

Procesos oncológicos y afectación de la imagen corporal

Anna Maria CUNYER COMENGE

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).



Universitat
Internacional
de Catalunya

Facultad
de Medicina y
Ciencias de la Salud

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Procesos oncológicos y afectación de la imagen corporal

Grado en Enfermería

Autor: Anna Maria CUNYER COMENGE

Tutor: Mercedes BELLIDO PÉREZ

Fecha de presentación: 26/05/2014

“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de
impresión, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la
Universitat Internacional de Catalunya”

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a mi familia y amigos, por acompañarme, apoyarme y confiar en mí, incondicionalmente, a lo largo de todo el camino.

También quisiera expresar un sincero agradecimiento a mi tutora, Mercedes Bellido, ya que sus aportaciones fueron cruciales en la realización de este trabajo. Muchas gracias por la implicación y el seguimiento ofrecido.

RESUMEN

Introducción: El cáncer es una enfermedad de elevada incidencia que puede desencadenar diferentes modificaciones que afectan a la autopercepción de la imagen corporal y comprometer la calidad de vida del individuo.

Objetivos: Analizar los cambios corporales que se derivan del proceso oncológico y de los tratamientos aplicables. Por otro lado, se pretende averiguar cómo repercuten dichos cambios en la calidad de vida del paciente, identificar las consecuencias psicológicas y analizar las posibles intervenciones enfermeras.

Material y métodos: Revisión de la literatura a través de la consulta de diferentes bases de datos.

Resultados: La localización del tumor es un factor atribuible a la afectación de la imagen corporal, siendo los tumores más visibles los que comportan un mayor impacto en el individuo.

Por otro lado, los diferentes tratamientos antineoplásicos así como la propia progresión del proceso tumoral conllevan, en muchos casos, cambios importantes en la apariencia física del paciente que afectan a su bienestar psicológico.

La enfermera tiene un papel primordial en la identificación y manejo de problemas relacionados con la imagen corporal de los pacientes oncológicos. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza, ofrecer apoyo emocional, así como orientar sobre posibles recursos para disminuir el impacto de los cambios físicos, son algunas de las intervenciones que este colectivo puede realizar para mejorar la autoestima y facilitar la aceptación de la nueva imagen corporal.

Conclusiones: Los cambios corporales derivados del proceso neoplásico o sus tratamientos provocan un fuerte impacto emocional en el paciente y alteran su calidad de vida. Por este motivo, es aconsejable la aplicación de medidas dirigidas a favorecer la adaptación del paciente a su nueva apariencia física, a través de una atención integral y personalizada.

Palabras clave: imagen corporal, cáncer, cirugía, quimioterapia, calidad de vida, anorexia-caquexia.

ABSTRACT

Introduction: Cancer is a disease of high incidence which can cause different changes that affect the self-perception of body image and the quality of life of the people.

Objectives: To analyze the body changes that belongs to the cancer process and applicable treatments. On the other hand, is to find out how these changes affect the quality of life of patients, the psychological consequences and identify and analyze possible nursing interventions.

Methods: Literature review through consultation of different databases.

Results: The tumor location is a factor that affects the perceptions of the body image, being the most visible tumors that carry a greater impact on the people.

Furthermore, the different cancer therapies as well as to the progress of the tumor process entail in many cases changes in physical appearance of the patient that affect their psychological.

The nurse plays a key role in identifying and managing problems related to body image in cancer patients. Establish a therapeutic relationship based on trust provide emotional support and guidance on possible resources to reduce the impact of the physical changes are some of the interventions that this group can take to improve self-esteem and facilitate the acceptance of the new image body.

Conclusions: The body changes caused by neoplastic procedures or treatments cause a strong emotional impact on the patient and affect their quality of life. For this reason, we recommend to introduce some measures to encourage the patient's adaptation to his new physical appearance, through a comprehensive and personalized assistance.

Keywords: body image, cancer, surgery, chemotherapy, quality of life, anorexia-cachexia.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	I
Resumen.....	II
Abstract.....	III
Abreviaturas.....	V
1. Introducción.....	1
2. Justificación.....	2
3. Objetivos.....	3
4. Material y métodos.....	3
5. Revisión de la literatura.....	4
5.1. Los procesos oncológicos: impacto del problema.....	4
5.2. La imagen corporal y su repercusión en los procesos oncológicos.....	6
5.3. Afectación de la imagen corporal según la localización del tumor.....	7
5.3.1. Cáncer de cabeza y cuello.....	7
5.3.2. Cáncer de mama.....	9
5.3.3. Cáncer colorrectal.....	11
5.4. Tratamiento del cáncer y su afectación en la imagen corporal.....	13
5.4.1. Cirugía Oncológica.....	13
5.4.2. Radioterapia.....	17
5.4.3. Quimioterapia.....	19
5.5. La progresión de la enfermedad y su afectación en la imagen corporal.....	23
5.6. Reacciones psicológicas en el paciente oncológico.....	24
5.7. Rol de enfermería.....	26
6. Conclusiones.....	28
7. Reflexión personal.....	30
8. Referencias bibliográficas.....	31
9. Anexos.....	VI

ABREVIATURAS

IARC: Internacional para la Investigación del Cáncer

OMS: Organización Mundial de la Salud

QMT: Quimioterapia

RDT: Radioterapia

SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica

VPH: Virus del papiloma humano

1. INTRODUCCIÓN

Los procesos oncológicos son un problema que afecta la agenda sanitaria mundial y constituyen una prioridad en esta década. De acuerdo con las cifras de GLOBOCAN 2012¹, se estiman alrededor de 14,1 millones de casos nuevos de cáncer y 8,2 millones de muertes relacionadas con el proceso oncológico en el año 2012 a nivel mundial [1].

El término cáncer abarca un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento de células anormales, que se dividen sin límite y crecen sin control en cualquier parte del organismo. Debido a dicha multiplicación de células, se llegan a formar unas masas, que destruyen y sustituyen el tejido normal. El comportamiento, pronóstico y tratamiento de los diversos tipos de cáncer, incluso dentro de las distintas fases evolutivas de un mismo tumor, son muy diferentes [2].

Con frecuencia el cáncer y los procesos oncológicos pueden alterar la apariencia física de las personas que lo padecen, lo cual representa otra fuente de estrés a la que los pacientes deben enfrentarse [3]. Es decir, el individuo que presenta este tipo de patologías debe afrontar no sólo una enfermedad grave asociada fuertemente a la muerte, sino la adaptación de un cuerpo que ha sufrido modificaciones en una sociedad donde la imagen corporal adquiere gran importancia.

Los cambios físicos de un proceso oncológico pueden ser temporales (caída del cabello, alteraciones en la piel, en las uñas o cambios de peso) o permanentes. Algunos afectan únicamente a nivel estético mientras que otros conllevan, además, una incapacidad funcional [3]. En general, los cambios corporales derivados de este tipo de patologías pueden ser analizados en función de la localización del tumor, de la aplicación de los tratamientos activos o de la evolución del propio proceso patológico.

Los tumores más visibles, como el cáncer de cabeza y cuello, el de mama o el colorrectal pueden suponer un mayor impacto en la autopercepción de la imagen corporal [3]. Muchos de estos tumores están asociados a valores socioculturales, como sucede en el caso del cáncer de mama. El significado atribuido a la mama (feminidad,

¹ El proyecto GLOBOCAN, de la Agencia Internacional para la investigación del Cáncer (IARC), forma parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y proporciona estimaciones actuales sobre la incidencia, mortalidad y prevalencia de los principales tipos de cáncer a nivel mundial

maternidad, lactancia) [4] conlleva una dificultad añadida en la aceptación del propio cuerpo para la mujer que lo padece.

Asimismo, los tratamientos antineoplásicos producen cambios que implican importantes repercusiones para los pacientes en relación a su imagen corporal [5]. Las cirugías pueden ocasionar grandes deformidades corporales, como sucede en el cáncer de cabeza y cuello, o suponer un cambio importante en el modo de vida, como en el caso de pacientes ostomizados [6,7]. Por otro lado, la alopecia secundaria a la quimioterapia (QMT) puede tener efectos muy traumáticos para el individuo, repercutiendo directamente en su calidad de vida [8,9].

Además, la evolución del propio proceso neoplásico desencadena una serie de cambios corporales que no pasan inadvertidos. Entre ellos destacan la anorexia y la caquexia [10,11]. Para estos pacientes, su presencia, en muchas ocasiones implica la aceptación de la progresión de la enfermedad [12].

Las modificaciones corporales pueden originar un fuerte malestar emocional. Algunos pacientes manifiestan problemas psicológicos como ansiedad o depresión, debido a las transformaciones sufridas en una o varias áreas de su cuerpo [6].

Es importante que los profesionales de la salud identifiquen las posibles repercusiones que los procesos neoplásicos producen en las personas que los padecen, específicamente el impacto que supone para el individuo en la percepción de su propia imagen corporal, ya que ello puede contribuir a mejorar la atención que reciben. Por este motivo, el presente trabajo pretende analizar, a través de una revisión de la literatura, los diferentes cambios corporales que se derivan de los procesos oncológicos.

2. JUSTIFICACIÓN

Los procesos oncológicos suponen un gran problema de salud a nivel mundial. Sus repercusiones se extienden a diferentes niveles: físico, psicológico y social. Este tipo de patologías implica, en mayor o menor medida, modificaciones en la apariencia física del individuo. Sin embargo, en muchas ocasiones, los profesionales de la salud no son conscientes del impacto que los cambios corporales pueden originar en el paciente oncológico.

El cáncer implica una situación estresante para el individuo, que puede verse agravada por los cambios en la autoimagen. Ello conlleva un doble reto para el paciente, quien además de enfrentarse a una enfermedad que amenaza la vida, debe afrontar unas modificaciones corporales que, en muchas ocasiones, están asociadas a significados culturales y sociales.

Debido a la elevada incidencia de este tipo de patologías y a la importancia otorgada a la imagen corporal en las sociedades contemporáneas, se considera importante realizar una revisión de la literatura, para poder analizar los cambios corporales que se derivan de los procesos oncológicos y sus repercusiones. Ello puede contribuir a mejorar la atención que reciben los pacientes oncológicos y sensibilizar a los profesionales sanitarios acerca la importancia de la imagen corporal en este tipo de patologías, especialmente al colectivo enfermero.

3. OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar los cambios corporales que se derivan del proceso oncológico y de los tratamientos.

