sobreestimulación generadora de vulnerabilidad.

Las nubes y el cielo están ubicados en la parte superior de la hoja y dan cuenta de trazos curvos que luego se rectangularizan. Esto refleja dificultades a nivel de la expresión emocional, bloqueo afectivo y supresión de los afectos.

La presión con la que es ejecutado el dibujo es una presión normal. Cuando dibuja ubica la cabeza mas cerca del papel, curvando su columna hacia delante. Algunas personas señalan que esto da cuenta de la necesidad por buscar seguridad o la tendencia de adherirse en un lugar cómodo.

- **Tiempo**

Tomas realizó el dibujo en tiempo normal, en forma continua y espontanea y sin interrupciones. No realizo preguntas ni señalamiento, durante su administración. Se percibió que al momento de dibujar las extremidades inferiores, se le presento más dificultad, incluso haciendo mayor presión del lápiz.

- **La Secuencia**

Tomás inicio su dibujo comenzando por los pies, esto indica perturbación del pensamiento y que toma el camino inadecuado para la resolución de conflictos. Es una característica de personas desconfiadas y cautelosas.

Sin embargo, es importante señalar , que paralelamente dibujaba parte de la lluvia, lo cual da indicios de ansiedad.

- **Movimiento y Forma**

Tomas siempre realiza movimientos rígidos. Esta es una característica de sujetos encerrados y protegidos del mundo, personas que se sienten amenazadas por el entorno, con sentimientos estancados y apegados a lo tradicional.

- **El sombreado**

Es importante señalar que la mirada y uno de los pies, tiene un sombreado específico, pequeño, pero preciso. Este es un mecanismo de anulación. Por otra parte, la forma en como en la mirada se hace presión, hasta producir un pequeño manchón, da cuenta de acciones que refuerzan este mecanismo de anulación, en donde se encuentra malestar e inquietud interna, ligado a angustia y miedo. La sombra en la cara da cuenta de falta de confianza.

El sombreado en la pierna da cuenta de dificultades psicósomáticas y ansiedad. Esto es bien representado en Tomas, ya que en él esta latente la amenaza de una cirugía mutilante. El sombreado en las piernas da cuenta de la preocupación de fallos en el aparato locomotor, centrándose en sentimientos de inferioridad. También se presentan algunas sombras en las nubes, lo cual se refiere a sentirse amenazado por impedimentos o circunstancias del ambiente.

Análisis del contenido

- **Orientación de la Persona**

La persona esta orientada hacia la izquierda, esto refleja deseos y frustraciones y representa una conducta más regresiva, hacia estadios donde se sintió más cómodo. Además de esto esta ubicado de frente al espectador, con una actitud de indefensión.

- **Posturas**

Tomas dibuja una persona en actitud rígida, dando cuenta de dificultades en la adaptación. Incluso se refleja consciencia de este problema. Generalmente las figuras rígidas remiten a falta de plasticidad, que frecuentemente se asocia a tendencias más obsesivo compulsivas, coincidentes con mecanismos de represión intensa, distanciamiento afectivo y compensación intelectual.

- **Borrados, tachaduras y transparencias en el dibujo**

No se presenta borrado, sólo en la parte de los ojos se encuentra una pequeña tachadura. Esto da cuenta de complejos de fracaso y falta de identificación consigo mismo, lo que motiva la angustia e indecisión, además de un marcado empobrecimiento afectivo y de las facultades intelectuales. No se presentan transparencias.

- **Detalles accesorios y su ubicación en el dibujo**

El dibujo de Tomas evidencia escasez de detalles, sensación de vacío, depresión. Solo se destaca la lluvia que representa la hostilidad del medio al cual debe enfrentarse el sujeto. La lluvia torrencial da cuenta de mucha presión y de limitadas defensas.

- **Vestimenta**

Tomas dibuja figuras vestidas sobrias o sencillas. La figura con tamaño reducido da cuenta de sujetos que reducen su campo de acción o comunicación social, introvertidos y con complejos de inferioridad.

- **Sin paraguas o protección contra el agua**

Tomas dibuja una persona expuesta, sin nada que lo protege frente a la lluvia, frente al estrés. Esto da cuenta de mecanismos deficientes de defensas, defensas lábiles, expuesta a las presiones del medio.

Después de explorar los datos anteriormente expuestos se ponen en foco algunas estrategias para ser usadas en la intervención. Por un lado, buscar un ambiente que facilite la aceptación de la pérdida o daño corporal, por otro lado, desarrollar estrategias y recursos de afrontamiento eficaces. Además facilitar el desarrollo de una nueva imagen corporal, en donde se reconozca y acepte el cambio físico, se corrijan percepciones no realistas en torno al aspecto del defecto, en donde se desarrolle una percepción global del propio cuerpo y se tome conciencia de otros aspectos importantes, no exclusivamente físicos, en relación a la imagen corporal, posibilitando el desarrollo de un pensamiento realista y adaptativo en relación al cuerpo y a la nueva amenaza de amputación, buscando reducir las respuestas emocionales condicionadas a los múltiples tratamientos que ha tenido. Todo esto sumado al programa de psicoprofilaxis quirúrgica.

En el momento en que Tomas termina de dibujar la persona bajo la lluvia se le pregunta por sus sentimientos y el dibujo. Entonces hace referencia al miedo que le genera perder la pierna “incluso ahora me cuesta dibujar a una persona, y refiere que le costo más trabajo trazar la parte de las piernas. Frente a esto señala que al ser informado de la cirugía sus pensamientos sobre todo cambiaron. Con todo el análisis también se reconoce el impacto de los tratamientos en su esquema corporal, (incluso proyectados en el test de la persona bajo la lluvia) y la creciente percepción de amenaza frente a una cirugía que podría terminar en una amputación.

Es por todo esto que se busca exponer la interacción de las diferentes variables en la construcción de la imagen corporal en Tomas:

- **Aspectos perceptivos:** conciencia corporal, se percibe a sí mismo deteriorado, delgado, con bajo peso, además de sufrir como consecuencia de la quimioterapia erupciones acneiformes en la cara. La lesión en la pierna es de 10cm, por lo que se la percibe inflamada, más grande.
- **Aspectos cognitivos-afectivos:** con una valoración marcada por el displacer que le genere el tratamiento, además de manifestar el disgusto que le da mirarse al espejo. Refiere que le cuesta a veces exponerse a que las personas con la que antes compartía lo vean, en la actualidad, con sentimientos de angustia por la posible amputación, lo que lo lleva a actitudes más introvertidas. Expresa no tener ganas de hablar de lo que piensa al respecto, evidenciando la evitación frente a algo que le ha resultado muy doloroso y que en algunas ocasiones permite ver.
- **Aspectos conductuales:** manifiesta que evita tener contacto con cualquier tipo de espejo o vidrios que puedan reflejar su figura. Su postura es retraída, inclinándose hacia delante, se toca constantemente la pierna que tiene el tumor a nivel del muslo.

