

ANEXO RESOLUCIÓN DE SECRETARÍA ACADÉMICA R-01/12

Formulario para la elaboración de resúmenes de tesis/trabajos finales.

Título: Imagen corporal en pacientes oncológicos sometidos a cirugías mutilantes, repercusiones psicológicas, físicas y sociales. Caso Tomas.

Autor: Juliana Bedoya Pérez

Director: Lic. Mirta Di Pretoro

Fecha: Agosto 2013

Tema: Psicooncología, Cáncer, Sarcoma de Partes Blandas, modalidades de tratamiento, Repercusiones físicas y psicosociales, psicoprofilaxis quirúrgica, Corporalidad.

1. Introducción

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.

Este trabajo lo motiva el acercamiento a la realidad del paciente oncológico, la experiencia de las pasantías realizadas en el Hospital Garrahan y el Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, en donde se patentizaba la permanente confrontación con cambios en la imagen corporal, de personas con deterioro físico, consecuencia de tratamientos oncológicos, los cuales a su vez manifiestan problemas para identificarse y conectarse a su esquema e imagen corporal. Además constituye un reto individual alentado por la búsqueda de una unidad de análisis diferente, procurando 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.

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.

Para el desarrollo de este trabajo Final Integrativo se desarrollan diferentes conceptos, 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 y, 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, reconociendo la importancia del afrontamiento y valorando la experiencia de la pérdida. Además de lo anterior se presentan la noción de imagen corporal, haciendo hincapié en las alteraciones presentadas en el paciente oncológico debido al tratamiento.

De esta manera es importante 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, que permitan minimizar las repercusiones físicas y psicosociales, para transformarlas en experiencias de crecimiento y superación.

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 los 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.

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, o aquellos afectados por cambios en su imagen corporal como consecuencia de los tratamientos recibidos.

El objetivo principal de este trabajo es describir como se ve afectada la imagen corporal en pacientes oncológicos sometidos a cirugías mutilantes, de este se desprende la necesidad de describir y reflexionar acerca del constructo imagen

corporal, sin dejar de lado enunciar las características generales del Sarcoma de partes blandas, de caracterizar las repercusiones psicológicas, físicas y sociales de un paciente oncológico sometido a una cirugía mutilante, de la misma manera señalar los duelos por los que atraviesa el paciente a partir de las pérdidas que sufre como consecuencia de las cirugías, así como identificar los estilos de afrontamiento empleados por el paciente oncológico sometido a una cirugía mutilante.

2. Antecedentes y Planteo teórico

Para dar sustento a este estudio de forma integral es importante desarrollar brevemente los conceptos referidos a continuación:

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, y además se vislumbra la salud como un estado total.

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 además, que los tumores pueden ser benignos o malignos y sólo estos últimos son cancerosos.

En tanto 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, y 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, todo lo cual compromete directamente la imagen corporal.

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 distrés producido en el paciente y los familiares, debido a 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 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)

Complementando lo anterior es fundamental reconocer el rol del afrontamiento y la necesidad de legitimar las pérdidas vividas por el paciente y su familia.

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).

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).

Se reconoce de esta forma las constantes pérdidas en relación con su salud (incluyendo la imagen corporal) y red social (circunscribiendo a la familia y grupos de referencia).

Referente a la imagen corporal, retomaremos teorías que la exponen de forma multidimensional. 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)

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.

3. Materiales y Métodos

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, de esta forma dar respuesta a las repercusiones que trae tanto a nivel físico como psicosocial.

Para darle un respaldo a este trabajo se ha consultado en las bases de datos Hinari, EBSCOhost y APA PsycNET, en la cual 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.

Dentro del escrito se presenta 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.

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.

4. Resultados y Discusión (lo que surja del análisis)

Es importante señalar que la bibliografía apunta a que en este tipo de intervenciones en los pacientes se proyecta 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, además de generar disfunciones a nivel familiar, que a su vez desarrolla actitudes perjudiciales para el paciente, como sobreprotección, regresión y relaciones de dependencia, esta fue una de las revelaciones en el caso, en el que en paciente en la medida que su enfermedad evolucionaba y se le presentaban más limitaciones se acervaban conductas regresivas y aislamiento, mientras sus familiares adoptaban una posición maternal evidenciando actitudes sobreprotectoras, dependientes.

Con el fin de caracterizar la repercusiones haciendo una correlación entre lo encontrado en el marco teórico y las evidenciadas en la persona caso, se determina:

Las repercusiones físicas observadas en el paciente 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, 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.

En relación a las repercusiones psicológicas, por una parte se observa, una notable pérdida de la autonomía, la vivencia o representación de sí mismo como incapaz e impotente, 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).

5. Conclusiones / Recomendaciones

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 el trabajo integra todos estos elementos, dándole reconocimiento a la autonomía a 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, atendiendo la prevención, diagnóstico, tratamiento y evolución del cáncer, además, 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.

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.

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, por medio la recuperación gradual, el complemento de otros procedimientos. 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, como conductas regresivas o dependientes, esto es apreciable con el avance de la enfermedad y la declinación de su salud.

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.

Un dato interesante 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. Como ejemplo se cita a Cannone, Dany, Dudoit, Duffaud, Salas & Favre (2004) quienes señalan respecto a la quimioterapia:

Para los médicos, no es más que un medio para tratar el cáncer, 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 de importancia señalar el rol que desempeña en la vida de cualquier persona las representaciones sociales.

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 y la 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.

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 en ocasiones 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.

Para finalizar 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.

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 abandonados 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.

6. Bibliografía

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., Magonetto, 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 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/sopac/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 Practica*. 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 conflicto 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/gaceta/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.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDA MENTALES_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.faq.s.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.