

CÁNCER E IMAGEN: EL DUELO CORPORAL

Ana Lluch Hernández¹, Vicenta Almonacid Guinot² y

Vicenta Garcés Honrubia¹

¹Servicio de Hematología y Oncología Médica.

Hospital Clínico Universitario. Valencia

²Junta Asociada Provincial de Valencia de la AECC.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es uno de los problemas de salud más importantes del siglo XXI y desgraciadamente va a seguir siéndolo en los próximos años. Según el programa Europa contra el cáncer, en el próximo milenio dos de cada tres europeos van a padecer cáncer. En España se calcula que hay 150.000 nuevos casos anuales de los que 92.000 van a fallecer. Sin embargo, todos conocemos los grandes avances en el control y curación de esta enfermedad, mientras a principios de siglo XX la tasa de curación no sobrepasaba el 5%, en la actualidad podemos hablar de tasas de 50 y hasta 60% cuando se aplican adecuadamente los recursos de diagnóstico y tratamiento. La cirugía, la oncología radioterápica y la oncología médica representan las tres especialidades fundamentales que se ocupan del tratamiento de cáncer y son responsables de múltiples efectos adversos ⁽¹⁾.

Los cambios en la autoimagen son uno de los problemas derivados de la enfermedad y posibles tratamientos, provocando reacciones emocionales de pérdida, disminución de la autoestima y depresión.

Las cirugías radicales provocan pérdidas en la funcionalidad del órgano, por ejemplo las ostomías, así como secuelas externas que deterioran la imagen del paciente como ocurre en la cirugía radical de mama. Algunos autores considera que la convulsión psicológica causada por la cirugía radical de la mama es diferente a la de cualquier otro tratamiento contra el cáncer y afecta a algo que es distintivo de feminidad, a la autoestima, a la percepción de la propia imagen y a la sexualidad, además del impacto causado por la propia enfermedad ⁽²⁾.

Respecto a los tratamientos de quimioterapia, la alopecia es uno de los efectos secundarios más temidos por los pacientes, especialmente en el sexo femenino. Algunos estudios, observan diferencias de género en este síntoma, mientras que la alopecia en las mujeres supone una confrontación con la naturaleza letal del cáncer, los hombres lo asocian a una consecuencia normal e inevitable del tratamiento.

Cuando el paciente se encuentra en fases avanzadas de la enfermedad, posiblemente la alopecia por los continuos tratamientos, la pérdida de peso significativa, o el inicio de la caquexia suponen un importante deterioro de la calidad de vida y requieren un esfuerzo cognitivo para poder enfrentarse a cambios en su imagen y esto provoca fuerte rechazo y disconfort emocional.

Sin haber pretendido describir todos los cambios y alteraciones que se pueden producir en un enfermo de cáncer, puesto que no es el objetivo de este capítulo, hemos intentado exponer algunos de los cambios más habituales en la imagen de los pacientes, aunque algunos de ellos son reversibles o pueden repararse quirúrgicamente, el proceso de pérdida se da en todos ellos, causando reacciones de duelo que varían en intensidad y duración según un conjunto de variables como son la edad, el nivel cultural, la reversibilidad de la pérdida, el grado de información, el apoyo social, el grado de limitación y las consecuencias funcionales de la pérdida.

EL DUELO CORPORAL: REACCIONES PSICOLÓGICAS

El término "duelo" se aplica a la reacción psicológica que presentan algunas personas ante una pérdida significativa. Es un sentimiento subjetivo cuya expresión depende de las normas, expectativas culturales y circunstancias de la pérdida. La CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades) describe como manifestaciones clínicas más relevantes, humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimiento de incapacidad para afrontar problemas y el futuro, y un cierto grado de deterioro en la vida cotidiana. Pueden aparecer manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia y en los adolescentes pueden añadirse trastornos disociales. El DSM IV-R (Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales)⁽³⁾ señala que ante la reacción de pérdida pueden aparecer síntomas característicos del episodio depresivo mayor.

Por otra parte, la formación del esquema corporal es la base de la identidad personal y del núcleo del Yo⁽⁴⁾. Las transformaciones o cambios que se producen como consecuencia del cáncer provocan pérdidas corporales significativas que se manifiestan como reacciones de ansiedad, depresión, disminución en la autoestima y cambios en la sexualidad que afectan notablemente al paciente, requiriendo en muchas ocasiones atención y tratamiento especializado.