Siguiendo las premisas expuestas en el marco teórico, vale la pena resaltar el debilitado autoconcepto, reflejado en frases o formas donde nombra otras posibles actividades en un futuro con una visión más desfavorable o desesperanzadora, también en la forma en como desmerita sus acciones a partir de su pérdida de la salud.

Analizando en profundidad, hay varias variables que han influido en el cambio en la imagen corporal de Tomas:

- El deterioro y cambio físico, experimentado por la quimioterapia, indica el valor negativo conferido al procedimiento, producto de la pobre respuesta, además de los síntomas secundarios que trajo, deterioro de la piel, , pérdida significativa de peso, alopecia, sumándose a esto la amenaza creciente y real de una cirugía mutilante.
- Tomas se ha aislado en gran medida del grupo de pares y manifiesta temor a ser rechazado. Por otro lado expresa haber perdido el interés a sostener vínculos e invertir energía, refiriendo que ahora la enfermedad tiene toda su atención mientras que antes le costaba desconectarse de ella.
- El valor que le da a la pierna, el significado que le atribuye a una amputación, como algo invalidante e irruptor, además de la poca credibilidad a las conductas terapéuticas, producto del resultado del primer tratamiento, a todo esto se le suman las estrategias de afrontamiento pasivas con las que cuenta.

En un conjunto de variables Tomas muestra una atención focalizada a los pobres resultados de su primer tratamiento, que dejó daños en su imagen corporal considerables, además de un diálogo interno centrado en las pérdidas (no resueltas), pensamientos intrusivos sobre el deterioro y estado total actual de salud. También una respuesta emocional de evitación condicionada por el cambio físico ,angustia, displacer y los múltiples duelos no resueltos causados por la pérdida de su salud, a no volver a jugar fútbol y al cambio en su desenvolvimiento social. Se percibe que la salud y la pierna son un atributo muy valorado por el paciente, dándole a este poder sobre su pronóstico.

La alteración en la imagen corporal, debido al tratamiento oncológico, es un eje y aspecto fundamental en la intervención realizada a Tomas, no solo por evidenciar pérdidas y daños significativos, sino también por la amenaza latente de verse expuesto a un procedimiento complejo, en donde además de la alteración de lo corporal, puede perder la función de caminar por si mismo.

Frente a esto Tomas refiere en la segunda entrevista: "Ni siquiera he pensado en el uso de muletas o prótesis. Cuando alguien me menciona que hay muchas cosas ahora, me pregunto si saben lo que me están diciendo y si en verdad lo harían si pensarán ellos mismos por una amputación. Nadie entiende por lo que estoy pasando, tengo miedo de no poder caminar, de que aún operándome no sirva para nada".

Tomas dispone de los recursos necesarios para acceder a una prótesis, sin embargo, eso no lo percibe como algo que le genere alivio.

En un segundo momento se realiza una entrevista con su padre, quien da cuenta de tener claridad sobre el diagnóstico y la evolución de la enfermedad de su hijo. Sin embargo, se manifiesta disconforme por la atención prestada en el Instituto: "Pasa que las primeras veces que vinimos el medico nos dijo que le cortarían la pierna. El hombre grande que nos atendió la segunda vez nos dio mas confianza, nos explico, nos dijo que iba a intentar hacer algo, a salvarle la pierna. ...que el entendía porque tiene un hijo, mientras que el otro no. Siempre fue: le vamos a cortar la pierna, el solo dijo o la vida o la pierna. El se quiere operar, pero no acá, dice que no quiere que el medico que lo atendió la primera vez lo opere, entonces no quiere recibir la cirugía acá, además sabemos también que la pierna no le va a quedar igual. "

El padre da cuenta de un estilo de afrontamiento más activo, y se nota que quiere que su hijo a salga adelante. En otro momento señala: “los retos grandes, hacen mejores hombres y hace que uno sea mejor persona todos los días. Se proyecta con una actitud resiliente, dando referencia de problemáticas pasadas que ha sacado adelante. También se observan sus estrategias de afrontamiento para sobrellevar la situación son fe, el control, la comprensión de la información, el apoyo social y el sentido del humor, del cual manifiesta que es lo que siempre le ayuda a salir adelante y sobrellevar los periodos más difíciles en su vida.

En un tercer momento se realiza una entrevista a los tres. La intervención tiene como objetivo confrontar los múltiples pensamientos y sentimientos causados por la evolución de la enfermedad y aportar claridad frente a la ambivalencia que denotan en tanto a aceptar la cirugía. Además de posibilitarles un espacio donde puedan expresar sus emociones y encontrar un lugar de contención.

Frente a los temores como familia refieren haber tramitado y visto el sufrimiento del abuelo materno de Tomas, quien murió de cáncer de estomago y en condiciones desfavorables, hecho ocurrido hace más de nueve años. A esto se le suma que en las salas han conocido a varios pacientes con diagnósticos parecidos, que ahora están amputados. En relación a este tema, la madre comenta: “lo que pasa es que a todos los pacientes que vio hasta ahora, les cortaron la pierna.” Ante estas palabras el padre interrumpe a la madre, señalando: “el se tiene que operar, tiene algo ahí que no es normal. Entre mas rápido mejor. Es como que a veces nosotros también tenemos problemas, aparte de este, incluso para ponernos de acuerdo con estas cosas, pero es una decisión muy fuerte que el debe tomar y nosotros apoyar... al final él es el que se banca todos los tratamientos, todas las cosas... El pensó en todo lo que va a venir, luego le dieron una fecha y después le dan de golpe otra. Para mi no esta preparado...aparte este asunto de llamarlo a uno así de golpe... uno no sabe que pensar...si es por algo urgente...si es por algo bueno o malo. Preguntamos y nos responden que no paso nada, que solo es porque tienen lugar, pero uno se hace ideas de que es por la situación de él, porque esta peor. ”

Cuando se les pregunta acerca de la comunicación de esta inquietud en el equipo de partes blandas, si han expresado los temores y dudas frente al procedimiento, responde el padre: “ aun no hemos hablado directamente de esto. Tenemos la cita en el Italiano, pero no sabemos que puede llegar a pasar, por eso buscamos una consulta con otro medico, para estar seguros de que resulte mejor para él. La ultima vez nos dijeron que lo mejor era iniciar con quimioterapia para achicar el tumor y que fuera mas fácil la cirugía, pero esto no ayudo mucho, sólo lo debilito, lo puso mal, lo enfermo... Yo nunca lo había visto tan acabado. A mi a veces me cuesta creer que de algo que a uno le dicen que es para algo bueno, termine así. Ahora no quiero pensar si de entrada le dicen a uno que le van a sacar el pie... puede pasar lo peor... ¿me entiende?... para uno como padre resulta muy difícil tomar decisiones, ayudarle”.