Objetivos Específicos

- Averiguar cómo repercuten los cambios corporales en la calidad de vida de los pacientes.
- Identificar las consecuencias psicológicas que derivan de los cambios en la apariencia física de los pacientes oncológicos.
- Analizar las intervenciones enfermeras focalizadas en los cambios en la apariencia física del paciente oncológico.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

La tipología de trabajo realizada es una revisión de la literatura. Las bases de datos consultadas fueron: Pubmed y Google Scholar. Las palabras clave empleadas fueron: “imagen corporal”, “cáncer”, “apariencia física”, “neoplasia”, “impacto imagen corporal”, “autoimagen”, “tratamiento”, “consecuencias”, “mama”, “cabeza y cuello”,

“colorrectal”, “sexualidad”, “mastectomía”, “ostomía”, “cirugía”, “quimioterapia”, “radioterapia”, “alopecia”, “calidad de vida”, “anorexia-caquexia”, “dieta” y “psicología”.

La estrategia de búsqueda incluyó la utilización de los operadores booleanos: and / not. Para acotar la búsqueda se utilizaron los siguientes filtros: año de publicación (publicados en los últimos 5 o 10 años, publicados a partir del 2004/ 2006/ 2008/ 2010), acceso a texto completo, especies: humanos y tipo: revisión. Se excluyeron todos los artículos que hablaran sobre cáncer en niños pequeños o adolescentes. La información detallada sobre la búsqueda y selección de artículos se encuentran especificada en el Anexo 1.

La selección de artículos se basó en la lectura preliminar de los títulos de los mismos, lo que permitió descartar alguno de ellos por no adecuarse al tema de estudio. La lectura del abstract posterior posibilitó la selección de diversas publicaciones. La lectura completa y crítica de los artículos recopilados contribuyó a la selección final de los mismos.

La elaboración del trabajo se inició en septiembre del 2013 y finalizó en mayo del 2014. El calendario de actividades desarrolladas durante este período de tiempo se encuentra especificado en el Anexo 2.

Debido a la tipología de trabajo, no fue necesaria la revisión de un Comité de Ética. Sin embargo, se tuvieron en cuenta algunas consideraciones éticas en la realización del mismo relacionadas con la selección de artículos (garantizando que los mismos cumplieran con las recomendaciones éticas para investigación).

5. REVISIÓN DE LA LITERATURA

5.1. Los procesos oncológicos: impacto del problema

El término cáncer hace referencia al desarrollo y crecimiento de células anómalas en diferentes localizaciones corporales. La multiplicación de estas células da lugar a tumores que destruyen y sustituyen los tejidos normales del organismo. El cáncer se

extiende e invade los tejidos y órganos vecinos, lo que se denomina invasión local. También puede invadir los vasos sanguíneos y linfáticos desplazándose a través de ellos a órganos o tejidos distantes, originando nuevos focos denominados metástasis. El comportamiento, pronóstico y tratamiento de los diversos tipos de cáncer, incluso dentro de las distintas fases evolutivas de un mismo tumor, son muy diferentes [2].

Los procesos oncológicos son descritos por su estadificación, es decir por su tamaño y grado de diseminación. El sistema ampliamente utilizado para ello es el TNM, donde T hace referencia al tamaño del tumor (valor de 1 a 4), la N a la afectación ganglionar (de 0=no invasión, a 3=varios ganglios afectados), y la M a la presencia o no de metástasis (0=no metástasis, 1= diseminado) [2]

De acuerdo con las cifras de GLOBOCAN 2012 publicadas por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) se estiman alrededor de 14,1 millones de casos nuevos de cáncer y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer en el año 2012 a nivel mundial. Los cánceres más diagnosticados en todo el mundo fueron los de pulmón (13% del total), seguido del de mama (11,9%) y colorrectal (9,7%). Las causas más frecuentes de muerte por cáncer fueron el de pulmón (19,4%), hígado (9,1%) y estómago (8,8%) [1].

En España, según los datos ofrecidos por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la mayor incidencia de los procesos oncológicos, para ambos sexos, corresponde al cáncer colorrectal (15%), el que produce mayor mortalidad es el de pulmón (20,6%) y el que tiene la mayor prevalencia (a 5 años) es el cáncer de mama (17,9%) [2]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más del 40% de cánceres son evitables adoptando conductas saludables, como evitar el tabaco, realizar ejercicio físico y seguir una alimentación saludable. [13]

Los factores nutricionales son considerados como los factores primarios en la iniciación y proliferación del cáncer como son: la ingesta elevada de grasas y proteínas de origen animal, azúcar, alimentos ahumados, conservados en vinagre y curados con sal. Asimismo existe una correlación estrecha entre el consumo de fibra vegetal y el mantenimiento de la salud del individuo. Además, el déficit de oxígeno también aumenta la reproducción de células cancerosas [14].

Dentro de los factores psicológicos que aumentan el riesgo de padecer cáncer, se encuentran: la pérdida de un ser querido, la represión de las emociones, la soledad, la depresión y el estrés [14].

La prevención es un tema central a nivel mundial. La OMS considera que los programas de prevención reducen la incidencia de esta patología y mejora la calidad de vida de los enfermos de cáncer, independientemente de las limitaciones de recursos que un país pueda afrontar [13].

Sin duda, el cáncer es uno de los problemas de salud más importante del siglo XXI. Los cambios en la autoimagen derivados de este tipo de patologías, suponen un gran impacto emocional en el paciente y familia, y repercuten directamente en la calidad de vida del enfermo.

5.2. La imagen corporal y su repercusión en los procesos oncológicos

Actualmente, la apariencia física juega un papel transcendental en nuestra sociedad, siendo considerado como un instrumento básico para alcanzar el éxito social y laboral [3]. La imagen corporal se basa en la historia de la persona y en las relaciones sociales que se crean. No puede ser considerada como una construcción estable, sino más bien como un proceso evolutivo [15].

Desde el campo de la psicología, la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente, y cómo se percibe y actúa en relación con su cuerpo. La imagen corporal se concibe, además, como parte del autoconcepto, que puede entenderse como el conjunto de percepciones que la persona tiene de sí misma, e incluye juicios acerca de comportamientos, habilidades o la apariencia física. La percepción de la imagen corporal puede afectar a la autoestima, término relacionado con el autoconcepto, que hace referencia a una actitud positiva o negativa hacia uno mismo, basada en la evaluación de las características personales [4].

A diferencia de lo que sucede con otras alteraciones de la imagen corporal, en el caso de los pacientes oncológicos no se trata de defectos imaginados o anomalías leves, sino de la existencia de una deformidad objetiva, asimetría, pérdidas reales de funciones físicas y discapacidad [3]. En la mayoría de los casos, estos cambios constituyen un nuevo acontecimiento vital estresante al que los pacientes de cáncer deben de hacer frente [16].

El impacto y la reacción de una persona ante los cambios en su aspecto físico va a depender de múltiples factores, entre ellos: el tipo de cambio físico que experimenta, la localización y el grado de discapacidad asociado, la reacción del entorno y el apoyo social percibido, la disponibilidad y acceso a los recursos necesarios, y la valoración que cada uno realiza de la alteración física [3].

En el contexto de los procesos neoplásicos, podemos englobar los cambios que se producen en la percepción de la imagen corporal del individuo, en función de la localización del tumor, aquellos relacionados con los tratamientos activos y los derivados de la progresión del propio proceso patológico.

5.3. Afectación de la imagen corporal según la localización del tumor

A pesar de que la mayoría de procesos oncológicos suponen una afectación en mayor o menor grado en la imagen corporal, iniciándose muchos de ellos con una pérdida importante de peso, existen algunos tipos de cáncer que debido a su localización pueden implicar un mayor impacto en la propia imagen corporal. En este sentido, los tumores más visibles pueden representar un estrés añadido para la persona que los padece debido a la importancia que la sociedad otorga a la apariencia física en general. Dentro de este grupo destacan los tumores de cabeza y cuello, el cáncer de mama y el colorrectal.

5.3.1. Cáncer de cabeza y cuello

Los cánceres de cabeza y cuello pueden clasificarse según la localización del tumor: labio y cavidad oral, laringe, faringe (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe), senos paranasales y cavidad nasal, y glándulas salivares [17,2]. La incidencia global de cáncer de cabeza y cuello varía de acuerdo a factores geográficos, socio-económicos y género. En la mayoría de los casos, se presenta entre la sexta y séptima década de la vida [18], aunque los tumores de nasofaringe y glándulas salivares pueden aparecer antes [2]. La incidencia global es anualmente de 640.000 casos nuevos [18]. Más del 90 % de los cánceres son tumores de células escamosas, la mayoría de las cuales, se encuentran en la laringe y cavidad oral (aproximadamente 60-70%) [19].

Entre los principales factores de riesgo, se encuentran las toxinas inhaladas o ingeridas a través del tracto aéreo digestivo superior, como el tabaco asociado con el alcohol, la

infección por el virus del papiloma humano (VPH) y también de origen genético [18]. El uso de tabaco y consumo de alcohol causa por lo menos el 75% de este tipo de cánceres, por lo que se recomienda un seguimiento estrecho a los grandes fumadores y bebedores [2]. La infección por el VPH, especialmente el VPH 16, es un factor de riesgo para los cánceres de orofaringe, que implican las amígdalas o la base de la lengua [17].

Los síntomas más comunes de este tipo de cánceres incluyen la aparición de un bulto o una llaga que no sana, la irritación de garganta que no desaparece y el cambio o ronquera en la voz [17].

Las armas terapéuticas más eficaces en el cáncer de cabeza y cuello son la cirugía y la radioterapia (RDT), aunque en determinadas circunstancias es importante el papel de la QMT. Para un tratamiento más conservador es importante la prevención y el diagnóstico precoz, para evitar así, extensas resecciones quirúrgicas y tratamientos más agresivos [20].

Las personas que son diagnosticadas con cáncer de orofaringe causado por VPH reciben un tratamiento diferente de las personas con este mismo cáncer ocasionado por otras causas. Una investigación reciente mostró que pacientes con tumores de orofaringe secundarios a VPH tienen un mejor pronóstico [17].

La carga emocional en la zona de cabeza y cuello es mayor que la de cualquier otra parte del cuerpo debido al valor que la integridad facial tiene en la comunicación y expresión emocional. Las alteraciones faciales conllevan un ataque directo a la propia identidad personal y a la autoestima [6].