Es importante diferenciar el dolor psicológico expresado por muchos pacientes y que entendemos como una respuesta interna ante la pérdida, la cual incluye pensamientos y sentimientos. Y el duelo como respuesta externa, el dolor expresado socialmente, junto a las características de la pérdida, reversible o irreversible, súbita, etc., intervienen un conjunto de variables individuales; edad, nivel cultural, creencias, personalidad, significado, diferencias culturales etc que modulan y determinan la intensidad y duración de la respuesta emocional.

Debemos entender el dolor que provoca la pérdida como una experiencia natural, en la que pueden aparecer diferentes fases como en el duelo por un familiar. Ante la pérdida de un miembro o función corporal, así como a cambios de imagen traumáticos, el paciente pasa por diferentes etapas: shock, negación, ira, depresión, negociación y aceptación. (Tabla 1).

Tabla 1.

<i>Variables que intervienen en la respuesta individual</i>	<i>Etapas que pueden generalizarse en pacientes que se enfrentan a pérdidas</i>
Características personales: edad, sexo, religión, personalidad	SHOCK: constituye el momento inicial, el paciente se enfrenta con la pérdida
Redes de apoyo y vínculos afectivos	NEGACIÓN: se puede manifestar como incredulidad o manifestaciones de no estar enterándose de lo que está ocurriendo
Posibilidades de comunicación	NEGOCIACIÓN: se establecen pactos con la vida o con Dios, el objetivo es cambiar la situación
Aspectos específicos de la situación: esperada, repentina, dramática	IRA: el paciente puede manifestar irritabilidad, mostrarse inconformista etc.
Significado: importancia de lo perdido tanto individual como social y cultural	DEPRESIÓN: llanto, apatía, desinterés, insomnio etc.
	ACEPTACIÓN: el paciente es capaz de reconocer su grado de afectación por lo sucedido.

ADAPTACIÓN VS PSICOPATOLOGÍA

La adaptación a la pérdida y cambios en la autoimagen la podemos considerar como un proceso continuo en el cual el paciente intenta dar significado a lo ocurrido, manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados y obtener el dominio o control de los cambios producidos.

Durante todo el proceso de enfermedad el paciente y su familia deberán realizar un importante proceso de ajuste y adaptación ante todos los acontecimientos a los que necesariamente se deben enfrentar y que en muchas ocasiones implican sufrimiento para el paciente y una amenaza real a su proyecto vital.

Para comprender el impacto psicológico provocados por los cambios producidos en la autoimagen del paciente, debemos tener presente la definición de estrés agudo y aplicarla a la situación de pérdida⁽⁵⁾. El estrés agudo es un tipo de reacción emocional provocada por una situación personal fuertemente ansiógena en la que aumentan los estímulos que provocan ansiedad y en muchas ocasiones las posibilidades de supervivencia quedan comprometidas. Cuando en nuestro entorno existen demandas por encima de nuestras posibilidades y nos encontramos en una situación de amenaza, una parte de nuestras defensas psíquicas se desestructuran, aparecen una serie de conflictos interpersonales en las que el sujeto pierde la capacidad de relacionarse, la seguridad en sí mismo, la posibilidad de tomar decisiones de forma adecuada (déficits interpersonales) y en definitiva se produce un cambio en su modo de mostrarse a los demás y de conocimiento de sí mismo (transición de rol).

Por otro lado se entiende por ajuste psicológico al estado emocional que permite que una persona continúe realizando una vida adaptada a sus circunstancias y que los cambios producidos no sean una fuente de malestar subjetivo que provoquen alteraciones importantes en las áreas personal e interpersonal, laboral y social.

Por tanto, la pérdida de un miembro del cuerpo, amputación, ostomía, o cambios significativos en la auto-imagen, alopecia, caquexia, van a provocar reacciones emocionales de suficiente intensidad que alteren, aunque sea temporalmente, las defensas psíquicas y por tanto la vida del paciente y su familia. Entre las variables que influyen en el desarrollo de psico-patología, podemos mencionar: los antecedentes psiquiátricos del paciente, niveles de introversión, impacto psicológico de la pérdida, apoyo social, autoestima y autoconcepto, significado de lo perdido, información, toxicidad de los tratamientos médicos⁽⁶⁾. (Tabla 2).