Se realiza un cierre de sesión en el cual se plantea la necesidad de que expongan todas estas inquietudes con el área de partes blandas, y además, se les habla de la importancia de seguir trabajando en psico-oncología. Se ofrece el acompañamiento durante la internación de la cirugía y el postoperatorio, además del acompañamiento a partes blandas, si lo consideraban como algo necesario y finalmente se acuerda que ellos visiten seguidamente a dicho servicio, vuelven a comunicar la decisión tomada en Psicopatología. Luego de este encuentro se perdió contacto con Tomás y su familia.

Además de haber trabajado con el paciente y su familia, es importante resaltar la participación de todo un equipo interdisciplinario. Se realizaron varias supervisiones de caso. Una en la Universidad, en donde se expuso de forma general el proceso de admisión; otra en el Instituto, de la cual participaron cinco psicólogas (dos en formación psico-oncológica), una trabajadora social, una médica paliativista, un psicoanalista, una psiquiatra, dos residentes y una practicante de psicología, de la cual surgen varios planteamientos:

- El principal fue la necesidad de exponer, al equipo de partes blandas, el estado emocional del paciente para informar que según las entrevistas y lo reflejado en el test, no se encuentra preparado para una intervención quirúrgica. Se buscó enunciar las características del paciente, manifestarles las dudas e interrogantes de la familia, sobre el desistir de la cirugía (mientras no estén seguros, o no tengan una segunda opinión). Por supuesto aclarando que esta situación se ha generado a partir del miedo a la amputación y de la misma evolución de la enfermedad, razón por la cual se pensaba que lo mejor sería pedir una prórroga de la cirugía e intervenir psicoterapéuticamente, para evitar que se presente morbilidad psicológica. Acordamos también que Tomás es un paciente en riesgo, en función de un posoperatorio, sin adherencia al tratamiento y con duelos no elaborados de su tratamiento anterior, con lo cual también está expuesto por sus limitados y pasivos mecanismos de afrontamientos. También se informó sobre las dificultades que expresa el paciente para tomar la medicación y también las referidas a la adherencia al tratamiento.
- Posteriormente se habló sobre la necesidad de trabajar la información con ambos padres y, de forma separada, buscando que cada uno pueda expresarse y tener un crecimiento individual dentro del tratamiento, además de evitar que no se generen duelos patológicos.
- Se analizaron los test a la luz de varias opiniones, se realizan varios aportes y se plantearon múltiples objetivos y estrategias para las futuras intervenciones. (Estos aportes se describen detalladamente según el contenido clasificado, test y proceso de psicoprofilaxis)
- Se habló sobre la posibilidad de llamarlo y para sostener el contacto, sin embargo, se acuerda esperar un mejor momento, debido a la proximidad de la cirugía (dos días), con el objetivo de crear antes una buena alianza y evitar que se establezcan nuevas resistencias.

Por otra parte, se estableció un encuentro con cuatro médicos oncólogos, del equipo de partes blandas, quienes manifestaron haber suministrado información sobre el mal pronóstico. Allí manifestaron que la condición del paciente, independientemente de efectuar o no la cirugía, no cambiaría el pronóstico, aunque todavía no es seguro que se realice la amputación, dada la edad de Tomás y la progresión de la enfermedad. Uno de ellos expresa: "seguramente se deje la pierna y se opere tipo paliativo. De todas formas, la pierna sería un parásito, no le serviría para nada y el no la percibiría como algo agradable.

Además quedaría deforme...el esta muy delgado". En este encuentro se informa a los profesionales de la situación observada y analizada en el servicio de psicología y las dudas frente al proceso. También se les recalco la importancia de una buena comunicación y se sugieren algunas pautas de humanización de la salud.

En la fecha de efectuar la cirugía, no se encuentra ni a Tomás, ni a su familia en sala.

Se llama desde Psicopatología a la casa de Tomas, debido a que no se presenta el día de la internación, previo a la cirugía y contesta su madre, quien en principio tuvo una actitud defensiva. Luego fue cediendo a lo largo de la conversación.

Respecto a la ausencia de Tomás, en la fecha de realizar la cirugía, ella comenta que tuvieron una conversación con él, donde expreso no sentirse preparado para la intervención y que necesitaba tiempo para pensar. En razón de estas manifestaciones es que sus padres estuvieron de acuerdo. Finalmente, se le ofrece el espacio del hospital y apoyo, en cuanto el servicio de psicopatología del Instituto y se les señala que el Servicio se encuentra a disposición no sólo de Tomas, sino también de sus familiares. La conversación finaliza con un agradecimiento por el llamado. A partir de este momento se pierde conexión con ellos.

7. CONCLUSIONES GENERALES

Es significativo resaltar que el psicooncólogo, en calidad de agente promotor de la salud, dará al paciente un reconocimiento completo y multidimensional, que comprenderá el bienestar físico, psíquico y social. Es por esto que este trabajo integra todos estos elementos, dándole reconocimiento también a la autonomía de la persona, explorando el rol activo que representa en la dinámica del tratamiento, posibilitando al mismo la capacidad de adaptarse y crecer frente a los desafíos impuestos por el cáncer, donde muchas veces se hace presente el sufrimiento, sin perder de vista la calidad de vida.

Reconocer frente a las demandas de una patología compleja, la importancia de abordajes interdisciplinarios, hace que el rol de la Psico-Oncología, adquiera un valor revelador desde su concepción integradora, donde se comprenda el carácter multifactorial del cáncer, atendiendo la prevención, diagnóstico, tratamiento y evolución, además de las demandas impuestas por una afección concebida socialmente como generadora de dolor, que origina rupturas a nivel físico y psicosocial, proponiendo abordajes que apuntan a crear experiencias de crecimiento, fomentando cambios positivos en la experiencia de enfermar.