La morbilidad psicológica es aún mayor cuando, además, se añade la pérdida de una función corporal. Las disfunciones más severas son las dificultades para respirar, problemas en el habla, dificultades en tragar, y las limitaciones físicas [6,21]. Por lo tanto, la localización del cáncer en esta área conlleva importantes problemas psicológicos y psiquiátricos [22].

La vergüenza y el temor al rechazo por parte de las personas del entorno llevan, en muchas ocasiones, a la evitación de las relaciones sociales, al aislamiento y repercuten

negativamente en el funcionamiento sexual [6,21]. Por ello, la aceptación y el apoyo por parte de familiares y amigos, juega un papel muy importante para facilitar la propia aceptación de la nueva imagen corporal [6].

5.3.2. Cáncer de mama

El cáncer de mama es la neoplasia de mayor magnitud, transcendencia y vulnerabilidad entre las mujeres de todo el mundo. En España se registran unos 22.000 casos al año, lo que supone casi el 30% de todos los tumores del género femenino. La mayoría se diagnostican entre los 45 y los 65 años y en el 75% de casos se diagnostican en estadios tempranos (estadio I y II). La tasa de incidencia aumenta lentamente en España, probablemente por el envejecimiento de la población y a un diagnóstico cada vez más precoz [23].

Su etiología es multifactorial, y sus causas incluyen la predisposición genética, la dieta, los factores hormonales y reproductivos, el consumo de alcohol y tabaco, y el género femenino [4]. Se origina más a menudo en el cuadrante superior externo, sitio en el que hay más tejido mamario. Los tumores mamarios suelen ser asintomáticos y se descubren sólo mediante examen físico, mamografía y ecografía mamaria [24].

Entre las posibles manifestaciones del tumor se incluye la aparición de un nódulo en la mama o en la axila que previamente no existía, dolor en la palpación, cambio en el tamaño de alguna de las mamas, irregularidades en el contorno, alteraciones en la piel (úlceras, cambios en el color, aparición de lo que se denomina piel de naranja) y cambios en el pezón (retracción). También acostumbran a existir síntomas como el cansancio o el dolor óseo localizado [23]. El dolor de mama no es un signo de cáncer aunque el 10% de estas pacientes lo suele presentar [24].

El cáncer tiene un pronóstico y tratamiento distintos en función de la etapa de desarrollo en que se encuentre y de los factores de riesgo que tenga la mujer [24]. El tratamiento estándar depende del tamaño del tumor primario, la afectación ganglionar, la menopausia, la presencia de receptores hormonales en el tejido tumoral y otras características del tumor [8].

Como toda enfermedad amenazante para la vida, el cáncer de mama supone una situación de estrés, físico y psicológico. Sin embargo, la visibilidad del tumor, así como los significados y atribuciones otorgados a la mama en nuestro contexto cultural, constituyen factores importantes en la adaptación a los cambios en la imagen corporal de la mujer lo que genera diferentes sentimientos y actitudes [4,25].

El pecho tiene una gran importancia en la identidad femenina, y constituye una parte significativa en la valoración social de la mujer. Para muchas es lo primero que las define como mujeres y la pérdida de uno equivale a una disminución de su feminidad. En nuestra cultura, el pecho de la mujer está relacionado con el atractivo físico, la sexualidad, la maternidad y la lactancia [4].

El impacto psicológico que produce en las mujeres el diagnóstico, el tratamiento y las secuelas del cáncer, afectan a la esfera somática, donde se ve alterada su simetría corporal, su función reproductora y materna. La autopercepción negativa de la imagen corporal puede afectar a las relaciones sociales, a la autoestima y producir alteraciones en la sexualidad [4,24]. La mujer tiene que afrontar el reto de las transformaciones en los niveles físicos, sociales, relacionales, culturales y existenciales. Debe desarrollar la capacidad de imaginarse a sí misma con su transformación corporal [15].

Los sufrimientos o trastornos más comunes que padecen las mujeres con cáncer de mama incluyen la ansiedad, la depresión, el insomnio, la vergüenza, los sentimientos de inutilidad y la subvaloración personal [26]. La falta de fe en la eficacia del tratamiento y la difícil superación de problemas personales, familiares o profesionales, ejercen una influencia poderosa y directa en la psique de las mujeres [27]. Los tratamientos psicológicos grupales poseen una gran importancia en la mejora de la imagen corporal y autoestima [4]. Además, el paso del tiempo influye positivamente en la calidad de vida y el funcionamiento biopsicosocial de las mujeres [27].

Por otro lado, el apoyo social y familiar percibido influye notablemente en la recuperación de las afectadas. En este sentido, las mujeres jóvenes tienen un mayor acceso al apoyo de su familia y amigos y gozan de mayores posibilidades de una exitosa curación en comparación con las de mayor edad. Aún así, el diagnóstico de cáncer a una

edad temprana está conectado a complicados roles sociales, problemas con la menopausia y cambios en la apariencia corporal [27].

En general se puede afirmar que el cáncer de mama y la desconstrucción del cuerpo conducen de forma inesperada a desajustes existenciales. Por este motivo es necesario explorar las transformaciones corporales y de la evolución del proceso de la enfermedad para comprender la dinámica de la enfermedad [15].

5.3.3. Cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal corresponde a la segunda causa de muerte por cáncer en España, se diagnostican 25.000 nuevos casos al año y fallecen en ese mismo período 12.500 personas [28]. El cáncer de recto representa el 40% de los cánceres colorrectales [29]. Los datos de la elevada incidencia indican el gran problema sociosanitario que plantea este tipo de neoplasia. Sólo la mitad de los pacientes con carcinomas de colon y recto vivirá más de 5 años [30].

Tanto el colon como el recto están constituidos por varias capas de tejido: la más interna es la mucosa (que se encuentra rodeada por la submucosa), más externamente se sitúa la capa muscular, que a su vez está recubierta por la serosa (capa más externa). Los tumores malignos se originan con mayor frecuencia en la mucosa donde se encuentran las glándulas productoras de moco [31]. Estudios recientes en la epidemiología genética y la biología molecular han demostrado que los factores genéticos y nutricionales juegan un papel transcendental en la carcinogénesis colorrectal. Entre los factores nutricionales que promueven el proceso carcinogénico encontramos las grasas, el exceso de calorías, la fibra, el calcio, el selenio y varias vitaminas [32].

Como todos los tumores malignos, el cáncer colorrectal produce una serie de síntomas, que pueden variar en función de su localización. Se encuentra sangre en las heces, que puede ser roja o negra, la cual implica la aparición de anemia, que puede producir en mayor o menor medida, sensación de falta de aire, cansancio, palpitaciones y mareo. También aparece un cambio en el ritmo de las deposiciones, lo más frecuente es que se intercalen períodos de estreñimiento con períodos de diarrea. Generalmente, las heces

son más estrechas debido a que el tumor estrecha el intestino y no permite el paso normal de las heces. Si se trata de un tumor localizado en recto o en colon izquierdo, se produce tenesmo [31].

El dolor abdominal es otro de los síntomas más frecuentes, debido al cierre parcial del calibre del tubo intestinal ocasionado por el tumor. Se produce un cuadro de dolor abdominal tipo cólico, y cuando el cierre es completo se acompaña de estreñimiento y vómitos. Además, el paciente presenta un cansancio extremo y una pérdida de peso sin causa aparente [31].

Entre los anteriores síntomas indicativos de problemas en el aparato intestinal, los pacientes, inicialmente, los consideran como problemas de poca gravedad, y la mayoría tratan de resolverlos por medio de sus propios conocimientos, utilizando remedios caseros, infusiones de plantas y frutas. En la medida que esas señales se intensifican, impidiendo el ejercicio de la vida cotidiana, los pacientes reevalúan su importancia y buscan soluciones en el sistema sanitario [33].

Recibir un diagnóstico de cáncer colorrectal conlleva un gran impacto emocional y supone una ruptura en la forma de vida [31], lo cual provoca sufrimiento, angustia y percepción de fragilidad [33].

Por otro lado, este tipo de cánceres originan, frecuentemente, una insatisfacción con la imagen corporal mayor que en otros tipos de neoplasias debido a la visibilidad del cáncer y los posibles tratamientos que afectan a su aspecto físico [5]. En este sentido, la neoplasia colorrectal implica una mayor presencia de personas ostomizadas en nuestro entorno social. La ostomía representa una agresión en la funcionalidad y supone un gran impacto en la imagen corporal [7].

5.4. Tratamiento del cáncer y su afectación en la imagen corporal

Los mismos tratamientos que permiten sobrevivir a los pacientes con cáncer a su enfermedad, pueden dar lugar a efectos secundarios molestos, así como dificultades y

problemas con la imagen corporal. El tratamiento del cáncer puede producir varios cambios temporales o permanentes en la apariencia física [5].

Las modificaciones físicas temporales pueden incluir pérdida de pelo, aparición de desnutrición y alteraciones en la integridad de la piel [5,34]. Por otro lado, las permanentes, pueden variar desde leves cicatrices hasta la pérdida de una parte del cuerpo o pérdida de la función física y/o sexual [5]. Todos los efectos secundarios del tratamiento médico, afectan adversamente a la calidad de vida de los pacientes [24].

El impacto en la percepción de la imagen corporal como consecuencia de los diferentes tratamientos activos, puede ser devastador en algunos casos. Algunos de los tratamientos que implican importantes modificaciones a nivel estético son sobretodo la cirugía y algunos tipos de QMT [24]. La prevención de la incapacidad o la minimización de los efectos secundarios de los tratamientos es competencia del equipo de rehabilitación. Es el que se encarga de ayudar al paciente a alcanzar sus metas funcionales en todas las etapas de la enfermedad y tratamiento [18].

La elección del tratamiento médico depende del tumor, estadio, ubicación, extensión, pronóstico y características particulares de cada paciente [18]. Los tres tratamientos más prevalentes en la curación del cáncer son la cirugía, la RDT y la QMT.

5.4.1. La cirugía oncológica

Los defectos de algunas cirugías como son las cicatrices, amputaciones, deformidades, asimetrías y linfedemas, pueden afectar a nivel estético y alguno de ellos conllevan además, una incapacidad funcional. Estos cambios están asociados a una insatisfacción corporal y deterioro de la percepción de la imagen corporal [6]. Además, a causa de la gran modificación que sufre su apariencia física, los pacientes temen, a veces, a ser rechazados por su pareja [35].