Tabla 2. Factores de riesgo psicopatología.

Antecedentes psiquiátricos	Fuerte impacto psicológico de la pérdida	Falta de apoyo social
Altos niveles de introversión	Bajo autoconcepto baja autoestima	Elevada preocupación por la imagen corporal
Elevada toxicidad por quimioterapia	Graves complicaciones físicas	Escasa información o inadecuada

Así mismo los síntomas reactivos presentados por el paciente pueden considerarse como “normales” o patológicos en función de la proporción del síntoma respecto al desencadenante, intensidad, duración de la manifestación y afectación que produce en la conducta del paciente.

A las reacciones de duelo que provocan las pérdidas significativas que deben sufrir los enfermos de cáncer, se pueden asociar trastornos psiquiátricos que modifican y complican el proceso de adaptación a la pérdida. Entre los trastornos más frecuentes que pueden desarrollar los enfermos oncológicos según criterios del Manual Diagnóstico y Estadística para los Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos (DSMIV-R) podemos mencionar:

- Los trastornos de adaptación
- Los trastornos de ansiedad
- Los trastornos depresivos
- El trastorno de estrés pos-trauma

Por las limitaciones del capítulo no nos vamos a extender en desarrollar cada uno de ellos pudiendo consultar su definición y criterios diagnósticos en el Manual DSM IV.-R.

INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

El tratamiento del enfermo de cáncer debe abordarse desde una perspectiva bio-psico-social. El equipo interdisciplinar debe atender a cada paciente como un todo y desarrollar un tratamiento global en el que se anticipen y atiendan todas las necesidades. Las enfermeras/os, como proveedoras de cuidados, constituyen una parte esencial dentro del equipo. Es la enfermera la que procura mayor tiempo, cercanía y disponibilidad personal hacia las necesidades de los pacien-

tes, y asumen el hecho de que las relaciones interpersonales son una parte básica y fundamental del proceso de atención sanitaria. Poner en marcha los procesos terapéuticos les confiere el privilegio de ser el primer profesional con el que el paciente tiene contacto después de recibir el diagnóstico. Y estas circunstancias difíciles hacen que se compartan, en ocasiones, momentos de gran intimidad⁽⁷⁾.

El modo como nos sentimos con respecto a nosotros mismos afecta, de forma decisiva, a todos los aspectos de nuestra experiencia, a la manera en que funcionamos y a las posibilidades de crecimiento y desarrollo. (Nathaniel Braanden). En este sentido, la enfermedad y los tratamientos se viven como una amenaza para los sentimientos de poder, seguridad, valía y dignidad. Todo lo cual contribuye a que el ser humano sea muy vulnerable.

Las enfermeras podemos ayudar a las personas a adoptar actitudes positivas en la medida de sus posibilidades y también ofrecer la cobertura y el apoyo emocional que les ayuden a modificarlas. Ya que salud emocional no implica necesariamente experimentar solo emociones positivas, podemos potenciar la capacidad de vivir sin miedo un amplio abanico de sentimientos y ayudar a que los pacientes sean capaces de funcionar con ellos sin sentirse abrumados.

En todo este complicado proceso de adaptación a la enfermedad y a las pérdidas, podemos detectar alteraciones en los patrones de⁽⁸⁾:

1. Autoimagen// Autoconcepto:

Diagnósticos enfermeros:

- Trastorno de la imagen corporal. (Tabla 3)
- Trastorno de la autoestima. (Tabla 4)

2. Afrontamiento//Tolerancia al Estrés.

Diagnósticos enfermeros:

- Deterioro de la adaptación. (Tabla 5)
- Negación ineficaz. (Tabla 6)
- Impotencia. (Tabla 7)
- Ansiedad. (Tabla 8)

Tabla 3. Trastorno de la imagen corporal.

DEFINICIÓN. Confusión en la imagen mental del yo físico.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.

- Expresión de sentimientos que reflejan alteración de la visión del propio cuerpo, en cuanto a su aspecto, estructura o función.
- Conductas de evitación, control o reconocimiento del propio cuerpo.
- Ocultamiento o exposición excesiva (intencionada o no) de una parte corporal.
- No tocar una parte corporal.
- No mirar esa parte corporal.
- Preocupación por el cambio o pérdida.
- Sentimientos negativos sobre el cuerpo (desesperanza, impotencia).
- Expresión de cambios en el estilo de vida.
- Miedo al rechazo o a las reacciones de los otros.