Continuando con la idea anterior, y sumando al diagnóstico de cáncer una tipología como el de partes blandas, no sólo se valora la amenaza de la salud, sino también la inminente posibilidad de alteración corporal, incluyendo el riesgo de pérdidas funcionales. Un diagnóstico que la mayoría de las veces esta acompañado de dolor físico, ansiedad, angustia, miedo e incertidumbre, en donde se producen cambios permanentes en la calidad de vida, irrumpiendo en el desempeño social. Esto no solo implica un impacto personal, también compromete a la familia, a su red social y al equipo tratante. Con esto se precisa la

necesidad de intervenir no sólo con el paciente, sino al conjunto del sistema familia-equipo, enfatizando en la necesidad de la calidad de las relaciones humanas, como valor terapéutico en sí mismo.

En referencia a cómo se ve afectada la imagen corporal en pacientes oncológicos sometidos a cirugías mutilantes, se puede afirmar que los cambios en la apariencia física, secundarios a las conductas terapéuticas planteadas por los oncólogos, constituyen un evento vital estresante al que todos los pacientes de cáncer están expuestos. Sin embargo, la morbilidad psicológica se incrementa en la medida que los procedimientos plantean una mutilación. En cambio, en otros esquemas de tratamiento se dan procesos que median la agresión: la recuperación gradual, el complemento de otros tratamientos. Mientras que una cirugía mutilante tiene consecuencias en el autoconcepto, afectando sus autoesquemas (autoestima, autoeficacia, autovalía), calidad de vida y estilo de vida, perdiendo no solo la parte del cuerpo afectado, sino también la función simbólica que representa, desencadenando efectos a nivel psicológico y social. Además de ver procesos de involución en el paciente, así como conductas regresivas, esto es apreciable con el avance de la enfermedad y la declinación de su salud.

Las repercusiones físicas observadas en Tomas son: pérdida de peso, deterioro físico, dolor, pérdida de apetito, debilidad, fatiga, alopecia G1, Hiponexia G1, astenia, anorexia, mucositis, erupción acneiforme. (Lesión en rodilla de 10cm).

Sobre las repercusiones sociales en Tomas la más significativa es una conducta evitativa, marcada por el distanciamiento social con sus pares, además de proyectarse como una persona introvertida con dificultades para compartir sentimientos y emociones con otros, conjuntamente la desestabilización del proyecto de vida (dificultad para proyectarse en actividades a futuro), incluso la dificultad para disfrutar de cualquier actividad cotidiana, refiriendo el costo de desconectarse de todo en relación a su enfermedad.

Las repercusiones psicológicas percibidas en Tomas son: por una parte, la vivencia o representación de sí mismo como incapaz e impotente, una notable pérdida de la autonomía, en compañía en una conducta regresiva, sentimientos como desesperación, vulnerabilidad y miedo, así como también repercusiones en el sistema de interpretación de la enfermedad, síntomas ansiosos, cambios y transformaciones personales que comienzan en la cotidianidad (donde se pierden actividades o rutinas).

Vale la pena señalar que incluso durante el proceso del diagnóstico se presentan fantasías que muchas veces no se trabajan a nivel terapéutico. En el caso analizado se manifestó como la biopsia crea la ilusión de la posible aceleración de crecimiento, deterioro y evolución de la enfermedad. Es por esto considerable señalar la importancia del valor subjetivo de las creencias del paciente, la atribución y representación que le da a cualquier fase del tratamiento, sumado a la necesidad de un proceso comunicativo, claro, coherente y humanista, en donde el paciente no solo comprenda su problemática, sino que adopte un rol participativo en las decisiones, que a su vez le permita fomentar la autonomía.

Durante el trabajo se considero que el mismo diagnóstico, a nivel de representación social, causa repercusiones psicológicas, físicas y sociales. La idea de un procedimiento quirúrgico, que puede incluir una mutilación, agrava más el concepto de integridad corporal, sin embargo, es importante agregar el concepto de subjetividad, ya que cada paciente determinará la valoración o malestar vivido (muchos pacientes se desbordan en el diagnóstico, incluso cuando el pronóstico es esperanzador, otros se activan a partir de la despersonalización que puede generar una cicatriz, otros tantos, sobrellevan una cirugía mutilante con resiliencia).

La conducta terapéutica de los sarcomas de partes blandas varía según se indique radioterapia, quimioterapia o cirugía, (incluyendo a veces no solo un procedimiento quirúrgico de extracción, si no también de reconstrucción). Esta disposición de tantas modalidades terapéuticas, en la mayoría de los casos combinadas, genera un impacto significativo en la vida de la persona que aún esta en la búsqueda de la recuperación de su salud, que a veces se ve sometida a procedimientos que visiblemente alteran su identidad. Las cirugías (haciendo énfasis en las cirugías mutilantes), generan mayor morbilidad psicológica, además del impacto a la corporalidad. Esto se relaciona con los efectos de los tratamientos coadyuvantes, los cuales también afectan su imagen corporal, por los efectos secundarios como: la caída del cabello, la pérdida de peso, el deterioro de la piel, entre otros, que crean en la persona la necesidad de evitar el contacto social, generando también un efecto en el desenvolvimiento de su vida cotidiana normal; y muchas veces, creando sentimientos de minusvalía.

Siempre que se interviene a un paciente en tratamiento hay quejas y rechazo por los cambios corporales. Un dato interesante que nace desde la búsqueda de esta variable de estudio, es como en muchos casos los pacientes dan mayor relevancia a efectos secundarios visibles, productos del tratamiento, por encima de otros que generan también limitaciones y malestar. Para esto se cita a Cannone, Dany, Dudoit, Duffaud, Salas & Favre (2004) quienes señalan respecto a la quimioterapia que:

No es más que un medio para tratar el cáncer para los médicos” no para obtener la curación, mientras los pacientes ven estos tratamientos como amenazantes, además resaltan en ellos el malestar y disfuncionalidad, estos autores añaden la forma en como los pacientes manifiestan mayor incomodidad y más malestar por los efectos secundarios visibles de la quimioterapia (alopecia), en comparación afecciones invisibles, de alta importancia (fatiga).p.283.

No obstante en Tomas se evidencia en un primer momento, a causa de la quimioterapia, la queja constante por su deterioro y cambio corporal. Sin embargo, cuando hay una nueva propuesta de tratamiento que implica una cirugía con altas posibilidades de amputación, se desplaza la angustia de lo estético a lo funcional, señalando una mayor percepción de amenaza, una valoración negativa del pronóstico y una visión a futuro en relación a cambios físicos y reacciones fisiológicas. En este sentido la quimioterapia es asumida como parte del tratamiento, generadora de cambios temporales, sin embargo, la cirugía es percibida por el paciente como un proceso proyectado a una eminente pérdida. Es por esto significativo señalar la importancia que tienen las representaciones sociales y el rol que desempeñan en la vida de cualquier persona.