En cualquier tipo de cirugía son comunes el dolor, la anorexia, la astenia (cansancio) y algún grado de gastroparesia e íleo paralítico, que comprometen de alguna manera, la ingesta alimentaria normal [34].

Para el **cáncer de cabeza y cuello** se considera la cirugía como el tratamiento de primera elección, aunque en muchas de las ocasiones, la curación del cáncer significa la deformación del rostro [6]. La cirugía busca tanto el control de la enfermedad como la preservación y rehabilitación de las funciones básicas [36].

En la cirugía se producen defectos tras la exéresis de los tejidos afectados y de su margen de seguridad. Entre ellos, destacan las cicatrices y fibrosis, deformidades con afectación en la estética facial (tras una maxilectomía o mandibulectomía), defectos por comunicación entre cavidades como las oronasales u orosinusales, y deterioro de las funciones bucales. En la mayoría de los casos, estos pacientes requieren de cirugía reconstructiva o prótesis maxilofaciales (obturadores que tapan y sellan las comunicaciones entre cavidades, o las epítesis faciales que rellenan y maquillan los defectos a nivel de la cara) [20].

Dentro de los cánceres de cabeza y cuello, se encuentra el cáncer de laringe, el cual tiene una elevada prevalencia en Europa y posee diversas técnicas quirúrgicas, entre las que se encuentra la laringectomía total. Se trata de un procedimiento que extirpa toda la laringe. Es una cirugía mutilante ya que va asociada a traqueostomía permanente y a la pérdida de la voz (se extirpan las cuerdas vocales) [2]. La creación quirúrgica de aberturas artificiales y caminos alternativos, son muy visibles y pueden provocar un profundo efecto negativo sobre la imagen corporal [37].

La eliminación de estructuras anatómicas directamente relacionadas con funciones básicas (comer, hablar, respirar) hace que las secuelas del tratamiento quirúrgico se consideren como determinantes en la calidad de vida de los pacientes [36]. Es primordial dar información detallada, tanto al paciente como a cuidadores, acerca del impacto de la cirugía y los cambios en la imagen corporal, del estilo de comunicación y del modo de alimentación temporal o definitiva [18].

El postoperatorio de los pacientes sometidos a cirugía por cáncer de cabeza y cuello generalmente es complejo, presentando complicaciones médicas o quirúrgicas el 50% de los enfermos operados [6].

El tipo de cirugía utilizada en el tratamiento del **cáncer de mama** es un factor importante en la imagen corporal de las mujeres afectadas [4]. Existen dos opciones quirúrgicas para el tratamiento: la cirugía conservadora y la mastectomía [38].

La mastectomía es un procedimiento quirúrgico invasivo que desafía el cuerpo de la mujer en las dimensiones sexuales, maternas y de feminidad [15]. En la mayoría de los casos, se trata de una experiencia dolorosa debido al significado del pecho femenino, que no sólo se atribuye a la estética, sino que se encuentra íntimamente relacionado con la maternidad y la lactancia [4]. Los sentimientos y la disonancia se expresan cuando se compara el ex cuerpo con el presente [15].

El tipo de cirugía, interfiere en el grado de satisfacción de la mujer con su propio cuerpo y en su calidad de vida, siendo las mujeres mastectomizadas las que tienen una peor imagen corporal y menor autoestima [4]. La pérdida de valor referida a una parte de la imagen corporal se transfiere al resto de la misma y de ahí a toda la personalidad, apareciendo una cadena de pensamientos: “mi pecho no vale” -> “mi cuerpo no vale” -> “yo no valgo”. Este camino lleva a una caída de la autoestima que la hace no quererse o incluso despreciarse, encerrarse en sí misma, mostrar timidez, inseguridad e inhibición social, que no existían antes [39].

Hasta hace poco tiempo el tratamiento más frecuente era la mastectomía pero en la actualidad se ha impuesto la cirugía conservadora. Ésta última ha mejorado considerablemente los resultados clínicos en la imagen corporal y en la sexualidad de la mujer, y en menor grado, en el ajuste psicológico o morbilidad [4,5]. Las mujeres que reciben cirugía conservadora experimentan mayores sentimientos de atractivo físico y feminidad en comparación con las mujeres que reciben una mastectomía [38].

La elección del tratamiento difiere sustancialmente por la edad [40]. En las mujeres jóvenes, prevalece el mantenimiento de la imagen corporal por lo que generalmente prevalece la cirugía conservadora. Sin embargo, el incremento de la edad supone una mayor probabilidad de recibir una cirugía radical [38].

El **cáncer colorrectal** implica en numerosas ocasiones la colocación de una ostomía, lo cual modifica, de forma importante, el modo de vida y la sexualidad de los pacientes.

Estas modificaciones no sólo afectan a nivel estético, sino también a las derivadas de la propia ostomía, ya que supone una fuente de olores, ruidos y heces fecales [41].

La ostomía representa un gran impacto negativo en la imagen corporal de los pacientes con cáncer colorrectal [42]. Prácticamente quedan dañados todos los aspectos de la vida cotidiana de una persona: los hábitos higiénicos, la alimentación, el modo de vestir, el ocio, la sexualidad, la vida social y laboral [7]. En el caso del hombre, los daños causados en los nervios pélvicos pueden ocasionar una disfunción eréctil temporal o permanente. En la mujer, una modificación en la angulación de la vagina puede ser incómoda durante las relaciones sexuales [35].

En el hombre se produce una rotura de los dogmas entre masculinidad y poder, marcados por la imagen de ser fuerte y tener el cuerpo resistente, llevándolo a un proceso de resignación con la situación [33], y quedando afectados, los aspectos más relacionados con la interioridad de las personas: el auto-concepto [7].

El impacto de una ostomía puede ser devastador, incluso en un período postoperatorio sin complicaciones [40]. La adaptación a una ostomía conlleva asumir cambios y reorganizar la vida [7]. Es un largo proceso que empieza antes de la operación y continúa hasta después de la cicatrización de las heridas [40]. Es en el postoperatorio inmediato, donde la persona toma realmente conciencia de su nueva situación, debe enfrentarse a ella, asumirla e iniciar el reajuste personal [7].

Tras el cambio físico o una pérdida de la imagen corporal “perfecta”, sobreviene un proceso normal de duelo. Retomar la normalidad es el objetivo deseado para obtener sentido de control sobre las normas sociales [33,40].

Es importante destacar que aquellos pacientes cuya imagen corporal está más perturbada corren el riesgo de experimentar mayores síntomas de ansiedad y depresión [42].

Los programas de educación sanitaria incluyen abundante información y apoyo técnico dirigido a conseguir la destreza suficiente en el manejo de la ostomía, sin embargo, el aspecto más emocional del cuidado, el afrontamiento, pasa desapercibido en muchos casos [7].

5.4.2. La radioterapia

Aproximadamente el 50% de los enfermos neoplásicos reciben RDT, bien como terapia única o coadyuvante a la QMT o cirugía. Posee fines curativos o paliativos [43,44]. Consiste en el empleo de radiaciones ionizantes para evitar la proliferación celular [24], impide el crecimiento y división de las células e incluso llega a la destrucción de las mismas. Cuando se irradia una parte del organismo se produce una destrucción de células tanto tumorales como sanas [43].

La RDT puede ser el único tratamiento utilizado para combatir la enfermedad, aunque como consiste en un tratamiento locorregional, se ha generado la necesidad de asociarla a otras intervenciones con el objetivo de aumentar la probabilidad de control tumoral. También se utiliza para controlar el cáncer cuando es imposible su extirpación o como método profiláctico. La radiación paliativa se administra a menudo para aliviar los síntomas de la metástasis [24].

Los efectos secundarios de la RDT aparecen en la región irradiada y dependen de la dosis, el fraccionamiento y la concomitancia o no de otros tratamientos [43]. Como regla general, los efectos aparecen durante las dos primeras semanas de comenzar el tratamiento y no suelen desaparecer hasta la segunda o la cuarta semana después de su finalización. Los efectos secundarios generales a todos los tratamientos de RDT son las reacciones cutáneas, la astenia y la pérdida de apetito [34,43].

Las reacciones en la piel es el efecto externo más frecuente de la RDT, ya que las radiaciones siempre atraviesan la piel. Se padece con mayor intensidad en los tumores de mama, pulmón y cabeza y cuello. El eritema inicial puede aparecer en las primeras veinticuatro horas y alcanza un máximo entre la segunda y la cuarta semana de tratamiento [43]. Estos efectos sobre la piel son pasajeros y el área se cura gradualmente una vez terminado el tratamiento, sin embargo, algunas personas pueden continuar teniendo un cambio en la coloración de la piel, un matiz ligeramente rosado o marrón claro, durante unos años [24].

Por otro lado, la astenia es otro efecto muy frecuente durante el tratamiento que desaparece al finalizar el mismo [24,34,43]. Se define como la sensación de agotamiento físico, emocional y mental mayor de lo habitual [10]. Por último, suele

aparecer una disminución del apetito, que es debido a los efectos secundarios del propio tratamiento o bien a un estado de ansiedad [34].

La RDT de los tumores de **cabeza y cuello** es la que produce más sintomatología, pudiendo ocasionar de forma aguda mucositis orofaríngea muy dolorosa, disfagia (dificultad para la deglución) y odinofagia (dolor de garganta al tragar). Los posibles efectos crónicos son: xerostomía (sequedad de boca por mal funcionamiento de las glándulas salivales), pérdida del sabor y olfato, caries dental, úlceras, osteorradionecrosis mandibular (alteración ósea en la que hay desvitalización del hueso) y trismus (constricción intensa de los maxilares producida por la contracción de los músculos masticadores) [34,44]. Además, se produce caída del cabello durante el tratamiento [1]. Algunos síntomas, como las alteraciones del gusto y olfato, y la xerostomía, pueden tardar varios meses en recuperarse o mantenerse indefinidamente [34].

Es necesario explicar el impacto de la xerostomía y la mucositis, las alternativas para cambiar la consistencia de los alimentos y el posible riesgo de complicaciones como es la broncoaspiración y sus consecuencias [18].

En el tratamiento del **cáncer de mama** con RDT, la complicación aguda más frecuente es la dermatitis en los campos irradiados, presentándose la piel roja, seca y con mayor sensibilidad al tacto, al igual que en una quemadura solar [45]. Además, algunas pacientes pueden presentar telangiectasias (dilataciones de pequeños vasos en la superficie de la piel) en el área de la mama irradiada [45]. Un estudio cualitativo reciente mostró como las modificaciones cutáneas secundarias a RDT afectan a la calidad de vida de estas mujeres y a la percepción de su imagen corporal. Puede generar ansiedad y preocupación relacionado con la reacción de los demás ante su aspecto físico. Condiciona, por otro lado, la elección de ropa con el objetivo de evitar la visibilidad de los cambios [46].