Tabla 4. Trastorno de la autoestima.

DEFINICIÓN. Autoevaluación, sentimientos negativos sobre sí mismo o las propias capacidades que pueden expresarse directa o indirectamente.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.

- Manifestaciones de autonegación.
 - Expresiones de vergüenza/culpabilidad.
 - Se tiene por incapaz de afrontar las situaciones.
 - Duda ante cosas/situaciones nuevas.
-

Tabla 5. Deterioro de la adaptación.

DEFINICIÓN. Incapacidad para modificar el estilo de vida de forma coherente con un cambio en la situación de salud.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.

- Negación del cambio en estado de salud.
 - Sensación de falta de control.
 - Estado emocional intenso.
-

Tabla 6. Negación ineficaz.

DEFINICIÓN. Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento, para reducir la ansiedad o el temor, en detrimento de la salud.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.

- Minimización de los síntomas.
 - Retraso en la búsqueda o rechazo de la atención sanitaria.
 - Falta de percepción de la relevancia de los síntomas o del peligro.
 - Incapacidad para admitir el impacto de la enfermedad en el estilo de vida.
 - Gestos o comentarios de rechazo al hablar de acontecimientos dolorosos.
 - Muestra de emociones inapropiadas.
-

Tabla 7. Impotencia.

DEFINICIÓN. Percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.

- Expresiones verbales de carecer de control o influencia sobre la situación.
 - Expresiones verbales de falta de control o influencia sobre el resultado.
 - Apatía.
-

Tabla 8. Ansiedad.

DEFINICIÓN. Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento y aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.

- | | |
|---------------------------|--|
| Conductuales | Cognitivas |
| • Control y vigilancia | <input type="checkbox"/> Bloqueo del pensamiento |
| • Agitación | <input type="checkbox"/> Confusión |
| • Lanza miradas alrededor | <input type="checkbox"/> Preocupación |
-

-
- Movimientos extraños
 - Expresión de preocupación
 - Insomnio
 - Inquietud

Fisiológicas

- Voz temblorosa
- Temblor de manos
- Aumento de la respiración
- Urgencia urinaria
- Aumento del pulso
- Dilatación pupilar
- Trastorno del sueño
- Anorexia
- Diarrea
- Sequedad bucal

- Olvido
- Deterioro de la atención
- Disminución de la habilidad: solucionar problemas, aprender.

Afectivas

- Irritabilidad
 - Angustia
 - Atención centrada en el yo
 - Sentimientos de inadecuación
 - Temor
 - Aprensión
-

Las intervenciones enfermeras (Tabla 9) para prevenir este tipo de trastornos se inician desde el primer contacto con el paciente, no son acciones aisladas y se realizan durante todo el proceso. Estarían por tanto dentro de los Cuidados Continuos, cuidados de calidad que van más allá del fundamento clínico del tratamiento, para dirigirse de forma más amplia a las necesidades y deseos del paciente. Este ideal de cuidados implica la atención integral a la persona enferma en su realidad total: biológica, psicológica, familiar, laboral y social, y se realiza en todas las fases de la enfermedad oncológica⁽⁹⁾.

Tabla 9. Intervenciones enfermeras.

Potenciación de la imagen corporal. Mejora las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente.

Aumentar el afrontamiento. Ayuda al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

Potenciación de la autoestima. Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

Los objetivos prioritarios que perseguimos son:

- 1. Facilitar la aceptación de la pérdida o de la imagen corporal.**
- 2. Potenciar recursos de afrontamiento.**
- 3. Promover el apoyo familiar y social.**

Las estrategias de intervención incluirán el análisis inicial de las variables mencionadas en apartados anteriores que nos ayudarán a seleccionar a los pacientes de riesgo. Seguiremos un protocolo de actuación, aunque siempre considerando las características individuales:

1. Teniendo en cuenta que el grado de información es una de las variables que pueden modificar la reacción de duelo, nuestras primeras intervenciones irán orientadas a identificar áreas de desconocimiento, en especial aquellas relacionadas con factores estresantes o que el individuo perciba como amenazantes, preparando al paciente para los cambios, cuando éstos sean previsibles.
2. Valoraremos cómo los cambios corporales afectan a su estilo de vida y ayudaremos a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, reforzando aspectos positivos y respetando siempre su identidad cultural y religiosa.
3. Alentaremos a que nos cuenten sus sentimientos, intentando dar salidas constructivas a la ira y la hostilidad. Trabajaremos con objetivos realistas y adecuados a corto y largo plazo, desglosando los objetivos complejos en pasos pequeños y manejables. Ayudaremos así a identificar estrategias positivas para aceptar sus limitaciones y adecuarlas a su estilo de vida.
4. Será importante implicar a la familia y saber cómo se sienten con los cambios. Discutir con ellos formas de ayuda para el paciente, aunque favoreciendo siempre la máxima autonomía.
5. Ayudaremos a buscar medios que disminuyan el impacto causado por cualquier desfiguración por medio de la ropa, pelucas o cosméticos.
6. Facilitaremos el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares o que tengan intereses y objetivos comunes, e informaremos de grupos de apoyo para el paciente.
7. Enseñaremos estrategias para el autocuidado y en los casos que sea necesario, rehabilitación.
8. Seleccionaremos aquellos pacientes de riesgo, que requieran atención especializada o seguimientos más exhaustivos por los profesionales adecuados⁽¹⁰⁾.

Cuando el paciente desarrolla desajustes emocionales que deterioran su calidad de vida significativamente y se prolongan por un tiempo determinado, superior a lo razonable, debemos pensar en tratamientos específicos que le ayuden a resolver o mejorar su situación.

Respecto al modo de intervención la psicoterapia individual y grupal son las más utilizadas. Expondremos los tratamientos de carácter general ya que engloban las técnicas e intervenciones que ayudan a mitigar el dolor por la pérdida, incluyendo aquellas terapias sobre las que disponemos de datos experimentales de su eficacia:

Psicoterapia Individual

Tiene como objetivo la reducción del estrés psicológico así como el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, o habilidades que mejoren la percepción de control y autonomía del enfermo.

Programas Psico-Educativos

Ofrecen información sobre diferentes aspectos como la salud, manejo de estrés y estrategias de afrontamiento. La intervención psico-educativa intenta promover cambios cognitivos y conductuales estables en el tiempo. Los cambios más significativos coinciden en un gran número de estudios, siendo los más importantes: reducción de la fatiga, aumento del espíritu de lucha, promoción de estrategias activas de afrontamiento, reducción de problemas de sueño (Tabla 10). Estos cambios son estables en el tiempo, incluso a los 12 meses de la intervención.

Tabla 10. Resultados de las intervenciones psicoeducativas.

Reducción en las escalas de fatiga y confusión del POMS	Fawzy y cols, 1990
Mayor espíritu de lucha	Greer, Moorey y Baruch, 1992
Mayor empleo de estrategias activas de afrontamiento	Cunningham, Lockoow y Edmonds, 1993
Reducción de problemas de sueño	Berglund, Gustafsson y Sjoden, 1994
Reducción de los niveles de ansiedad y depresión	Moorey, Greer y Watson, 1994
Mejora de la calidad de vida	Payne, Lundberg, Brennan y Holland, 1997

Terapia Cognitivo-Conductual

El objetivo es mejorar el manejo de sintomatología psicológica específica, se entrena al paciente en la identificación y valoración de los estresores y se potencia la adquisición de habilidades y estrategias de afrontamiento que faciliten el ajuste y la adaptación a la enfermedad, teniendo un carácter directivo.

Existen un gran número de trabajos que evalúan diferentes aspectos de esta terapia, resulta eficaz para el entrenamiento en técnicas que mejoren los síntomas reactivos a la pérdida, favorece estrategias de afrontamiento activas orientadas al problema y aumentar la percepción de control (Michael et al, 2001; Osowecki et al 1999)

Psicoterapia Grupal

De los meta-análisis revisados y basándonos en estudios randomizados podemos concluir los siguientes aspectos

- En cuanto a las *variables individuales* los pacientes que obtienen mayores beneficios de los grupos son los que presentan mayores dificultades en el soporte emocional que reciben de su pareja, soporte informativo por parte del oncólogo y recursos personales. (Edelman et al, 2000).
- En cuanto al *tipo de grupos*, el psicoeducativo obtiene mejores resultados que los grupos de iguales para discusión, (Edelman et al, 2000).