Es fundamental resaltar la importancia de incorporar en la intervención psico-oncológica elementos que ayuden a potenciar las estrategias personales de afrontamiento y facilitar el acceso a todos los recursos necesarios para encontrar soluciones a las

demandas de cada paciente o alternativas que permitan minimizar las limitaciones que conlleva la práctica, para transformar los elementos disruptivos en factores de superación y de crecimiento con el fin de favorecer su adaptación, a través de la aceptación e integración de los mismos en una nueva imagen corporal.

En relación al caso se brindó un acompañamiento psicológico individual y familiar con el fin de que todos expresaran sus sentimientos y emociones, además de posibilitar un espacio en donde compartir las experiencias referentes al proceso, buscando reducir la respuesta emocional producida por el diagnóstico y la quimioterapia, además de posibilitar un adecuada psicoprofilaxis quirúrgica. Todo esto para hacer frente a las consecuencias negativas, derivadas de los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos y en la repercusión en la calidad de vida.

En el caso se destaca un proceso defectuoso de información médica en un principio, siguiendo un trabajo interdisciplinario que logra adecuar y asistir humanamente al paciente, sin embargo es preciso resaltar las consecuencias de este en intervenciones futuras, desde este señalamiento, se desprende la necesidad de fomentar en el equipo estrategias comunicativas y de humanización, esto también favorecerá al bienestar emocional, no solo del paciente, si no de su familia y del mismo equipo tratante.

Es importante poner en consideración, que los cambios en la apariencia física, secundarios a los tratamientos oncológicos, constituyen un evento vital estresante, al que los pacientes de cáncer deben hacer frente. En torno a esto en la psicoprofilaxis, es importante perseguir los siguientes objetivos: facilitar la aceptación de la pérdida o daño corporal, lo que conlleva un proceso de elaboración de duelo, en el que es fundamental la identificación y expresión adecuada de los sentimientos; seguidamente, promover el apoyo e integración social, así como las relaciones interpersonales estrechas; también potenciar la puesta en práctica de estrategias y recursos de afrontamiento eficaces que permitan minimizar el impacto del cambio físico; Además y sin ánimos de crear un orden, facilitar el desarrollo de una imagen corporal nueva (aceptando e integrando los cambios en una nueva representación mental); buscando con todo esto potenciar la autoestima y el sentimiento de valía personal en el paciente oncológico.

En cuanto a los factores protectores presentados en el caso se puede apreciar un buen apoyo familiar, esto se relaciona con menores niveles de angustia y depresión, sin embargo se manifiesta la importancia en trabajar el estilo de afrontamiento pasivo de los pacientes, ya que media la toma de decisiones y tiene un efecto primordial en la adherencia a tratamientos.

De acuerdo a la experiencia en la práctica y según la revisión de la literatura indexada en material científico sobre el tema, se considera que los tratamientos a los que circunscriben algún tipo de alteración corporal, deberían tener protocolos de intervención psico-oncológica, que trascienda una metodología descriptiva o pedagógica y se ubique en lo particular del paciente caso, en disposición de procesos informativos de calidad, donde predomina la humanización del grupo interdisciplinario, dándole valor a la anticipación en el proceso de intervención, ya que los avatares de los múltiples centros de

atención oncológica, proponen muchas veces al psicólogo participaciones urgentes, que desbordan muchas veces la capacidad del mismo o cuentan con complicaciones de hacer un proceso más completo para el paciente por la limitación en el tiempo de intervención.

Lo anterior favorecería el proceso de atención reconociendo la integridad sufriente, las variadas demandas de los pacientes y familiares, de las cuales principalmente se promueve: la resignificación corporal, cuidado al proceso de contención de angustias y ansiedad, favorecería a canalizar las fantasías sobre las intervenciones, redefiniendo las conductas terapéuticas en base a las dimensiones bio-psico-social-afectivo. Además de ayudar a fomentar estrategias de afrontamiento bien sea anticipando las consecuencias de la mutilación o los efectos secundarios de los tratamientos coadyuvantes.

También vale la pena reconocer que muchos procesos están limitados por el tiempo e incluso por la negativa del paciente, expresado en estrategias de evitación o negación, ocasionando que sean abandonadas muchas intervenciones, aun cuando se advierte la necesidad de trabajar de la mano con Psicología. Justamente es en este punto donde es bueno fomentar en los psico-oncólogos estrategias de tolerancia a la frustración, para que reconozcan sus alcances y no irrumpen con los deseos, ni derechos de los pacientes.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, L. (2006). Estudio comparativo entre el test abreviado y el test completo de los colores. *Límite*. (14), 159-174
- Albers, J. (2003). *La Interacción Del Color*. Lugar de edición: Alianza
- Almanza Muñoz, J. & Holland, J. (2000). Psico-oncología: Estado actual y futuras perspectivas. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46 (3), 196-206.
- Andrés Solana, C. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 51-57.
- Álvarez L, Acevedo A & Durán A. (2008). Representaciones sociales de la salud y de la enfermedad en pacientes hospitalizados de Bucaramanga y Floridablanca, Colombia. *Universitas Médicas*, 49(3), 328-343.
- Ariza, E. Y. O., Martínez, S. M., & Quintero, M. P. Revisión teórica de la guía de manejo para pacientes con cáncer: construcción de una propuesta terapéutica. Fundación Universitaria San Martín, 29. Recuperado de: http://www.sanmartin.edu.co/academicos_new/psicologia/revista/Revista_Tangram.pdf#page=29
- Baile Ayensa J.I. (2003) *¿Qué es la imagen corporal?*. Cuadernos del Marqués de San Adrián. Recuperado de: http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_ayensa.htm
- Baile; J.I.; Raich, R. M. Y Garrido, E. (diciembre, 2003). Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de psicología*, 19 (2) 187-192.
- Barlow D, Durand M. (2001). *Psicología Anormal: Un enfoque integral*. Madrid: Internacional Thomson.
- Barreto, P. Soler, MC. (2003). Psicología y fin de vida. *Psicooncología*. 0 (1), pp. 135-146
- Barrionuevo, J., Ariel, A., Cazenave, L., Delucca, N., Fernández, A. I., Magnosto, R. O.,... Volnovich, J. C. (1997). *Acto y cuerpo en psicoanálisis con niños y adolescentes*: JVE Psique.
- Cannone P, Dany L, Dudoit E, Duffaud F, Salas S & Favre R. (2004). Étude des représentations sociales de la chimiothérapie : une voie d'analyse des relations entre patients et médecins oncologues. *Bull Cancer*, 91(3), 279-284.