En relación al **cáncer colorrectal**, generalmente la RDT tiene un papel importante en el tratamiento del cáncer de recto, mientras que en el de colon no se emplea de forma rutinaria. La toxicidad aparece en los órganos que están dentro del campo de tratamiento: vejiga urinaria, intestino delgado y recto. Los síntomas más frecuentes, a

nivel de la vejiga, son la sensación de ardor y escozor durante la micción. A nivel del intestino delgado se producen diarreas y dolor abdominal, y a nivel del recto, provoca dolor y/o tenesmo [34]. Estos efectos pueden persistir a lo largo del tiempo y afectar a la calidad de vida del paciente [47]. Las complicaciones de la RDT pueden tener un impacto negativo en el bienestar general del paciente y afectar a su funcionamiento sexual [48].

5.4.3. La quimioterapia

La QMT debilita y destruye las células cancerosas que crecen y se dividen rápidamente de forma descontrolada y sin orden. Se emplea ante todo para el tratamiento de neoplasia generalizada en combinación con la RDT, para disminuir la masa tumoral en el preoperatorio y destruir células neoplásicas residuales del postoperatorio. No obstante, no está exenta de efectos secundarios (inmediatos, precoces, retardados o tardíos) [24]. La mayoría de ellos desaparecen rápidamente después de haber completado el tratamiento, sin embargo, algunos pueden persistir durante varios meses hasta que desaparecen completamente [45]. Cabe decir, que en ocasiones, los pacientes pueden presentar sólo algunos síntomas o incluso ninguno de ellos [24].

Los efectos secundarios más comunes en el tratamiento de QMT son los que aparecen de manera más inmediata (horas o días después) o precoz (días o semanas después) [35]. Entre ellos destaca, la toxicidad cutánea, que puede aparecer como manifestaciones locales (flebitis y extravasación) o generalizadas en piel y anejos cutáneos (uñas, folículos pilosos) [10].

Las uñas se ven afectadas con mucha frecuencia, apareciendo onicodistrofia (alteración del color y del crecimiento de las uñas) y onicosis (destrucción de la uña). También puede aparecer perionixis y paroniquia (presentación de eritema con descamación alrededor de los dedos), acompañado de dolor y formación de pequeñas fisuras. Generalmente, se relacionan con las dosis acumuladas de los fármacos así como con el tiempo de tratamiento [10].

En algunos tipos de QMT el efecto más visible es sin duda la alopecia (pérdida de cabello) [35]. Se trata de uno de los efectos secundarios más frecuentes, generalmente

reversible, cuya aparición puede ser muy traumática para los pacientes [8]. Se produce en toda la superficie corporal y sobre el 90% del vello en fase de crecimiento. Comienza a las 2-3 semanas del tratamiento, siendo máxima a los dos meses y recuperándose a partir de los 3-6 meses del cese del tratamiento. En ocasiones el nuevo cabello es de características diferentes. El grado de alopecia depende de diferentes factores como las dosis de los fármacos y la vía de administración [10].

A pesar de los avances en el tratamiento de los efectos secundarios resultantes de la QMT, la alopecia sigue siendo difícil de resolver. Puede tener profundas consecuencias psicosociales y en la calidad de vida de los pacientes provocando ansiedad, depresión, una imagen negativa de su cuerpo, baja autoestima y escaso bienestar [9]. La falta de preparación y de apoyo social son los principales factores asociados con la angustia relacionada con la alopecia. En este sentido, es importante desarrollar intervenciones educativas para preparar a los pacientes a hacer frente a este problema [49]. La información previa, el apoyo psicológico, la no utilización de tintes ni secadores, y evitar la exposición solar son algunas de las medidas recomendadas [10]. La evidencia reciente sugiere que los nuevos regímenes de hipotermia en el cuero cabelludo pueden ser seguros y efectivos [9].

Por otro lado, la QMT puede producir erupciones cutáneas, xerosis y telangiectasias. La forma más común de presentación de las erupciones cutáneas es la llamada reacción papilopustular o rash acneiforme (erupción dermatológica en zonas ricas de glándulas sebáceas) que afecta a diferentes zonas corporales como la cara, el cuello, la espalda, la parte superior tórax y el cuero cabelludo. Normalmente se resuelve en unas 4-6 semanas desde la aparición, quedando en la zona afectada una evidente sequedad cutánea. La xerosis aparece a las semanas del inicio del tratamiento y consiste en la sequedad de piel y otras membranas mucosas. Se produce en brazos y piernas, pero también en zonas que han sido afectadas por la erupción rash acneiforme. Por último, las telangiectasias o arañas vasculares son dilataciones de capilares pequeños y vasos superficiales. Predominan en la zona facial y superior del tórax y puede empeorar con la exposición solar [10].

Los pacientes sometidos a QMT pueden presentar náuseas y vómitos, mucositis, diarrea o estreñimiento, esofagitis, alteraciones del gusto y anorexia como consecuencia de la toxicidad digestiva (inmediata o precoz) secundaria, que interfiere directamente en la calidad de vida de estos pacientes [8].

Las náuseas y vómitos, son los efectos secundarios más frecuentes y aparecen en más del 70% de los pacientes, produciendo una disminución de la ingesta oral, debilidad general y pérdida de peso [34]. Se encuentran entre los efectos adversos que más ansiedad provocan en los pacientes y obliga, en algunos casos, a posponer, cambiar o suspender los tratamientos, debido a la aparición de complicaciones, como deshidratación o desequilibrio electrolítico [10].

La mucositis es la inflamación de la mucosa del tracto digestivo, extendiéndose desde la boca hasta el ano. Es un efecto secundario muy frecuente, apareciendo hasta en un 35-40% de los pacientes que reciben QMT. Generalmente es de corta duración y puede causar dolor intenso y dificultar la ingesta oral [34]. Se manifiesta principalmente con enrojecimiento y/o úlceras de mucosas [10].

También pueden aparecer, aunque con menor frecuencia, otros efectos secundarios como la fiebre y reacciones alérgicas. Las reacciones alérgicas, conocidas como reacciones infusionales, aparecen durante la infusión del tratamiento. Las formas clínicas más frecuentes son: exantema (pequeñas pápulas que van confluyendo hasta formar placas generalizadas), eritema fijo pigmentario (placa eritematosa redondeada, que a las pocas horas evoluciona a una ampolla central) y urticaria (pápulas eritematosas y edematizadas, asociadas a prurito intenso) [10].

La QMT puede provocar, como efecto más retardado o tardío, daño en los ovarios, cambios menstruales, síntomas de la menopausia, cambios en la fertilidad e infertilidad. Las mujeres menores de 40 años presentan una incidencia del 31-38% de amenorrea y en las mujeres de más de 40 años es todavía mayor. Estas mujeres pueden experimentar la menopausia como una pérdida significativa de su feminidad y tener por ello más problemas con su imagen corporal [8,24]. Tanto en mujeres como en hombres, algunas QMT causan infertilidad [35]. Asimismo, puede disminuir la libido y causar sequedad

vaginal, por lo que a menudo, provocan un descenso significativo de su actividad sexual [8].

Aunque la mayoría de pacientes sufre una disminución de peso, en el caso de las mujeres que reciben QMT adyuvante para el cáncer de mama, sucede todo lo contrario. Generalmente, las pacientes premenopáusicas ganan más peso (>10 kg). La ganancia de peso ocurre entre 50- 90% de las pacientes en estadios tempranos (I y II) y oscila entre 2.5- 7 kg [8]. El aumento de peso y la hinchazón, cambia el aspecto y redondea la cara produciendo mucha incomodidad y malestar a quién lo sufre, pues rechaza esa nueva imagen alterada [39].

Los diferentes efectos físicos de la QMT pueden desencadenar alteraciones en el estado anímico del individuo (tristeza, irritabilidad) además de la debilidad asociada al tratamiento [31]. La astenia es una de las complicaciones más frecuentes, apareciendo hasta en el 90% de los pacientes. Es común que aparezca pasados unos días de la QMT y puede persistir hasta pasados unos meses o años tras finalizar el tratamiento en más del 50% de los casos [10].

Los pacientes que reciben QMT sufren diferentes cambios en su apariencia física que afectan a la percepción de su imagen corporal, dando lugar a inseguridad o insatisfacción con su propio cuerpo. La pérdida de peso y la pérdida de interés sexual, son consideradas como los efectos secundarios más graves del tratamiento de QMT [5]. Todo ello comporta un proceso de adaptación importante que implica la superación de los innumerables cambios corporales para lograr la aceptación a su nueva imagen corporal [24].

5.5. La progresión de la enfermedad y su afectación en la imagen corporal

La evolución de la enfermedad produce diferentes síntomas que afectan a la apariencia física. En muchos casos, la presencia de estos cambios supone la autoconciencia del individuo sobre la progresión de la enfermedad.

Entre las manifestaciones más frecuentes en estadios avanzados de la enfermedad, que impactan directamente en la imagen corporal de la persona con cáncer, el síndrome

anorexia caquexia es el más común, especialmente en el cáncer de páncreas, pulmón, esófago, colorrectal y de cabeza y cuello [11].

La anorexia es la causa principal de malnutrición en pacientes con cáncer y es un síntoma que está asociado con la caquexia [11].

La caquexia tumoral, devastadora en cualquier etapa del cáncer, se define como un síndrome caracterizado por una marcada pérdida de peso, anorexia y astenia, que conduce a la malnutrición [11,50]. Se trata de un estado hipermetabólico que lleva al paciente a un adelgazamiento acelerado. Se caracteriza por debilidad y pérdida progresiva de peso corporal, grasa y masa muscular (esquelética y cardíaca), anorexia y saciedad precoz, afectación rápida del estado general (piel pálida, rugosa, sin elasticidad, pérdida del vello), alteraciones metabólicas (anemia, edemas, déficit vitaminas, alteración hidroelectrolíticas) y déficit inmunológico (mayor tendencia a infecciones) [34]. A menudo se complica con otros problemas en la ingesta de alimentos, como son la integridad y la función del tracto gastrointestinal, o con problemas físicos y psicosociales mal controlados, como el dolor, la dificultad para respirar, la depresión o la fatiga severa [11]. La caquexia no sólo aumenta la morbilidad y la mortalidad, sino que disminuye claramente la calidad de vida del paciente oncológico, y además, incrementa el gasto sanitario [34,50].

Es responsable directa o indirectamente de la muerte de un tercio de los pacientes con cáncer. Se estima que el 20-50% de los pacientes que padecen esta enfermedad experimentan caquexia y alrededor del 65-80% en la fase terminal de la enfermedad [34,51].

En el diagnóstico inicial del cáncer, se recomienda el cribado y la evaluación nutricional, antes de que comience el tratamiento del cáncer y debe continuar durante toda la atención [11].

El cribado nutricional es el proceso de evaluación de los factores de riesgo de malnutrición que predispongan al paciente a deficiencias nutricionales. Entre los factores de riesgo predisponentes encontramos: pérdida de peso $\leq 5\%$ en 1 mes, $\leq 10\%$ en 6 meses, la ingesta oral inadecuada de ≤ 7 días, la albúmina sérica de $3,5 \text{ g / dl}$,

cirugía reciente, infección severa, la RDT reciente o QMT agresiva, malestar persistente con más de 2 semanas de duración, náuseas, vómitos, disfagia, diarrea, mucositis, depresión, anorexia, demencia, pobreza y adicción (alcohol o drogas) [11].

La angustia y los trastornos en las actividades diarias, causadas por la anorexia-caquexia deja a los pacientes frágiles y su apariencia demacrada es devastadora para los pacientes y sus familias [11]. Un estudio cuantitativo reciente mostró que la insatisfacción con la imagen corporal en pacientes con cáncer estaba fuertemente asociada con la pérdida de peso y con la angustia psicosocial que generaba en pacientes y cuidadores [52]. En algunos casos, afecta a las relaciones sociales debido a las posibles reacciones de las personas hacia su cuerpo, lo que conlleva en muchas ocasiones a una baja autoestima y al aislamiento social [12].

El tratamiento óptimo para la caquexia tumoral es la curación del cáncer subyacente, sin embargo, este objetivo no siempre es alcanzable mediante los tratamientos disponibles [50]. En situación de enfermedad avanzada, la presencia de este síntoma se asocia fuertemente a la progresión de la enfermedad y a la cercanía de la muerte lo que genera una ansiedad añadida y sentimientos de incertidumbre [12].

En general, podemos afirmar que los procesos oncológicos conllevan importantes modificaciones en la imagen corporal lo que puede provocar reacciones emocionales de suficiente intensidad que alteren, aunque sea temporalmente, las defensas psíquicas y por tanto la vida del paciente y su familia [53].

5.6. Reacciones psicológicas en el paciente oncológico

La presencia de cáncer es un evento catastrófico, asociado a la idea de muerte, incapacidad, desfiguración física, dependencia y disrupción de la relación con otros [54]. Tal y como se ha comentado anteriormente, el cáncer puede desencadenar diferentes modificaciones que afectan a la autopercepción de la imagen corporal y ello puede ser origen de diferentes reacciones psicológicas. Entre ellas destaca el malestar emocional (*distress*) que incluye reacciones de ansiedad y depresión [53,55], que provocan entre otros, una disminución en la autoestima y cambios en la sexualidad del individuo [53].

Ansiedad

Es la forma más común de *distress* psicológico en pacientes con cáncer [54]. Se considera un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y cursa con sintomatología física y psíquica [55]. Puede ser: situacional (causada por un problema médico o tumores secretores de hormonas), secundaria al tratamiento o una exacerbación de un trastorno de ansiedad preexistente [54].

La prevalencia de la ansiedad en enfermedades oncológicas difiere según los instrumentos de evaluación que se utilicen y la localización tumoral. Algunos estudios han mostrado que el 25% de pacientes diagnosticados de cáncer presentan ansiedad, el 4% manifiesta síntomas de ansiedad y el 21% cumple criterios de Trastorno adaptativo con ansiedad (21%) [55].

Los diversos tratamientos activos como la QMT, RDT o cirugía pueden ser inductores de ansiedad relacionado con el miedo a la anestesia, a la muerte o los efectos secundarios [24]. Puede manifestarse en cualquier momento de la trayectoria de la enfermedad y su intensidad puede variar a lo largo del tiempo.

Un estudio realizado en pacientes con cáncer de mama mostró como la ansiedad aumentaba con el diagnóstico, alcanzaba su nivel más elevado antes de la mastectomía, se mantenía elevada tras la cirugía y comenzaba a descender después del primer año tras la intervención quirúrgica [55].

Por otro lado, la ansiedad es una de las principales causas del insomnio, que es el trastorno del sueño más prevalente en pacientes con cáncer y provoca consecuencias negativas sobre la actividad cotidiana y la calidad de vida [10,55]. Un 50% o más de los pacientes oncológicos presentan trastornos del sueño y entre el 30% y 50% de los pacientes recién diagnosticados de cáncer refieren dificultades para dormir. [55].

Se considera importante identificar y tratar la ansiedad, ya que interfiere de forma notable en la calidad de vida del paciente y puede disminuir su capacidad para tolerar el tratamiento y los efectos secundarios del mismo [55].

Depresión

La depresión clínica o trastorno depresivo mayor es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un periodo al menos de 2 semanas de duración durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés en las actividades. La prevalencia de depresión mayor en pacientes con cáncer es entre el 5% y el 8% [55].

Se trata de un problema infradiagnosticado, ya que suelen considerarse reacciones “normales” a la enfermedad o bien porque se considera que los síntomas observados pueden ser debidos no sólo a la propia depresión sino también al cáncer y los tratamientos oncológicos [55].

Los factores de riesgo incluyen: antecedentes de depresión e intentos suicidas, sexo femenino (2 veces más que en hombres), la edad (más común en jóvenes), bajo apoyo social, abuso de sustancias, incapacidad física o funcional, duelo reciente, presencia de dolor o fatiga extrema, enfermedad avanzada, estar en tratamiento (activo o paliativo) y *distress* existencial (pérdida de significado) [54,55].

Es necesario destacar la importancia de detectar de forma temprana estos problemas para poder proporcionar intervenciones adecuadas. Enfermería tiene un papel primordial ya que es la que permanece más tiempo con el paciente.

5.7. Rol de enfermería

El diagnóstico de cáncer es un hecho altamente estresante, siendo una de las experiencias más complejas y temidas en nuestra sociedad. Preguntas como “¿por qué a mí?”, “¿por qué me pasa esto ahora?”, “¿qué he hecho?”, etc, suelen ser frecuentes [24]. Los cambios en la autoimagen, derivados del proceso oncológico o sus tratamientos, provocan reacciones emocionales de pérdida, ansiedad, disminución de la autoestima, depresión y deterioro en la vida cotidiana [53], afectando así, en el funcionamiento social, físico y psicológico del paciente [24].

Las etapas psicológicas por las que pasa una persona cuando tiene que enfrentarse a un diagnóstico de cáncer [24] o ante la pérdida de un miembro o función corporal, así como a cambios de imagen traumáticos [53], son similares a las descritas por Kübler-

Ross cuando una persona tiene que enfrentarse a la muerte: shock, negación, ira, negociación, depresión y aceptación. No siempre se pasa por todas las etapas y el orden puede alterarse [24].

El equipo interdisciplinar debe ser consciente de las diferentes reacciones emocionales que puede presentar el paciente y desarrollar un tratamiento global en el que se anticipen y atiendan todas las necesidades, siempre desde una perspectiva bio-psico-social [53]. Es necesaria la adquisición de habilidades de comunicación y establecer una relación terapéutica basada en la confianza mutua, la veracidad, el respeto, la sensibilidad y la escucha activa [55]. La enfermera, en general, es la que procura mayor tiempo, cercanía y disponibilidad personal hacia las necesidades de los pacientes, y asumen el hecho de que las relaciones interpersonales son una parte básica y fundamental del proceso de atención sanitaria [53]. Por este motivo, su papel es primordial en la identificación de las preocupaciones sobre la imagen corporal y como aliviarlas. Para ello es necesario ofrecer una atención integral y personalizada [24].

Los cambios en la imagen corporal repercuten directamente en los diferentes niveles de respuesta: a nivel perceptivo (distorsiones perceptivas), cognitivo (errores cognitivos en relación al cuerpo y a las reacciones de los demás), fisiológico (casos en los que hay pérdida de una función), afectivo-emocional (respuestas emocionales: ansiedad, displacer, frustración) y conductual (vergüenza y miedo al rechazo) [3]. Las enfermeras pueden ayudar a las personas a adoptar actitudes positivas, en la medida de sus posibilidades, ofreciendo el apoyo emocional necesario [53].

Los objetivos prioritarios de enfermería en este tipo de situaciones son [3,53]: facilitar la aceptación de la pérdida o de la imagen corporal, promover el apoyo familiar y social, desarrollar estrategias y recursos de afrontamiento, facilitar el desarrollo de una nueva imagen corporal y potenciar la autoestima

Las intervenciones enfermeras se inician desde el primer contacto con el paciente y se realizan durante todo el proceso [53]. Son múltiples y van encaminadas a ayudar al paciente a afrontar el diagnóstico y los efectos del tratamiento, reducir la ansiedad, disminuir la incertidumbre, aislamiento, indefensión, fomentar una actitud más

participativa en la recuperación posterior y clarificar percepciones e informaciones erróneas [24].

Las intervenciones iniciales van dirigidas 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 [53]. Se debe valorar la afectación de los cambios corporales en su vida ayudando a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal. Es importante reforzar aspectos positivos y respetar su identidad cultural y religiosa. Es necesario identificar las creencias y significados atribuidos a la enfermedad que pueden repercutir en el bienestar psicológico del paciente y animarlo a expresar sus sentimientos y emociones, lo que permite dar una salida constructiva a la ira y la hostilidad [3,53].

La intervención del personal de enfermería en el período pre y post operatorio favorece la erradicación de pensamientos erróneos, aumentando la seguridad del paciente, su amor propio, su autoestima y su aceptación [24]. Es importante identificar y potenciar el contacto con personas relevantes para el enfermo, que ofrezcan un adecuado apoyo [3], y conocer cómo se sienten con los cambios [53].