En cuanto a la duración del grupo al comparar intervenciones psicológicas de corta duración frente a intervenciones largas, 35 sesiones con frecuencia semanal, los grupos de **corta duración** aumentan la Calidad de Vida de los participantes, las intervenciones largas, no tienen efectos en el estado de ánimo ni en la Calidad de Vida en comparación con el control, aumentando la preocupación ansiosa de los participantes, (Claire et al, 1999).

CONCLUSIONES

El tratamiento del enfermo de cáncer debe abordarse desde una perspectiva bio-psico-social en el que el equipo interdisciplinar atienda a cada paciente como un todo y desarrolle un tratamiento global en el que se anticipen y atiendan todas las necesidades. Los problemas de autoimagen y cambios corporales producidos por cáncer provocan un fuerte impacto en la emocionalidad del paciente alterando significativamente su calidad de vida, por tanto susceptibles de atención sanitaria.

En la consulta se puede realizar una evaluación inicial del paciente en la que se incluyan las variables mencionadas en apartados anteriores, que nos ayudarán a determinar que pacientes requieren atención especializada o seguimientos más exhaustivos por los profesionales adecuados, por tanto la prevención puede ser un arma terapéutica que evite sufrimiento emocional al enfermo de cáncer.

El objetivo del equipo respecto a la pérdida es ayudar al paciente a canalizar, asimilar y controlar las reacciones emocionales que surgen durante el proceso de duelo inicial hasta llegar a la fase de adaptación, la **información adecuada** sobre los cambios que se van a producir disminuye la ansiedad, evita la búsqueda indiscriminada de información y aumenta la percepción de control; permitir la **expresión de emociones** favorece la reorganización emocional y la resignificación de la emoción, por tanto ayuda a mitigar el dolor psíquico. Y la **atención de necesidades** que palien la pérdida de función o mejoren el aspecto estético del paciente favorece la aceptación de los cambios en la auto-imagen. Para ello todos los miembros del equipo deben utilizar el **counselling** como herramienta terapéutica, ya que aumenta la eficacia de la comunicación con el paciente, ayuda a la toma de decisiones y a la búsqueda de nuevas opciones⁽¹¹⁾.

Tanto si la intervención es de carácter preventivo como si ya se ha desarrollado un trastorno en el paciente debemos optar por el tratamiento más apropiado. En cuanto al modo de intervención la psicoterapia individual y grupal son las más utilizadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valentín, V.; Colomer, R.; Viñas, Gemma y Cornella, J.M.: "Epidemiología y Análisis del carácter interdisciplinar de los Cuidados Continuos". En: Valentín, V.: Guía de Práctica Clínica en Sociedad Española Oncología Médica, Madrid 2006; 17-23.
2. Oiz B. Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2005 28 Suppl 2: 19-26.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. 4th rev. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
4. Lillo Espinosa J.L. Duelo y pérdida corporal. Informaciones Psiquiátricas 2001, (163) 43-56.
5. Smith M.Y, Reed, W.H., Peyser C, y Vogl D. Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. Psycho-Oncology 1999, 8 (6), 521-37.
6. Almonacid V. Reacciones emocionales en cáncer: adaptación v.s psicopatología Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis 2003; 15 67-80.

7. Soler, MD; Garcés, MV; Gozalves, MC; Granell, A y Zorrilla, I: "Guía para estandarizar cuidados en el Hospital de Día Oncológico". Laboratorios Roche Farma. Madrid, 2003.
8. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA): Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación 2001-2002. Ediciones Harcourt, Madrid 2002.
9. McCloskey, J. y Bulechek, G.M y miembros del Proyecto de Intervenciones de Iowa: "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Intervenciones Classification (NIC) Ediciones Harcourt-Mosby. Tercera Edición, Madrid 2002.
10. Fernández, Isabel: Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. En: Cruzado, J.A.: Revista interdisciplinar psicooncología. Volumen 1, Número 2-3, Madrid, 2004; 169-80.
11. Arranz P, Cancio H. Counselling: habilidades de información y comunicación con el paciente oncológico. En Gil F. Manual de Psico-Oncología. Ed: Nova Sidonia 1999; 39-56.
12. Munstedt K, Manthey N, Sachsse S, Vahrson H. Changes in self-concept and body image during alopecia induced cancer chemotherapy. Support Care Cancer. 1997 Mar; 5 (2):139-43.
13. Raich R. M. Imagen Corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid, Ed. Pirámide. 2000.