Cardona, P. N. B., Portilla, M. B., Aparicio, J. T. S., & Tabares, A. M. T. (2013). Consecuencias psicosociales en un grupo de pacientes mastectomizadas de la ciudad de Palmira. *Ciencia & Salud*, 1(3), 27-36.

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. (1986). (Descargada 2009 Abril 16). Scielo Disponible en <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>

Casciato D.A., Lowitz B.B. (2009). *Oncología Clínica*. (4ª Ed.) Madrid: Lippincott Williams

Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. Nueva York. Guilford Press.

Castaño Rodríguez, A., & Palacios-Espinosa, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología*, 10, 79-93.

Clark, M. A., Fisher, C., Judson, I., & Thomas, J. M. (2005). Soft-tissue sarcomas in adults. *New England Journal of Medicine*, 353(7), 701-711.

Cuello, G. (2012). *Enfoque Cognitivo Conductual*. (Apunte de Cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Bs. As.

Dany L, Marie D, Cannone P & Dudoit É. (2005). Cancer et chimiothérapie: Entre représentations et croyances. *Rev. Francoph Psycho-Oncologie*, 4, 302-304.

Dietrich, C. S., & Martin, R. F. (2009). Sarcomas de partes blandas. *Clínicas quirúrgicas de Norteamérica*. Elsevier España, 88(2), 408-418.

Die Trill, M. (2003). *Psico-oncología*. Madrid: ADES

Dolto, F. (1994). *La imagen inconsciente del cuerpo*. (3a. ed.) España: Paidós.

Fernandez, A. I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2), 169-180.

Ferlay, J., Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. M. (2010). GLOBOCAN 2008. *Cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase*, 10. Recuperado de: <http://globocan.iarc.fr/>

Font, A., & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42.

Fuentes, M. (2006). El Esquema y La Imagen Corporal. Recuperado de: <http://www.sopac-leon.com/soppac/articulos/elesquemacorporal.pdf>

Franco, M. (2000). Adaptación, problemas psicosociales e imagen corporal en sobrevivientes de cáncer pediátrico. *Revista mexicana de puericultura y pediatría, México*, 41 (7) 158-167

Franco, X. Frías, G. (2000). Adaptación, problemas psicosociales e imagen corporal en sobrevivientes de cáncer pediátrico. *Revista mexicana de puericultura y pediatría, México*, 41 (7),158-167

Frumin M, Greenberg D. (2005). *El paciente con cáncer. Psiquiatría en la consulta de atención primaria: Guía Práctica*. España: McGraw Hill.

Frustaci S, Gherlinzoni F, De Paoli A (2001). Adjuvant Chemotherapy for Adult Soft Tissue Sarcomas of the Extremities and Girdles: Results of the Italian Randomized Cooperative Trial. *J Clin Oncol* 19 (9), 1238-1247

Galindo-Vázquez, O., Valadez-Téllez, L., Álvarez-Avitia, M. Á., González-Forteza, C., Robles-García, R., & Alvarado-Aguilar, S. (2011). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan). *GAMO*, 10(03), 123-8.

Gamba A., Romano M., Grosso I. (1992). Psychosocial adjustment o patients whit oral and pharyngeal cancer before and after surgery. *Head Neck*, 14:218-23.

García Arroyo J. M. y Domínguez López M. L. (2007). Cuerpo, corporalidad y esquema corporal en la mujer mastectomizada (II). *An Psiquiat*; 23 (5): 241-9

García Del Muro, X., Martín, J., Maurel, J., Cubedo, R., Bagué, S., de Álava, E., ... & Viñals, J. M. (2011). Guía de práctica clínica en los sarcomas de partes blandas. *Medicina clínica*, 136(9), 408-e1.

García-Camba de la Muela, E. (1999). *Manual de Psicooncología*. Madrid: Grupo Aula Médica.

García, SB, Side, MC; Makler, C.; Besada, M. , Mucci, MC; Covaro, JA (2004). *Estrategias De Intervención Psi en Situaciones Médica: Psicoprofilaxis QUIRURGICA* . Trabajo presentado en El Congreso De Salud Mental De La Ciudad De Buenos Aires.

Gasco, M., Briñol, P., & Horcajo, J. (2010). Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: el efecto de la elaboración sobre la fuerza de las actitudes. *Psicothema*, 22(1), 71-76.

González M.A., Oriol V., Rimbau C., Salinas C.F. (2003). Aspectos psicológicos en amputados. *En: Amputación de extremidad inferior y discapacidad. Prótesis y rehabilitación*. p. 214-222. España: Masson

González, M. I. (2013). Cáncer y tratamiento oncológico: Representaciones sociales de la población general, el paciente oncológico y miembros del equipo de salud. (Tesis de Doctorado). Università di Bologna. Italia

Handelsman, S. (2013). *Psicoprofilaxis Quirúrgica. Aspectos traumáticos del proceso quirúrgico*. (Apunte de Cátedra) Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Bs. As.

Henker F. (1997). Body image conflict following trauma and surgery. *Psychosomatics*. 38 (1): 54-62

Hernández Sampieri, R., Fernández- Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2008). *Metodología de la Investigación*. (4ª ed.). México: Mc Graw Hill.

Herrera Pérez, M., González Gaitano, M., & Coll Mesa, L. (2007). *Aproximación diagnóstica extrahospitalaria a los tumores de partes blandas*. Recuperado de: <http://www.gaitano.net/Aproximacion%20Extrahospitalaria%20S.P.B..pdf>

Holland, J. (1998). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.

Instituto de Oncología Ángel H. Roffo. (2012). *Pautas en Oncología. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer*. Buenos Aires.

Kane III J.M., Kraybill W.G. (2005). Radical Operations for Soft Tissue Sarcomas. *Surg Oncol Clin N Am* 14: 633-648

Kaplan D, Smith A, Grobstein R, Fischman S. (1977). Family mediation of stress. *En: Moss, R. Coping with pshysical illness*. p.57-74. New York: Plenum Medical

Laura, R. V. A., Salvador, A. A., Mario, C. H., Verónica, V. V., & Javier, G. G. F. (2010). Nivel de ansiedad y depresión en pacientes amputados por sarcomas: estudio piloto. *GAMO*, 9 (1), 11.

