

Nivel de ansiedad y depresión en pacientes amputados por sarcomas: estudio piloto

Level of anxiety and depression in patients amputees by sarcomas. Pilot study

Rodríguez-Velázquez Ana Laura,¹ Alvarado-Aguilar Salvador,² Cuellar-Hübbe Mario,³ Villavicencio-Valencia Verónica,³ Gómez-García Francisco Javier.³

▷ RESUMEN

Objetivo: Determinar, mediante la aplicación de la escala de ansiedad y depresión de Beck, el nivel de ansiedad y depresión que experimentan los pacientes que sufren amputación de extremidades por sarcoma en el Servicio de Piel y Partes Blandas del Instituto Nacional de Cancerología de México (INC).

Materiales y métodos: Se realizó un estudio exploratorio que incluyó a ocho pacientes quienes fueron amputados en el Servicio de Piel y Partes blandas del INC. La aplicación del instrumento se llevó a cabo en dos fases: la primera un día antes de que fueran sometidos a cirugía radical, en la que se aplicó, además, de manera, simultánea una entrevista semi estructurada para conocer el estado pre mórbido del sujeto; la segunda se efectuó un mes después de la cirugía.

Resultados: Se encontró que antes y después de la cirugía el 97.5% de los sujetos experimentan niveles moderados e intensos de ansiedad (67.5%), y que 75% padecen depresión profunda después de la cirugía. Tanto la ansiedad como la depresión aumentaron después de la cirugía un 12.5% y 50%, respectivamente.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, amputados, cáncer, México.

▷ ABSTRACT

Objective: To determine by means of the administration of the scale of anxiety and depression of Beck which is the level of anxiety and depression of patient amputees of extremities by sarcoma in the service of skin and parts in the Instituto Nacional de Cancerología of Mexico (INC).

Material and methods: Exploratory type study in eight patients who were amputeeed, in the Service of Skin and Soft Parts of the INC. The application of the instrument was carried out in two phases, a first day before being put under the surgery, where also an interview semi structured was applied of simultaneous way to know the state pre morbid the subject, and a second month after the surgery.

Results: We found that the 97.5% of the subjects before and after the surgery handle moderate and severe levels of anxiety (67,5%), and in depression after the surgery 75% handle severe levels. As much the anxiety as the depression increased after the surgery in 12.5% and 50%, respectively.

Key words: Anxiety, depression, amputee y cancer, Mexico.

¹Universidad del Valle de México, Campus Tlalpan.

²Servicio de psicooncología Instituto Nacional de Cancerología de México.

³Servicio de Piel y partes blandas Instituto Nacional de Cancerología de México.

Correspondencia: Dra. Ana Laura Rodríguez Velázquez. Tochiuitl No. 45 Miguel Hidalgo CP 14410 Tlalpan. México D.F. Teléfono: 5171 1581. Correo electrónico: ana_ro_vel@hotmail.com, lic.analaurarovel@hotmail.com

▷ INTRODUCCIÓN

En la actualidad se considera que el cáncer constituye un problema de salud pública en México, en virtud de sus graves manifestaciones clínicas, su letalidad y la variedad de factores de riesgo, tanto individuales como ambientales, a los que se asocia. Según el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas de la Secretaría de Salud,¹ en el año 2003 murieron por estas enfermedades 60 046 personas.

En ocasiones, en algunos pacientes no es posible lograr el control local del cáncer, ni preservar el funcionamiento de la extremidad afectada por esta neoplasia, una situación extrema en la que se recomienda la amputación del miembro. Aunque en algunos centros de Europa y Estados Unidos logran conservar la extremidad en un 90% de los casos, en México esto no es posible, ya que generalmente los tumores se detectan en etapas localmente avanzadas.²

Según Bluestone (1994),³ el deterioro del estado físico y el diagnóstico de una enfermedad crónica, cualquiera que ésta sea, producen una reacción de duelo, en el cual la persona percibe la enfermedad según el significado que tenga para ella y las repercusiones en su desempeño familiar y social; a la vez esta noticia le provoca ansiedad, que puede dar origen a un trastorno depresivo.

Las enfermedades crónicas cada vez tienen mayores impactos económicos, sociales y psicológicos. Sin embargo, el más importante para el paciente afectado es el grado de deterioro que observa en su funcionamiento como ente biopsicosocial, dado que enfrenta limitaciones para realizar sus actividades cotidianas, como sucede cuando un sujeto sufre una amputación, un suceso que afecta su estado emocional, sus relaciones familiares y sociales, ya que se percibe a sí mismo y será visto como una persona discapacitada en una o más de estas tres esferas: física, psicológica y social.