La enfermera puede orientar sobre recursos que disminuyan el impacto causado por cualquier desfiguración (ropa, pelucas o cosméticos) [49], desarrollando así habilidades para potenciar nuevas formas de arreglarse y cuidar su cuerpo [3]. Ante la pérdida de una función, es importante fomentar el autocuidado y en el caso que sea necesario, incluir la rehabilitación. Asimismo, puede ser conveniente para estos pacientes el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares o que tengan intereses y objetivos comunes. En este sentido, la información sobre grupos de apoyo puede resultar de ayuda [53].

Por último, en estadios avanzados es importante ser consciente de los diferentes significados que pueden atribuirse a la presencia de algunos síntomas, como la caquexia, para facilitar la adaptación de estos pacientes tanto a su imagen corporal como a la nueva situación clínica. En estas situaciones el apoyo emocional, el control de síntomas, la detección de problemas psicológicos como la ansiedad o la depresión constituyen objetivos primordiales.

6. CONCLUSIONES

El cáncer es una patología con elevada incidencia cuyo diagnóstico supone un gran impacto emocional en los individuos. Los cambios físicos derivados de este tipo de procesos suponen un reto importante para los pacientes, ya que no sólo se enfrentan a una enfermedad grave, sino que deben adaptarse, en muchos casos, a una nueva imagen corporal.

La apariencia física en nuestra sociedad está muy valorada por lo que las modificaciones corporales derivadas de los procesos neoplásicos pueden tener importantes repercusiones psicológicas en el individuo, afectar a su autoestima y a la calidad de vida.

La localización del tumor es un aspecto importante en relación al posible impacto en la autopercepción de la imagen corporal. En este sentido, aquellos tumores localizados en zonas más visibles como es el caso del cáncer de cabeza y cuello, el de mama o el colorrectal implican un proceso de adaptación importante para el paciente. En estos casos el posible rechazo social hacia su nueva imagen constituye un factor importante al que los pacientes deben hacer frente. Algunos tumores como el de mama tienen connotaciones culturales que ocasiona que las personas que lo sufren puedan sentir inseguridades, baja autoestima, y otras alteraciones psicológicas.

Por otro lado, tanto los tratamientos activos dirigidos a la curación de la enfermedad como la progresión del propio proceso patológico originan cambios corporales constituyendo un evento vital estresante.

Todos estos cambios producen un nivel de malestar importante en el paciente que es necesario manejar. Por este motivo, es aconsejable la aplicación de medidas dirigidas a favorecer la adaptación del paciente a su nueva imagen corporal a través de una atención integral y personalizada mediante intervenciones preventivas basadas en el apoyo emocional. Siempre desde una perspectiva bio-psico-social y con la ayuda del equipo interdisciplinar.

Debido al gran impacto que puede suponer este tipo de patologías, es necesaria más investigación de las transformaciones y cambios corporales que se producen a causa del proceso oncológico y analizar en profundidad las consecuencias psicológicas, ya que son de vital importancia en el mantenimiento de la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

En la revisión de la literatura, la mayoría de artículos publicados se centraron en el cáncer de mama, el cual posee un gran impacto en la autoimagen de la mujer y sólo algunas trataron los otros tipos de cáncer, que afectan de manera muy significativa en la vida de los enfermos, como es el caso del cáncer de cabeza y cuello y el colorrectal. Partiendo de la base de que cualquier proceso oncológico puede suponer un impacto en la imagen corporal del individuo se considera necesario ampliar la investigación a otros tipos de cáncer.

7. REFLEXIÓN PERSONAL

La realización de la revisión bibliográfica, me ha servido para mi desarrollo personal profesional. Hoy en día la imagen corporal juega un papel primordial en nuestra cultura. Sin embargo, la gente se olvida de que el valor de una persona no lo determina su aspecto físico sino muchos otros factores.

El profesional de enfermería debe de entender al paciente como un ser bio-psico-social que necesita una atención holística. Son quienes permanecen más tiempo con el paciente lo que les permite identificar necesidades, problemas y establecer planes de cuidados individualizados.

No obstante, para ofrecer intervenciones adecuadas, es necesario que el profesional de enfermería incorpore conocimientos acerca el proceso oncológico, los posibles tratamientos y las repercusiones a nivel estético.

En éste trabajo de final de grado, me he centrado en las tres neoplasias que producen mayor impacto a nivel corporal, pero en todos los procesos oncológicos aparece en mayor o menor grado una alteración en la apariencia externa.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] International Agency for Research on Cancer (IARC). Latest world cancer statistics global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012. Página web. [Consultado el 20 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf
- [2] Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). ¿Qué es el cáncer y como se desarrolla?. Página web. [Consultado el 15 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.seom.org/>
- [3] Fernández AI. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*. 2004; 1(2): 169-80.
- [4] Sebastián J, Manos D, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clín Sal*. 2007; 18(2): 137-61.
- [5] DeFrank, JT, Mehta CC, Stein KD, Baker F. Body image dissatisfaction in cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*. 2007; 34: E36-41.
- [6] Lozano-Arrazola A, Cupil-Rodríguez AL, Alvarado-Aguilar S, Granados-García M. Impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes. *Gac Mex Oncol*. 2011; 10(3):156-61
- [7] Martín Muñoz B, Panduro Jiménez RM, Crespillo Díaz Y, Rojas Suárez L, González Navarro S. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. *Index Enferm*. 2010; 19(2-3): 115-9.
- [8] Lancheros L, Gamba M, González H, Sánchez R. Caracterización de la evolución del estado nutricional de pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico. *Rev Colomb Cancerol*. 2004; 8(2):11-22.
- [9] Hesketh PJ, Batchelor D, Golant M, Lyman GH, Rhodes N, Yardley D. Chemotherapy-induced alopecia: psychosocial impact and therapeutic approaches. *Support Care Cancer*. 2004; 12(8):543-9.
- [10] Blasco Cordellat A, Caballero C, Camps Herrero C. Toxicidad de los Tratamientos Antineoplásicos. [internet]. [Consultado el 2 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://chguv.san.gva.es/Inicio/InfoCiudadano/Documents/TOXICIDAD%20DE%20LA%20QUIMIOTERAPIA%20mayo%202012.pdf>

- [11] Del Ferraro C, Grant M, Koczywas M, Dorr-Uyemura LA. Management of Anorexia-Cachexia in Late Stage Lung Cancer Patients. *J Hospice Palliat Nurs.* 2012; 14(6): 397-402.
- [12] Hinsley R, Hughes R. ‘The reflections you get’: an exploration of body image and cachexia. *Int J Palliat Nurs.* 2007; 13(2): 84-9.
- [13] Organización Mundial de la Salud (OMS). Programa nacional de cuidados paliativos. Página web. [Consultado el 25 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
- [14] Rodríguez MM, Cifuentes AD, Rodríguez MAB, Milián OR. Algunos aspectos relacionados con el establecimiento y desarrollo del cáncer. *Ar Med Cam [revista en internet]* 2001 [Consultado el 28 de octubre de 2013]; 5(2). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2001/v5n4-2/610.htm>
- [15] Piot-Ziegler C, Sassi M, Raffoul W, Delaloye J. Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: a qualitative study. *Brit J Health Psychol.* 2010; 15(3): 479-510.
- [16] Yurek D, Farrar W, Andersen BL. 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.
- [17] National Cancer Institute. Comprehensive cancer information: Head and Neck cancer. Página web [Consultado el 25 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Sites-Types/head-and-neck>
- [18] Bedoya Solórzano OI, Sarmiento Medina PJ. Rehabilitación del paciente con cáncer de cabeza y cuello, una visión desde la bioética centrada en la persona [monografía en Internet]. Colombia: Universidad de la Sabana; 2010 [consultado el 28 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/4902/1/130180.pdf>
- [19] Heroiu A, Danciu CE, Popescu CR. Multiple Cancers of the Head and Neck. *Maedica.* 2013; 8(1): 80-5
- [20] Silvestre-Donat FJ, Puente Sandoval A. Efectos adversos del tratamiento del cáncer oral. *Av Odontoestomatol.* 2008; 24(1): 111-21.

- [21] Myers EN, De Boer MF, McCormick LK, Pruyn JF, Ryckman RM, van den Borne B. Physical and psychosocial correlates of head and neck cancer: a review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1999; 120(3): 427-36.
- [22] Moussas GI, Papadopoulou AG, Christodoulaki AG, Karkanias AP. Psychological and psychiatric problems in cancer patients: relationship to the localization of the disease. *Psychiatrike.* 2012; 23(1): 46-60.
- [23] Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Cáncer de mama .Página web. [Consultado el 15 de enero de 2014]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/cancerdemama.aspx>
- [24] Escobar Rodríguez EY. Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. [tesis doctoral]. Lima: Facultad de Medicina Humana; 2008.
- [25] Picabia AB, Vázquez-Ortiz J, Antequera R. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología.* 2010; 7(2-3): 433-51.
- [26] García-Viniegras CRV, Blanco MG. Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Av Psico Lat.* 2007; 25(1): 72-80.
- [27] Pacian A, Kulik TB, Pacian J, Chruściel P, Żołnierczuk-Kieliszek D, Jarosz MJ. Psychosocial aspect of quality of life of Polish women with breast cancer. *Ann Agric Environ Med.* 2012; 19(3):509-12.
- [28] Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 2012. Página web. [Consultado el 18 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2012/&file=pcaxis>
- [29] Lara FP, Piñero AN, De la Fuente Perucho, A. Study of factors related to quality of life in patients with locally advanced rectal cancer. *Rev Esp Enfer Dig.* 2004; 96(11): 746-57.
- [30] Obrand DI, Gordon PH. Incidence and patterns of recurrence following curative resection for colorectal carcinoma. *Dis Colon Rectum.* 1997; 40:15-9.
- [31] Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Cáncer Colorrectal: una guía práctica. Página web. [Consultado el 2 de febrero de 2014]. Disponible

- en:<https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerAno/Documents/guia%20cancer%20colorrectal.pdf>
- [32] Shike M, Winawer SJ, Greenwald PH, Bloch A, Hill MJ, Swaroop SV. Primary prevention of colorectal cancer. The WHO Collaborating Centre for the Prevention of Colorectal Cancer. *Bull World Health Organ.* 1990; 68(3): 377-85
- [33] Dázio EMR, Sonobe HM, Zago MMF. The meaning of being a man with intestinal stoma due to colorectal cancer: an anthropological approach to masculinities. *Rev Lat Am.* 2009; 17(5): 664-69.
- [34] García-Luna P, Campos JP, Cunill J. Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico. *Nutr Hosp* [revista en internet] 2006 [Consultado el 28 de enero de 2014]; 21(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s021216112006000600003&script=sci_arttext
- [35] Pino Navarro CE. Disfunción sexual en pacientes con cáncer. *Rev Med UIS.* 2010; 23(2): 135-44.
- [36] Alvarez-Buylla Blanco M, Herranz Gonzalez-Botas J. Quality of life evolution in patients after surgical treatment of laryngeal, hypopharyngeal or oropharyngeal carcinoma. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2011; 62(2): 103-12.
- [37] Kelly DH. Appropriate stoma covering for tracheoesophageal puncture speakers. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003; 11(3): 154-5.
- [38] Shoma AM, Mohamed MH, Nouman N, Amin M, Ibrahim IM, Tobar SS, et al. Body image disturbance and surgical decision making in egyptian post menopausal breast cancer patients. *World J Surg Oncol.* 2009; 7(1): 66-74.
- [39] Arroyo JMG, López MLD. El problema de la “imagen corporal” y de la “feminidad” en las mastectomizadas. *Rev Hosp Psiqui Hab* [revista en internet] 2011 [Consultado el 19 de diciembre de 2013]; 8(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0111/hph04111.html>
- [40] Noda Sardiñas CL, Alfonso Alfonso LE, Fonte Sosa M, Valentín Arbona FL, Reyes Martínez ML. Problemática actual del paciente con ostomía. *Rev Cub Med Mil.* 2001; 30(4): 256-62.
- [41] Sundquist K, Yee L. Sexuality and body image after cancer. *Aust Fam Physician.* 2003; 32(1-2): 19-23.

- [42] Sharpe L, Patel D, Clarke S. The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. *J Psycho Res.* 2011; 70(5): 395-402.
- [43] Rotellar JV, López MA, Arnalot PF, Tarragona MD, Mon AB. Atención a los efectos secundarios de la radioterapia. *Medifam.* 2002; 12(7): 426-35.
- [44] Gómez AS, del Castillo, Carlos Albornoz López, Fuentes LE, Caballero GQ. Consecuencias de la radioterapia en las afecciones de cabeza y cuello. *Arch Med Cam [revista en internet]* 1998 [Consultado el 15 de enero de 2014]; 2(1). Disponible en: <http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/revistas/archives/HASH45bd/10ab46dd.dir/doc.pdf>
- [45] National Breast Cancer Foundation. Breast cancer information and Awareness. Página web. [Consultado el 15 de enero de 2014]. Disponible en: www.breastcancer.org/treatment
- [46] Schnur JB, Ouellette SC, Dilorenzo TA, Green S, Montgomery GH. A qualitative analysis of acute skin toxicity among breast cancer radiotherapy patients. *Psychooncology.* 2011; 20(3): 260-8.
- [47] Schneider EC, Malin JL, Kahn KL, Ko CY, Adams J, Epstein AM. Surviving colorectal cancer. *Cancer.* 2007; 110(9): 2075-82.
- [48] Allal AS, Sprangers MA, Laurecet F, Reymond MA, Kurtz JM. Assessment of long-term quality of life in patients with anal carcinomas treated by radiotherapy with or without chemotherapy. *Br J Cancer.* 1999; 80(10): 1588-94.
- [49] Kim I, Cho J, Choi E, Kwon IG, Sung Y, Lee J, et al. Perception, attitudes, preparedness and experience of chemotherapy-induced alopecia among breast cancer patients: a qualitative study. *Asian Pac J Can Prev.* 2012; 13(4):1383-8.
- [50] Muliawati Y, Haroen H, Rotty LW. Cancer anorexia-cachexia syndrome. *Act Med Ind.* 2012; 44(2): 154-62.
- [51] Argiles JM, Oliván M, Busquets S, Lopez-Soriano FJ. Optimal management of cancer anorexia-cachexia syndrome. *Can Manag Res.* 2010; 2: 27-38.

- [52] Rhondali W, Chisholm GB, Daneshmand M, Allo J, Kang D, Filbet M, et al. Association between body image dissatisfaction and weight loss among patients with advanced cancer and their caregivers: a preliminary report. *J Pain Symp Manag.* 2013; 45(6): 1039-49.
- [53] Hernández AL, Guinot VA, Honrubia VG. Cáncer e imagen: el duelo corporal. [internet]; 2008 [Consultado el 28 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo15.pdf>
- [54] De Jesús Almanza-Muñoz J, Holland JC. Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Rev Inst Nal Cancerol.* 2000; 46(3): 196-206.
- [55] Maté J, Hollenstein MF, Gil FL. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología.* 2004; 1(2): 211-30.

9. ANEXOS

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

BD	Palabras clave	Filtros	Fecha de acceso	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
PUBMED	Colorectal cancer <i>and</i> body image <i>and</i> stoma	Published in the last 5 years	12/12/2013	16	2
	Body image <i>and</i> cancer <i>and</i> sexuality <i>not</i> pediatric	Published in the last 10 years; free full text	15/01/2014	32	2
	Cancer <i>and</i> rectal <i>and</i> quality of life <i>and</i> surgery <i>not</i> teenagers	Published in the last 10 years; free full text; species: humans	15/01/2014	96	2
	Breast cancer <i>and</i> body image <i>and</i> sexuality <i>and</i> surgery	Free full text; species: humans	22/01/2014	14	1
	Anorexia <i>and</i> cachexia <i>and</i> cancer <i>not</i> pediatric	Published in the last 5 years; free full text	28/01/2014	56	4
	Cancer <i>and</i> body image <i>and</i> quality of life <i>and</i> alopecia <i>not</i> teenagers	Type: review; species: humans	17/02/2014	6	1
	Chemotherapy consequences <i>and</i> body image	Published in the last 5 years; species: humans	17/02/2014	9	1
	Breast cancer <i>and</i> quality of life <i>and</i> body image impact	Published in the last 5 years; species: humans	17/02/2014	49	1

PUBMED	Body image <i>and</i> cancer treatment <i>and</i> breast <i>and</i> consequences	Published in the last 5 years; species: humans; full text	19/02/2014	11	2
	Neoplasm <i>and</i> colorectal <i>and</i> diet	Type: review; species: humans; free full text	21/02/2014	106	1
	Neoplasm <i>and</i> head and neck <i>and</i> quality of life <i>and</i> psychological	Type: review; species: humans; full text	30/04/2014	31	1
	Cachexia <i>and</i> body image	Published in the last 10 years; species: humans; full text	7/05/2014	9	2
	Neoplasm <i>and</i> neck <i>and</i> body image <i>and</i> treatment <i>and</i> surgery <i>and</i> quality of life	Published in the last 5 years; species: humans; free full text	7/05/2014	67	2
	Larynx <i>and</i> head and neck <i>and</i> cancer	Published date from 2013-2014; free full text available.	7/05/2014	37	1
	Radiotherapy impact <i>and</i> body image impact	Published in the last 5 years; free full text	20/05/2014	15	1
	Radiotherapy <i>and</i> colorectal cancer <i>and</i> quality of life <i>not</i> teenagers	Species: humans; free full text	20/05/2014	63	2

BD	Palabras clave	Filtros	Fecha de acceso	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
GOOGLE SCHOLAR	Apariencia física <i>and</i> cancer <i>and</i> calidad de vida <i>and</i> impacto autoimagen <i>and</i> autoestima		28/10/2013	590	3
	Cancer <i>and</i> mama <i>and</i> autoimagen <i>and</i> impacto imagen corporal <i>and</i> tratamiento <i>and</i> mastectomía	Publicado a partir del 2006	19/12/2013	244	5
	Cancer <i>and</i> cabeza y cuello <i>and</i> tratamiento <i>and</i> cirugía <i>and</i> autoimagen <i>and</i> apariencia física	Publicado a partir del 2008	28/12/2013	377	3
	Cancer cabeza y cuello <i>and</i> imagen corporal <i>and</i> apariencia física <i>and</i> consecuencias radioterapia		15/1/2014	468	2
	Cancer <i>and</i> imagen corporal <i>and</i> ostomía	Publicado a partir del 2010	28/1/2014	157	2
	Cancer mama <i>and</i> quimioterapia <i>and</i> apariencia física <i>and</i> anorexia <i>and</i> calidad de vida	Publicado a partir del 2004	28/1/2014	275	5

CRONOGRAMA

FECHA	ACTIVIDAD
17/09/2013	En la primera tutoría grupal tuve el primer contacto con la tutora del TFG, Mercedes Bellido. En ésta concretamos el área y temática de los trabajos. También nos hizo un resumen de las rúbricas y su contenido. Nos pidió que realizáramos las búsquedas bibliográficas para la primera tutoría individual y que empezáramos la recopilación de artículos.
22/10/2013	Realización de la primera tutoría individual. Se procedió a las primeras búsquedas bibliográficas, aunque muchos de los artículos seleccionados finalmente no fueron utilizados en éste trabajo. Cité las palabras clave utilizadas y las bases de datos empleadas. Pacté la normativa bibliográfica y centré el objetivo principal. Los objetivos secundarios aún no los tenía claros ya que no sabía muy bien cómo enfocar el trabajo.
10/12/2013	En la segunda tutoría elaboré una revisión bibliográfica general del trabajo y empecé a redactar un esbozo de la introducción.
21/1/2014	Realización de la tercera tutoría. Concreté los objetivos del trabajo y desarrollé la introducción. También elaboré un posible guión. Revisé numerosos artículos que me ayudaron en el esbozo de la revisión de la literatura.
18/02/2014	En la cuarta tutoría redacté la introducción y los objetivos definitivos del trabajo. También continué redactando la revisión de la literatura, aunque sin tenerlo correctamente ordenado. Seguí haciendo nuevas búsquedas bibliográficas en relación a posibles subtemas para el trabajo.

18/03/2014	Quinta tutoría. La bibliografía utilizada era adecuada. Se procedió a la reorganización de los apartados del trabajo y se corrigieron algunos errores. Confeccioné la versión prácticamente final de la introducción del TFG.
6/05/2014	En la sexta tutoría preparé el TFG, en formato casi definitivo, aunque sin la reflexión personal. Se resolvieron últimas dudas y se corrigieron errores cometidos en el formato de trabajo enviado. La bibliografía utilizada estaba bien referenciada.
22/05/2014	Revisión vía e-mail de la versión definitiva del TFG y entrega de la rúbrica 1 a la tutora.
26/05/2014	Entrega de los tres ejemplares del TFG.