Lazarus R, Folkman S. Stress (1984). *Appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Co

- Lazarus R, Folkman S, (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- López-Ibor Aliño, J. J., & Valdés Miyar IV, M. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson ISBN, 215343289.
- Lüscher, M. (1977). *Test de los Colores. Test de Lüscher*. Barcelona: Paidós Ibérica
- Massie M, Greenberg. (2006). *Tratado de Medicina Psicosomática*. Barcelona: J, Levenson.
- Martínez, I. (2001). Sarcomas De Partes Blandas. Tendencias Actuales. *Revista Cubana Oncología*, 17(1):7-10
- Martínez Guerrero, A. M., Gancedo Martínez, J., Eguizábal Subero, C., & Vaillo Vinagre, A. (2007). Sarcoma de partes blandas: una patología infrecuente con clínica habitual. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 33(7), 383-385.
- Méndez Venegas, J. (2005). *Intervención emocional y conductual para el niño con cáncer y su familia*. *Oncología y Esquema corporal infantil*. Recuperado de: <http://www.smeo.org.mx/qaceta/mayjun05/9.pdf>.
- Meseguer C. (2003). *El adulto con cáncer, en Psico-Oncología*. Madrid: Ades.
- Miller JA. (2003). *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós
- Mittelbrunn, C. P. (2013) *Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente*. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Asturias. Disponible en: http://www.fedecaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf
- Montesinos, R. M. (2012). *Tratamiento Quirúrgico* (Apunte de cátedra). UCES. Bs. As. Argentina.
- Moos RH, Holahan CJ, Beutler LE. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Introduction to the special issue. *J Clin Psychol* 59(12):1257-9.
- Moorey, S. y Greer, S. (1989). *Terapia Psicológica para pacientes con cáncer. Una nueva aproximación*. Londres: Heinemann Medical Books.
- Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis quirúrgica: una práctica en convergencia interdisciplinaria*. Buenos Aires. Paidós.

Negrón, O.C.; Jong, S.B.; Parodi, D.H. (2004). Análisis psicométrico de los indicadores de estrés y estrategias de afrontamiento en el Test Figura Humana Bajo la Lluvia en adolescentes. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*. 4: 49-66.

Ochoa, C. (2010). *Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer*, recuperado en: <http://periodicals.fags.org/201001/2074801361.html>

Olivares, M. E. (2007). Cirugía Mamaria: aspectos psicológicos. *Psicooncología*. 4 (2-3),447-464. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/>

Oliveros, E, Y., Martínez, S, M., Prieto, M. (2011). Revisión teórica de la guía de manejo para pacientes con cáncer: construcción de una propuesta terapéutica. *Revista de Psicología de la Fundación Universitaria San Martín*.

Organización Mundial De La Salud (2013). recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factshe>

Organización Panamericana de Salud (2011). recuperado en: <http://new.paho.org/ecojovent/index.php/en/blogs/promocion-en-salud.html>

Palomar J, Gómez N. (2012). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos. *Rev. Interdisciplinaria* 27(1): 7-22. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/180/18014748002.pdf>

Paes de Lima, A. (2013). Conceptos Generales de Carcinogénesis. *En Conceptos Sobre Oncología I* (Apunte de cátedra). UCES. Bs. As. Argentina.

Pedreira Massa, J. L. (1988). Psicoprofilaxis quirúrgica en la infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*., 8(27), 581-593.

Perea Quesada, R. (2002). La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Educación XXI: revista de la Facultad de Educación*, (4), 15-40.

Pérez, M. H., Gaitano, M. G., Mesa, L. C., & Pérez, M. H. (2007). Aproximación Diagnóstica Extrahospitalaria a Los Tumores De Partes Blandas. *Canarias médica y quirúrgica*. 13, 22-40

Pitot, H. C., & Pla, C. M. (1981). *Fundamentos de oncología*. Lugar de edición: Reverté.

- Pintado, S. M. (2013). Bienestar Emocional, Imagen Corporal, Autoestima Y Sexualidad En Mujeres Con Cáncer De Mama. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10902/2206>
- Polaino-Lorente, A. (1987). *Educación para la Salud*. Barcelona: Herder.
- Ponce, C. (2012) *Duelo. Modelos teóricos explicativos. Complicaciones. Tratamiento*. (Apunte de Cátedra) Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Bs. As.
- Ponte C. (2006). *Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Asturias*. Disponible en: http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf
- Pousa, A. L. (2009). Tratamiento De Los Sarcomas De Partes Blandas. IX Congreso SEOM. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona
- Poveda A, Querejeta A. y Buesa J.M. (1999). Sarcomas de partes blandas. En *Oncología Médica*, 2, pp.1041-1060. Madrid: Nova Sidonia.
- Raich, R.M. (2000). *Imagen corporal*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. Y Zapater, L. (1994). Revisión de la evaluación y tratamiento del trastorno de la imagen corporal y su adaptación en una muestra de estudiantes. *Psicogemas*, 8, p. 81-89.
- Reich, M. y Remor, E. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Psicooncología*, 8 (2-3), 453-471. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/>
- Rodríguez, A. M. C., & Palacios-Espinosa, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología*, 10, 79-93.
- Rojas-M, G. (2006) Estrategias de Intervención Psicológica en Pacientes con Cáncer de mama. *Revista de Medicina Clínica Condes*, 17(4) Pp. 194-197.
- Salaberría, K. y Garaigodobil, M. (2002). Trastorno de la imagen corporal: evaluación y tratamiento. En Maganto, C. *Investigaciones en psicología clínica*. San Sebastián: Ibaeta Psicología.

Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., & 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.

Sinigoj, D. (2012). Atención Primaria En Salud Mental. Psicoprofilaxis Quirúrgica, El Rol Del Psicólogo Clínico En Un Equipo De Trabajo Interdisciplinario. *Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía XVII*, 1 – P. 1-21

Schilder, P. (1958). *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Buenos Aires: Paidós

Souto, L. N., Ramírez, B. D., Franchescutti, E. A. R., & Soto, D. (Diciembre, 2002). SARCOMA NEUROGENICO: Presentación de un caso. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 122,P. 7-9

Steven T. Rosen, M.D., (2004). *Cancer Treatment and Research. Head and Neck Cancer*. Kluwer Academic Publishers. <http://es.scribd.com/doc/26557036/19/Chapter-14> <http://ebooks.kluweronline.com>

Terris M. (1982). *La revolución Epidemiológica y la medicina social*. (2ª ed.) México: Siglo XXI.

Thilboldeaux, K. Golant, M. (2010). *Cancer: Guía total de la salud*. Barcelona: Robinbook.