De acuerdo a Valencia (2006),⁴ se observa una relación significativa entre las enfermedades físicas y los trastornos psicológicos, ya que las condiciones biológicas y mentales propias de algunas enfermedades, favorecen la aparición de síntomas psicológicos, los cuales, a menudo, se confunden con las manifestaciones de la enfermedad o los síntomas causados por los tratamientos médicos. Muchas personas al enterarse de que padecen alguna enfermedad crónica, experimentan algún tipo de malestar emocional, que se considera normal, en especial si se trata de trastorno devastador como el cáncer. La respuesta emocional en estas circunstancias comprende tres fases: una inicial, en la cual la persona reacciona con incredulidad, rechazo y desesperación; a continuación hay disforia, es decir, siente ansiedad y se muestra deprimida,

finalmente ocurre una de adaptación en la que se ajusta a su nueva situación, confronta la información que se le da, tiene razones para sentirse optimista y reanuda sus actividades cotidianas.

Díaz, al revisar los estudios de Fisch (2001),⁵ encontró que existía una alta prevalencia de depresión mayor, estimada entre 4.8% y 13%, en los sujetos con diagnósticos médicos de trastornos crónicos. Estudios recientes indican que dicha prevalencia varía de 6% a 14%, que su duración es 15% más prolongada y de dos a tres veces más común en los pacientes hospitalizados o en quienes padecen enfermedades incurables, que en otros grupos de personas. La mayoría de los estudios internacionales, como los de Zaborra, Raison y Miller, Ciaramella y Poli, entre otros, han encontrado que la prevalencia de morbilidad psicológica en cáncer varía de 4.5% a 50%. Autores como Ritterband & Spielberger afirman que la prevalencia puede ser hasta de 85% en los pacientes oncológicos.

Se considera que las personas con cáncer son más vulnerables a la depresión, porque su organismo experimenta alteraciones metabólicas y endocrinas provocadas por su enfermedad, además, el tratamiento tiende a ser debilitante, lo que modifica las respuestas inmunitarias y al dolor. Asimismo, las investigaciones revelan que la depresión se asocia a otros trastornos mentales (de ansiedad, obsesivo-compulsivos, de personalidad, psicóticos, entre otros) y biológicos (cáncer, hipotiroidismo, entre otros), lo que hace difícil su identificación en la atención primaria.

En pacientes con cáncer, la ansiedad se manifiesta en niveles variables y puede aumentar conforme evoluciona la enfermedad o el tratamiento se torna más intenso. Diversos estudios han observado que 44% de los enfermos de cáncer manifiestan que sienten ansiedad, que alcanza niveles significativos en 23% de ellos.⁶

Massie y Popkin⁷ afirman que existen altas tasas de depresión y ansiedad en los pacientes que padecen cáncer, y que pueden deberse al estigma, temores, percepciones y síntomas asociados a esta enfermedad. Para la mayoría de personas, el temor principal es sufrir una muerte dolorosa. A esto se suma el miedo de perder su autosuficiencia y volverse dependientes, tener alteraciones en su apariencia, experimentar cambios en las funciones de su cuerpo y perder la compañía de las personas allegadas.

Otro investigador, Kasdan,⁸ señala que los pacientes con lesiones o amputaciones de extremidades pueden desarrollar complicaciones emocionales y psiquiátricas ante su pérdida, y cada respuesta particular debe correlacionarse con su habilidad para adaptarse a la nueva situación, lo cual depende de su personalidad, motivación, capacidad para aceptar y tolerar la adversidad, factores socioeconómicos y culturales, la naturaleza de su problema y, sobre todo, de las relaciones médico-paciente.

Según Riambau y colaboradores (2003),⁹ es común que en el preoperatorio el enfermo piense que la cirugía implicará el cese de su dolor y sufrimiento, así como el inicio de una nueva fase. Sin embargo, experimenta ansiedad y preocupación por su funcionalidad, rendimiento, imagen corporal, intimidad sexual, el dolor y la percepción que tienen las demás personas sobre su situación.

Después de la intervención quirúrgica (fase posoperatoria inmediata), el impacto brutal de la amputación da lugar a ansiedad, depresión, dependencia, hostilidad y frustración, manifestaciones que ocasionan importantes complicaciones que dificultan la recuperación y la rehabilitación. El desconsuelo posoperatorio constituye una reacción esperada ante la pérdida de un miembro, que conlleva un proceso de duelo y, en algunas ocasiones, de depresión. A la pena se añade la tendencia a la preocupación, a la introspección y al distanciamiento del mundo real, lo que, a su vez, da origen a sentimientos de culpabilidad, miedo y angustia. Las reacciones psicológicas son resultado de preocupaciones relacionadas con la seguridad, el miedo a las complicaciones y al dolor, que en algunas ocasiones provocan pérdida del autocuidado y de la orientación.

El síndrome de miembro fantasma es un fenómeno común en 90% a 100% de los amputados. Esta sensación tiende a desaparecer con el tiempo, sin embargo, algunos pacientes sienten que el miembro aún está presente, se mueve e incluso, algunas veces, experimenta dolor; se ha registrado que esta sensación persiste hasta un año después de la amputación. Melzack, en su revisión del estudio de Riambau (2003),⁹ sugiere que este síndrome se puede explicar por la presencia de conexiones neuronales en el cerebro para cada miembro, las cuales operan incluso en ausencia de estímulos y generan patrones que indican que el cuerpo está intacto.

En lo que respecta al miembro fantasma doloroso, Sriwatanakul y colaboradores al comentar los trabajos de Riambau (2003)⁹ demostraron que la experiencia dolorosa tiene relación directa con el grado de depresión y ansiedad; se ha encontrado que la padecen 54% a 85% de los amputados.

▷ MÉTODOS

DIAGNÓSTICO Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los pacientes elegidos para este estudio fueron hombres y mujeres diagnosticados con sarcoma y sometidos a amputación de extremidad, quienes debían satisfacer los siguientes criterios de inclusión:

- a) Pacientes con sarcoma candidatos a amputación de extremidad.

- b) Sin alteración psiquiátrica preexistente.
- c) Edad entre 17 y 72 años.
- d) Que hubieran firmado el consentimiento informado, antes de su participación.

Acorde con lo anterior, los criterios de exclusión que se tomaron en cuenta fueron:

- a) Pacientes con alteraciones psiquiátricas preexistentes.
- b) Con cáncer metastásico en partes blandas o huesos (es decir, cuya enfermedad no fuera un tumor primario).

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra, que se determinó con muestreo de conveniencia, que, de acuerdo con Casal y Mateu (2003),¹⁰ consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. En este tipo de muestreos el investigador determina la "representatividad" de modo subjetivo, ya que no es posible cuantificarla totalmente. De esta manera, se incorporaron al estudio todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión durante los meses de noviembre de 2008 a mayo de 2009.

La muestra final constó de ocho sujetos ($n = 8$), de los cuales seis fueron del sexo masculino y dos del femenino, con edades entre 18 y 71 años, y una media de 45 años. Durante la obtención de la muestra se encontró que seis pacientes experimentaban niveles intensos de ansiedad, por lo que, de acuerdo a la declaración de Helsinki en la cual se asienta que deberá procurarse el bienestar del paciente en todo momento, se les excluyó de la investigación y fueron remitidos a los servicios de psicooncología y psiquiatría para el tratamiento de su problema.

DISEÑO

Se llevó a cabo un estudio exploratorio en el Servicio de Piel y Partes Blandas en el Instituto Nacional de Cancerología de México, que tuvo una duración de seis meses. Se invitó a los candidatos que cumplieron con los criterios de inclusión a formar parte del presente estudio, para lo cual se recabó la firma de cada uno de ellos en el documento de consentimiento informado, según lo establecido en el protocolo de Helsinki. Una vez que se obtuvo, se realizó una entrevista semi estructurada (que se incluye en los anexos), con el fin de conocer los antecedentes de ansiedad y depresión en el paciente. Posteriormente, se aplicó la escala de ansiedad y depresión de Beck para conocer los niveles que manejaba cada sujeto. Treinta días después se ubicó a los sujetos en la consulta externa, donde se procedió a la reaplicación de la escala.

Tabla 1.

Normas de calificación del inventario de depresión de Beck para la población mexicana.

Nivel de depresión	Puntaje
Mínima	0-9
Leve	10-16
Moderada	17-29
Severa	30-63

Tabla 2.

Normas de calificación del inventario de ansiedad de Beck para la población mexicana.

Nivel de ansiedad	Puntaje
Mínima	0-5
Leve	6-15
Moderada	16-30
Severa	31-63

▷ INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

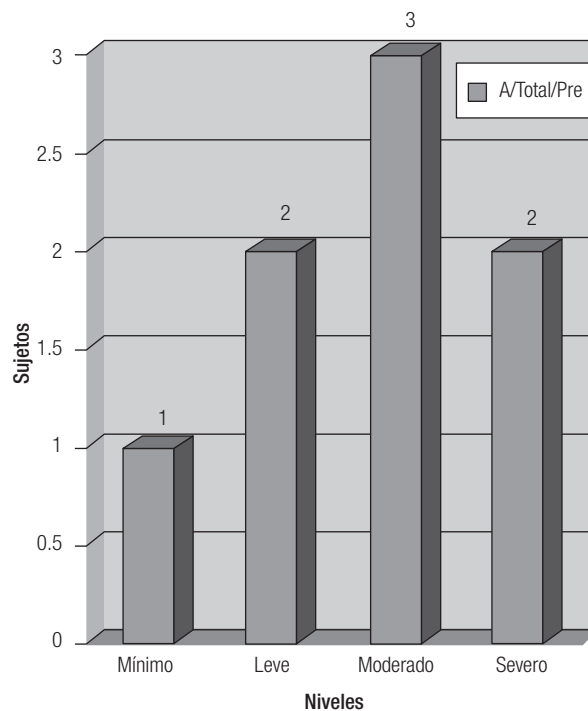
La escala de ansiedad y depresión de Beck la puede aplicar el investigador o el propio paciente (autoaplicada); consta de 42 reactivos, que evalúan el nivel de los síntomas de ansiedad y depresión. En cada reactivo, el sujeto selecciona entre cuatro posibles repuestas, la que mejor refleje su situación durante la última semana.

Esta escala tiene validez adecuada para la detección de personas con niveles de ansiedad en la población general. Robles y colaboradores (2001)¹¹ elaboraron la versión mexicana del Inventario de Beck, para ello tomaron en cuenta las propiedades psicométricas que han sido estudiadas en la población general, en la psiquiátrica, en adolescentes y en adultos. Los diferentes inventarios que diseñaron constituyen mediciones con mayor validez, convergente y divergente, según las características de los mexicanos, y se ha demostrado que tienen alta confiabilidad test/retest, por lo que se les considera instrumentos confiables para medir la sintomatología de ansiedad de nuestra población. Jurado y colaboradores (1998)¹² estandarizaron el inventario de depresión para la población de México, y concluyeron que este instrumento resulta útil para detectar y evaluar la depresión en pacientes con problemas médicos y psiquiátricos, ya que, además, discrimina los subtipos de depresión y diferencia claramente la depresión de la ansiedad. Este instrumento cumple con los requisitos básicos, a saber: análisis de reactivos, confiabilidad, estabilidad temporal, validez de constructo y validez discriminante.

La puntuación total se calcula mediante la suma de todos los reactivos y tiene un rango de 0 a 63 puntos; de acuerdo a la puntuación que obtiene cada sujeto

Imagen 1.

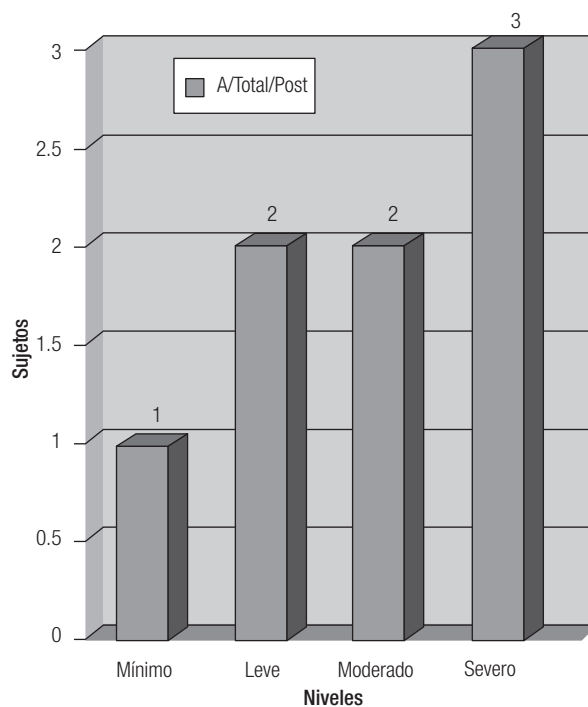
Primera aplicación de la prueba de ansiedad de Beck.



*Ansiedad/Total/Preoperatoria.

Imagen 2.

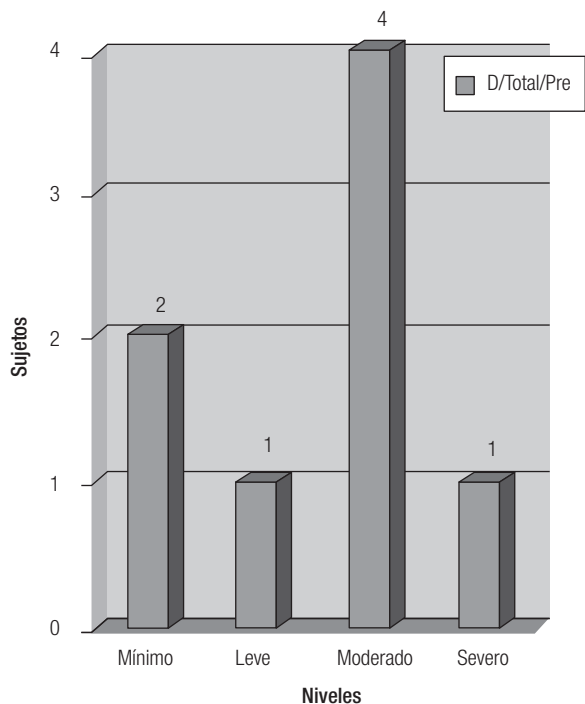
Segunda aplicación de la prueba de ansiedad de Beck.



*Ansiedad/Total/Postoperatoria.

Imagen 3.

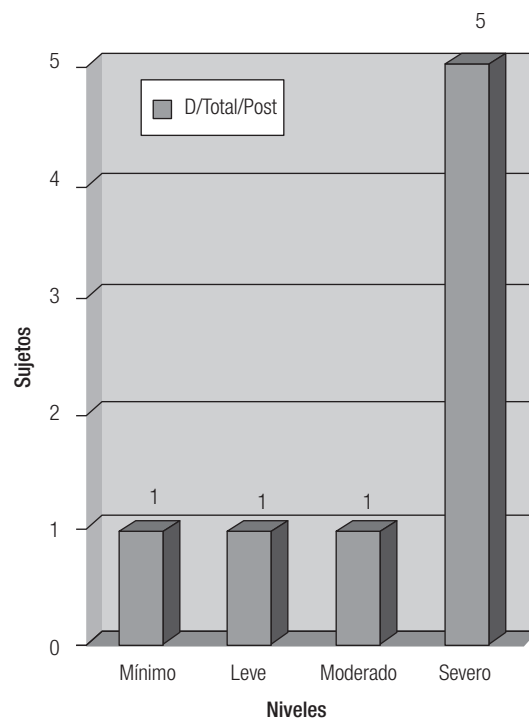
Primera aplicación de la prueba de depresión de Beck.



*Depresión/Total/Preoperatoria.

Imagen 4.

Segunda aplicación de la prueba de depresión de Beck.



*Depresión/Total/Postoperatoria.

se encuentra su equivalencia en el tabulador, que ofrece cuatro posibles resultados (**Tablas 1 y 2**).

▷ RESULTADOS

En la primera aplicación de la escala de ansiedad (A/Total/Pre) se encontró que un sujeto (12.5%) presentó un nivel de ansiedad mínima; dos sujetos (25%) obtuvieron la puntuación correspondiente a leve; tres (37.5%) presentaron resultados moderados de ansiedad, y dos (25%) tuvieron un nivel severo de este trastorno (**Imagen 1**).

En el *re-test* se encontró (A/Total/Post) que sólo uno (12.5%) de los ocho pacientes tuvo el nivel mínimo; 2 (25%) se ubicaron en el nivel leve; otros dos (25%) en el nivel moderado, y tres (37.5%) en el severo (**Imagen 2**).

En lo que respecta a la escala de depresión (D/Total/Pre), se encontró que dos sujetos (25%) presentaron depresión mínima; uno (12.5%) depresión leve; cuatro (50%), niveles moderados y uno (12.5%) reportó nivel severo (**Imagen 3**).

En la segunda aplicación se encontraron los siguientes resultados: uno (12.5%) tuvo nivel mínimo; uno (12.5%), nivel leve; uno (12.5%) moderado y cinco sujetos (62.5%) manifestaron niveles severos (**Imagen 4**).

▷ CONCLUSIÓN

En el presente estudio se concluyó que:

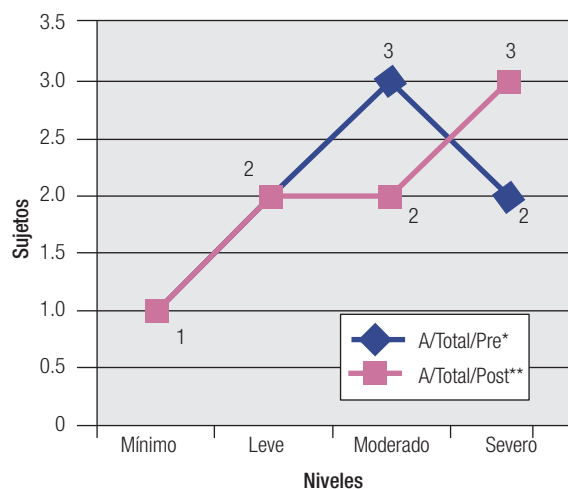
- No se evidenció aumento o disminución en el nivel (porcentaje) mínimo de ansiedad.
- En el nivel leve, no se observó diferencia alguna entre la pre y post aplicación.
- Se observó una disminución de 12.5% (un sujeto) en el nivel moderado de ansiedad en la posaplicación.
- Asimismo, en la posaplicación hubo un incremento de 12.5% (un sujeto) en el nivel severo.

Los resultados se presentan en la **Imagen 5**:

- En el nivel mínimo de depresión se encontró una disminución de 12.5% (un sujeto).
- No se observó aumento ni disminución en el nivel leve, en relación con los niveles reportados en otros estudios.
- En el nivel moderado se encontró una disminución de 37.5 %
- Finalmente, en el nivel más alto se reportó un aumento de 50%.
- Las comparaciones se pueden ver en las **Imágenes 6 y 7**:

Imagen 5.

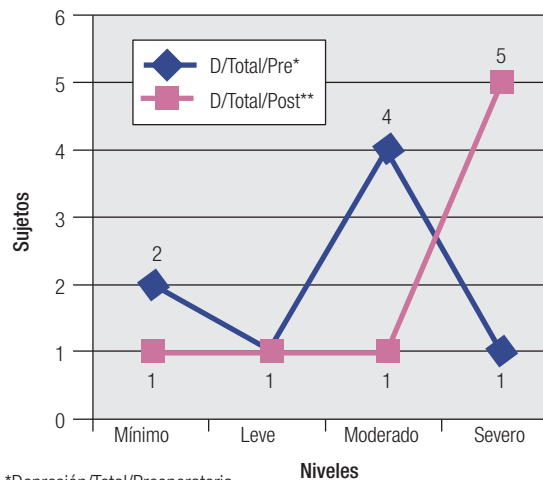
Tabla comparativa primera y segunda aplicación de prueba de ansiedad.



*Ansiedad/Total/Preoperatoria.
**Ansiedad/Total/Postoperatoria.

Imagen 6.

Tabla comparativa primera y segunda aplicación de prueba de depresión.



*Depresión/Total/Preoperatoria.
**Depresión/Total/Postoperatoria.

▷ ANÁLISIS DE CASOS

Se realizó un análisis de cada caso, con la intención de encontrar alguna relación entre las variables, los resultados globales se presentan en la **Tabla 3**.

Sujeto 1: Masculino, de 18 años, soltero, presentó un nivel severo de ansiedad, y moderado de depresión antes de la cirugía. Estos niveles se invirtieron en el *re-test*, ya que la ansiedad disminuyó un nivel y la depresión aumentó en la misma proporción.

Sujeto 2: Masculino, 57 años de edad; presentó niveles moderados de ansiedad y depresión antes de la cirugía, en el *re-test* aumentó a severo su nivel de depresión.

Sujeto 3: Masculino de 71 años de edad, casado, presentó un aumento de un nivel en ansiedad pre y post, e incremento de un nivel en depresión que alcanzó el máximo.

Sujeto 4: Femenino, soltera, de 23 años, tuvo disminución en ansiedad (pasó del nivel severo al mínimo). En lo que respecta al trastorno depresivo aumentó dos niveles, y llegó al máximo.

Sujeto 5: Masculino, 60 años de edad; vive en unión libre, no reportó diferencia alguna en ninguno de los dos trastornos, sin embargo, aumentó significativamente sus niveles de ansiedad y depresión, al pasar del moderado al máximo.

Sujeto 6: Masculino de 60 años de edad, padre soltero, registró aumento en el nivel de ansiedad, al ascender del nivel mínimo al moderado; en depresión registró tanto en el pre como en el post los niveles mínimos.

Tabla 3.

Resultados globales de análisis de casos.

N	SEXO	EDAD	EDO. CIVIL	A.PRE	A.POST	D.PRE	D.POST
1	M	18	S	S	L	M	S
2	F	57	C	M	M	S	M
3	M	71	C	M	L	M	S
4	F	23	S	S	MI	L	S
5	M	60	U.L.	M	S	M	S
6	M	36	S	MI	M	MI	MI
7	M	59	C	L	S	M	S
8	M	36	S	L	S	MI	L

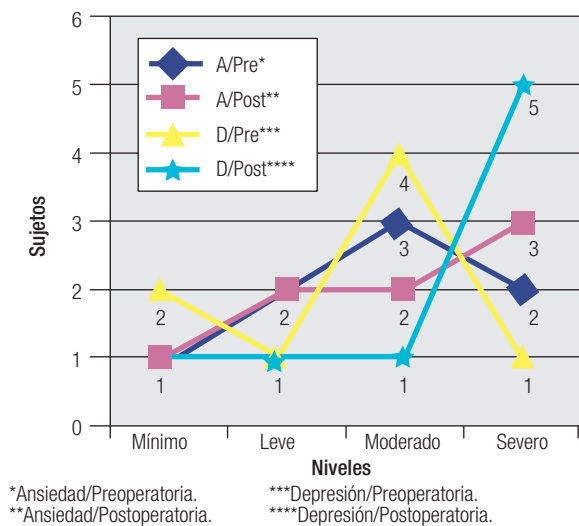
Estado civil.

S: Soltero
C: Casado
U.L.: Unión Libre
MI: Nivel Mínimo

L: Nivel Leve
M: Nivel Moderado
S: Nivel Severo

Imagen 7.

Tabla comparativa de la escala en las dos fases de aplicación.



Sujeto 7: Sexo masculino, 59 años, casado; presentó un aumento significativo en ansiedad y depresión, y llegó a los niveles máximos, con un aumento de dos niveles en ansiedad y de uno en depresión.

Sujeto 8: Masculino, soltero, 36 años de edad; tuvo nivel leve de ansiedad antes de la cirugía, que llegó a severo después de esta intervención; en depresión aumentó un nivel al pasar del mínimo al leve.

▷ DISCUSIÓN

El presente estudio exploratorio evaluaron los niveles de ansiedad y depresión en pacientes a quienes se amputó una extremidad por sarcoma. Se encontró que 97.5% de los sujetos mostró niveles moderados y severos de ansiedad (67.5%) antes de la amputación. En lo que respecta a la depresión después de la cirugía, 75% tuvo niveles severos.

Asimismo, se observó que tanto la ansiedad como la depresión, aumentaron en ambos trastornos, después de la cirugía en 12.5% y 50%, respectivamente.

De acuerdo con Riambau (2003),⁹ en los sujetos de mayor edad las reacciones suelen ser negativas y pueden llevarlos al aislamiento social, sobre todo si existe algún duelo, dificultades económicas y limitaciones laborales. En diferentes estudios se ha sugerido que los amputados de mayor edad conllevan un riesgo más elevado de experimentar trastornos: depresión, que los jóvenes con amputaciones postraumáticas; no obstante, algunos estudios afirman lo contrario.

Cohen realizó un estudio en el que concluyó que las personas con más edad presentan niveles de depresión menores y menos síntomas psicológicos, a diferencia de los amputados más jóvenes que experimentan una depresión mayor y más síntomas psicológicos durante un periodo más prolongado luego de la amputación. Un factor de riesgo, de acuerdo con este autor, lo constituye el momento en que deben alejarse del personal de salud y de la integración a su entorno, ya que entonces se muestran más ansiosos, sensibles y con grandes dificultades de integración. Cohen identificó los factores importantes tanto para los amputados jóvenes como para adultos, y determinó que el mayor reto para los jóvenes se relaciona con identidad, aceptación social y sexualidad, mientras que para los ancianos tiene que ver con la calidad de vida, capacidad funcional y relaciones interpersonales, integración laboral, recursos económicos y sexualidad.

Riambau expone que Shukla y colaboradores (2003)⁹ estudiaron a 72 amputados en la India y encontraron que cerca de dos tercios manifestaban síntomas psiquiátricos post operatorios, y que el más común era la depresión, seguida de la ansiedad, insomnio, falta de apetito e ideas suicidas. La depresión, puede retrasar la rehabilitación, lo que a su vez intensifica el nivel de depresión.

Este estudio se coincide en sus resultados con los descritos anteriormente, dado que observó niveles más elevados de ansiedad en jóvenes (de 18, 23 y 36 años), y encontró que la depresión era mayor en personas más edad (57, 71, 60 y 59 años).

De acuerdo con Beck el nivel moderado debe considerarse patológico. Sin embargo, si revisamos el significado de la palabra *moderado*, veremos que denota un estado no alarmante de una situación, lo cual constituye una contradicción.

▷ ALTERNATIVAS PSICOLÓGICAS

De acuerdo con Die Trill y colaboradores (2003),¹³ debido a la gran cantidad de experiencias que se reviven durante una intervención quirúrgica, como la amputación, es fundamental conocer las preocupaciones, temores, psicopatología pre mórbida, redes de apoyo, estabilidad de las relaciones, y, principalmente el significado que atribuye el sujeto a la intervención antes de que ésta se lleve a cabo. Esto, aunado a una adecuada información médica acerca del procedimiento, puede propiciar el establecimiento de relaciones óptimas entre el cirujano y el enfermo, lo que facilitará la recuperación física y emocional de éste.

En este proceso el psicooncólogo desempeña una función de gran importancia, no obstante, es el cirujano quien puede llevar a cabo una excelente labor junto con el psicoterapeuta.

La participación del personal psiquiátrico es imprescindible en el tratamiento de los pacientes que presentan este trastorno. Es por ello que tanto el psicooncólogo como el cirujano deben conocer la sintomatología ansiosa y, de ser posible, realizar una evaluación con algún instrumento, a fin de que informen con oportunidad al servicio de psiquiatría si el paciente presenta niveles moderados y severos de ansiedad, depresión o ambos trastornos.

Las consecuencias de la cirugía pueden causar disfuncionalidad en la familia del paciente, una situación que se manifiesta con el desarrollo de actitudes perjudiciales para el amputado, como sobreprotección, regresión y relaciones de dependencia, que le ocasionan sentimientos de aislamiento y soledad. Por ello es importante que los familiares reciban apoyo psicológico adecuado.

REFERENCIAS

1. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas Compendio Mortalidad/Morbilidad/ 2003. Secretaría de Salud.
2. Herrera Gómez A, Cuéllar Hube M, Gamboa Vignolle SWC, Padilla Rosciano AE, Dolores Velásquez R. Sarcomas de tejidos blandos en el tronco y extremidades. En: Herrera Gómez A, Granados García M. Manual de Oncología. 3ª ed. México: Mc. Graw Hill; 2006. p. 637-650.
3. Bluestone R. Artritis reumatoidea. 4ª ed. *Rheumatology reviews and reports*. 1994.
4. Valencia Lara S. Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas*. 2006; 2 (2): 241-257.
5. Díaz C. Acontecimientos Vitales y Ajuste Psicosocial en Pacientes con Enfermedades Crónicas. 1ª ed. México: Larousse; 2001. 34-46.
6. Stark D, Kiely M, Smith A. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol*. 2002; 20 (14): 3137-48.
7. Massie J, Popkin M. Depressive disorders. J. (Ed). *Psycho-oncology*. 1998; 3 (4): 518-540.
8. Kasdan, ML. Expanded profile of the SHAFT syndrome. *J. Hand Surg*; 23ª ed:1998.
9. González MA, Oriol V, Riambau C, Salinas CF. Aspectopsicológicos en amputados. En: Amputación de extremidad inferior y discapacidad. Prótesis y rehabilitación. 1ª ed. España: Masson; 2003. p. 214-222.
10. Casal J, Mateu E. Tipos de muestreo. *Rev. Epidem. Med. Prev.* (2003) 1: 3-7.
11. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos Normativos del Inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*. 1998.
12. Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*. 1998; 21(3): 26-30.
13. Die TM, Die GA. La cirugía oncológica. En: *Psicooncología*. 2ª ed. España: ADES. Ed. S.L.; 2003. p. 263-274.