Thompson, J.K. (1990). *Body Image disturbances: assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.

Velázquez A, García M, Alvarado S, Sánchez J, (2007). Cáncer y Psicología. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 6 (3) P. 71-72.

Vidal y Benito, M. del C. (2008). *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*. Argentina: Polemos.

Vidal y Benito María del C. (1998). La Psico-Oncología: Conceptos Básicos. Temas de Salud Mental. Publicación del Departamento del Instituto Nacional de Salud Mental. Bs.As. Argentina. Jul-Dic, 2.2:29-36

Villacrosa, J. A. (Ed.). (2008). *Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular. Un problema multidisciplinar*. Barcelona. Glosa.

Viña, C. C., & Ruiz, M. P. (2013). *Prescripción del ejercicio físico para enfermos de cáncer*. lugar de edición: Díaz de Santos.

Wade C, Tavis C. (2003). *Psicología*. México: Pearson.

Weiss, S. W., & Goldblum, J. R. (2009). *Tumores de partes blandas*. (5a ed.) España: Elsevier.

White, C.A., Body (2000). Image dimensions and cancer: A heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-oncology* 9:183-92

Wu, J. M., & Montgomery, E. (2008). Clasificación y anatomía patológica. *Clínicas quirúrgicas de Norteamérica*, (3), 483-519.

Yurek D, Farrar W, Andersen BL. (2000). Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(4): 697-709.

9.1 Test de los Colores Test de Lüscher

Es importante señalar que a Tomas se le aplico la versión abreviada del test Lüscher. Además la lamina de los colores era una impresión que podría generar dificultades para la elección y correcta interpretación.

Según Aguirre (2006), El Test de Lüscher, está conformado por una serie de colores ante los cuales el evaluado debe manifestar su preferencia, desde el color que le es más agradable hasta el que lo es menos.

Según Lüscher (1977) la preferencia de un color y el rechazo de otros significan algo muy determinado y reflejan un estado mental, de equilibrio glandular, o bien las dos cosas. Por ejemplo, cuando se elige el color de un auto o de un accesorio personal pesan más los juicios estéticos o de similitud, que poco tienen que ver con aspectos más profundos de la personalidad del evaluado (como lo son el estado mental y el equilibrio glandular). Cuando los colores están separados de estos aspectos estéticos, como en el Test de Lüscher, las preferencias personales surgen como la fuente principal de las elecciones.

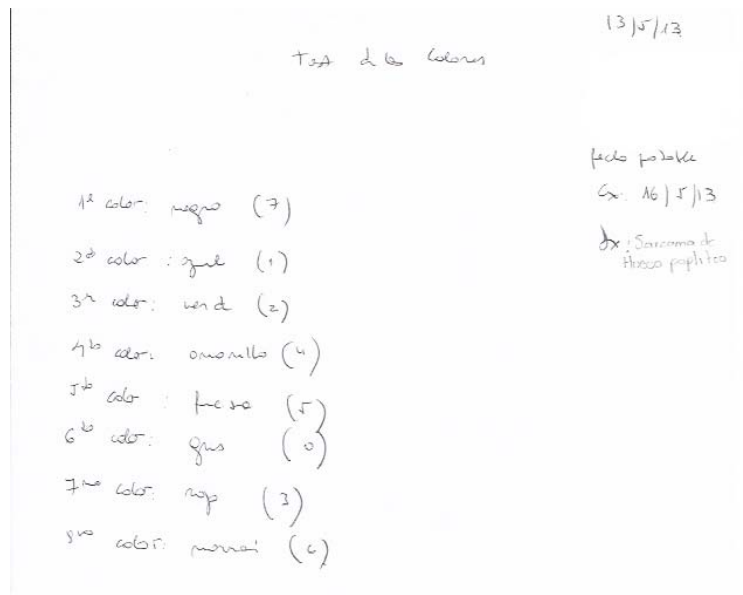
El test de los colores o test de Lüscher se ha convertido en un método utilizado mundialmente para determinar y describir el estado interior y anímico de una persona.

El análisis de este test favorece a la comprensión de situaciones y ayuda a prever su desarrollo en el futuro

Los colores especiales de conflicto permiten reconocer instantáneamente las causas, a menudo inconscientes, de las dificultades y conflictos, además de favorecer a la comprensión de situaciones en problemas, buscando conductas que posibiliten el equilibrio interno. Evalúa las características de personalidad y el modo de afrontar al estrés de las personas. Es un test proyectivo, creado por Max Lüscher.

Por medio de la elección y ordenamiento de series de colores, cada una compuesta de tonalidades específicas, se puede esbozar un análisis de su personalidad emocional. Revela datos en tanto a la capacidad de rendimiento y capacidad de disfrute, sobre la imagen que usted tiene de si mismo, su relación anímica con red de apoyo y lo que espera de su propio futuro.

Aplicación



Dentro de las distintas formas de medir y evaluar los aspectos psicológicos relacionados con el estrés, se destacan las pruebas proyectivas; entre estos, el test de la persona bajo la lluvia. Esta prueba representa una posible opción de evaluación del nivel de estrés que experimenta una persona y las estrategias de afrontamiento con que cuenta cuando percibe e interpreta las presiones y exigencias del entorno como amenazantes o cuando sus recursos para manejar dichas exigencias son deficientes.

Negrón, Jong, Parodi, (2004) al pedir explícitamente que se dibuje una persona bajo la lluvia introduce un elemento que esta asociado a condiciones desagradables del ambiente, y lleva a poner de manifiesto en el dibujo las presiones y exigencias bajo las que se encuentra y las reacciones ante ellas.

Por otra parte, los mismos autores citando a Querol y Chaves (1997) presentan un manual de aplicación y corrección del test, elaborado por ellos, donde exponen diversos indicadores que pueden expresarse en el dibujo, y el significado asociado a cada uno de éstos. Estos autores han señalado que las personas con una capacidad de adaptación al entorno, que se encuentran en equilibrio emocional y que poseen estrategias para afrontar el nivel de estrés, realizan dibujos armónicos en el espacio, comprensibles y claros.

Se le provee al paciente los recursos para la elaboración (Una hoja tamaño carta 22 x 28 cm, lápiz, tajalápiz y borrador). Seguidamente se entrega el papel a lo largo, Tomas sigue la posición del papel, se le da la consigna simple "dibuje una persona bajo la lluvia". Se le clarifica que no se busca evaluar la calidad del dibujo y que haga lo que hiciere estará bien a los fines del test. El dibujo elaborado por Tomas se presenta a continuación:



