

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS A LOS CAMBIOS EN LA APARIENCIA FÍSICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Ana Isabel Fernández

Asociación Española Contra el Cáncer. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Resumen

Los cambios en la apariencia física que con frecuencia aparecen como consecuencia de la enfermedad o los tratamientos oncológicos es otra fuente de estrés a la que los pacientes de cáncer deben enfrentarse. Su capacidad para aceptar y adaptarse a estos cambios repercute directamente en su estado emocional, en su calidad de vida y en su funcionamiento personal, familiar, social y laboral.

Este artículo analiza las variables que influyen en el desarrollo de alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la imagen corporal en pacientes oncológicos y se muestran las estrategias de intervención psicológica más utilizadas para su manejo.

Son aconsejables las intervenciones preventivas basadas en el apoyo emocional y en el consejo psicológico, que permitan aumentar la resistencia del enfermo ante estos cambios no deseados. Las técnicas cognitivo-conductuales también han mostrado ser efectivas en este ámbito de intervención.

Palabras clave: imagen corporal, cáncer, tratamiento psicológico, apariencia física, trastorno imagen corporal.

Abstract

Changes in physical appearance often appear as a consequence of cancer or their treatments and are another stress source that cancer patients must face. Their ability to accept and adapt to these changes has an immediate effect on their emotional state, quality of life, personal, familiar, social and labour performance.

This article analyses the variables that have an influence in development of psychological disturbance associated to changes in cancer patients body image. It also shows the most frequently applied psychological interventions.

Preventive interventions including emotional support and counselling are advisable to improve patients resistance's to this undesirable changes. Cognitive-behavioural techniques have been also shown to be effective in this area.

Key words: body image, cancer, psychological treatment, changes in the physical appearance, body image disorders.

EL IMPACTO EMOCIONAL DEL CAMBIO EN LA APARIENCIA FÍSICA EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO

No cabe duda que la apariencia física juega un papel importante en nuestra sociedad, siendo considerado por muchos como un instrumento básico para alcanzar el éxito social y laboral. Pero más importante que la apariencia externa es cómo cada persona se

siente en relación a su propio cuerpo. La satisfacción con el cuerpo determina tanto el concepto y la imagen que se tiene de sí mismo, como la forma de relacionarse con el entorno. Numerosos estudios muestran cómo la insatisfacción con la imagen corporal está asociada a una baja autoestima, pobre autoconcepto, problemas en la identidad de género, ansiedad interpersonal, problemas sexuales y trastornos depresivos⁽¹⁾.

Con frecuencia el cáncer y sus tratamientos pueden alterar el aspecto físico de las personas que lo padecen. Estos cambios pueden ser temporales, como la caída del cabello, las alteraciones en la piel, en las uñas o los cambios de peso; otros,

Correspondencia:

Ana Isabel Fernández Crespo
Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid.
28223 Madrid
E-mail: anafcrespo@yahoo.es

serán permanentes, como los efectos de algunas cirugías (cicatrices, amputaciones, deformidad, asimetría, linfedema). Algunos afectan únicamente a nivel estético mientras que otros conllevan además una incapacidad funcional⁽²⁻⁴⁾. Se ha observado que estos cambios están asociados a una insatisfacción corporal, a un deterioro en la percepción de la imagen corporal y suelen ir acompañados de un gran impacto emocional, colocando a la persona en una crisis con una alta vulnerabilidad psicológica⁽⁴⁻¹³⁾.

No hay consenso en la comunidad científica respecto a la definición, evaluación y alteraciones de la imagen corporal, quizá debido a que su estudio ha estado centrado básicamente en los trastornos de alimentación. Se encuentran muchas diferencias respecto a los criterios, constructos e instrumentos de medida utilizados para evaluar la imagen corporal^(9,15).

Partiendo de la definición de Raich⁽¹⁶⁾ vamos a considerar la imagen corporal como un constructo multidimensional que hace referencia a cómo uno percibe, ima-

gina, piensa, siente y se comporta respecto a su propio cuerpo (ver cuadro 1).

A diferencia de lo que sucede con otras alteraciones de la imagen corporal, (tal y como se definen según los criterios diagnósticos del DSM-IV)⁽¹⁷⁾ (ver cuadro 2), en el caso de los pacientes oncológicos no se trata de defectos imaginados o anomalías leves, sino que en la mayoría de los casos nos encontramos con una deformidad objetiva, asimetría, pérdidas reales de funciones físicas y discapacidad. Se puede decir que lo "anormal" o excesivo no es la respuesta del enfermo sino la situación a la que debe enfrentarse.

En la mayoría de los casos, estos cambios constituyen un nuevo evento vital estresante al que los pacientes de cáncer deben hacer frente⁽¹⁸⁾. Su capacidad para aceptarlos, integrarlos en una nueva imagen corporal y encontrar soluciones alternativas que permitan minimizar las limitaciones que conllevan, influirá directamente en su ajuste emocional, su calidad de vida y en su funcionamiento social y laboral.

Conocer las variables que influyen en el desarrollo de la imagen corporal y el tipo de

Cuadro 1. Concepto de imagen corporal (Raich, 1996)

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

Cuadro 2. Criterios diagnósticos del trastorno dismórfico corporal

F45.2 TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL (300.7), DSM-IV-R (APA, 1987; APA 1994; APA 2002):

- A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación es excesiva.
- B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- D. La respuesta sea atípica, no esperada culturalmente o que viola las normas sociales.

cambios que los pacientes oncológicos experimentan en los distintos niveles de respuesta, nos va a ayudar a la hora de realizar el proceso de evaluación y va a servir de guía en el diseño de la intervención más eficaz en cada caso.

VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL CAMBIO EN LA IMAGEN CORPORAL

El impacto y la reacción de una persona ante los cambios en su aspecto físico va a depender de múltiples factores, entre ellos (ver figura 1):

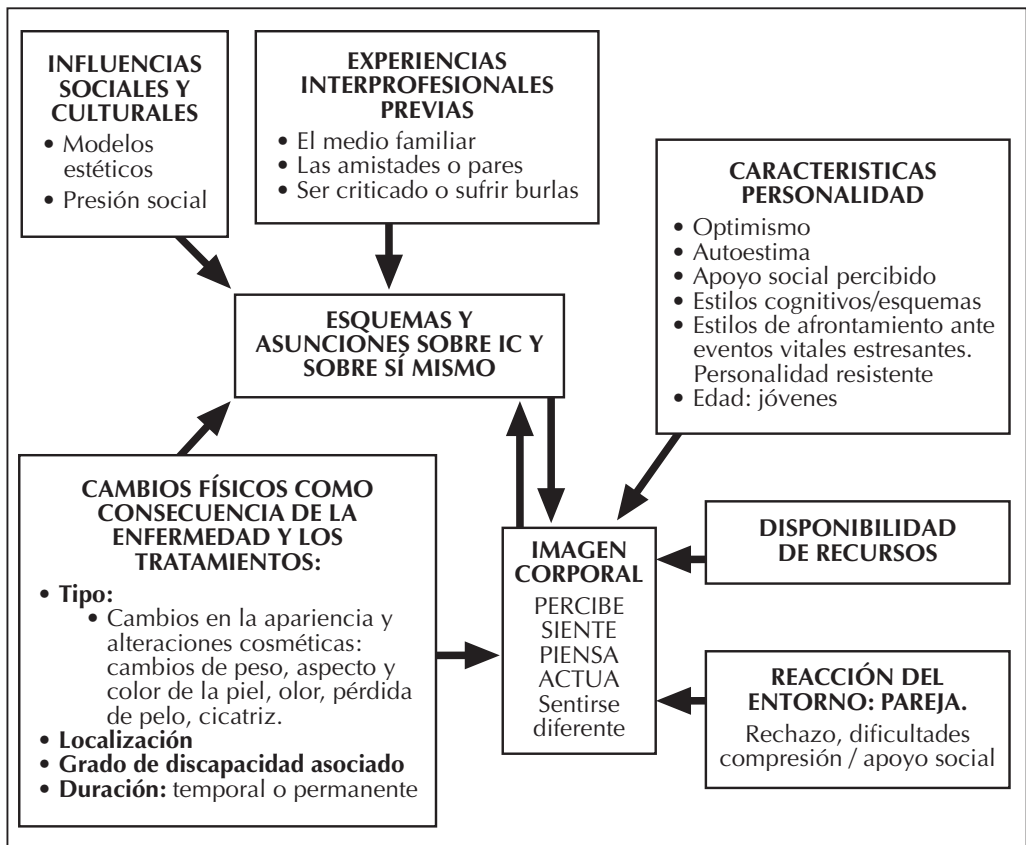
- **El tipo de cambio físico que experimenta, la localización y el grado de discapacidad asociado.**

Se ha comprobado que los enfermos con mayor riesgo de desarrollar problemas

psicológicos y sociales son aquellos que presentan una mayor deformidad y disfunción física^(19,20). Hay evidencias de que los tratamientos quirúrgicos radicales (tanto si van seguidos de reconstrucción como si no) conllevan una mayor morbilidad psicológica y conductual que las cirugías conservadoras⁽¹⁸⁾.

La carga emocional invertida 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 interacción social y en la comunicación y expresión emocional. Las alteraciones faciales suponen un ataque directo a la propia identidad personal y a la autoestima. La morbilidad psicológica es aún mayor cuando, además, se añade la pérdida de una función corporal. Las disfun-

Figura 1. Variables que influyen en el cambio en la imagen corporal



ciones más severas son las dificultades para respirar, comunicarse, tragar y las limitaciones físicas que acompañan a una amputación, sobre todo de los miembros inferiores o superiores. En estos casos, la preocupación por el aspecto físico pasa a ocupar un segundo plano⁽³⁾.

- **Reacción del entorno y el apoyo social percibido**

La vergüenza y el temor al rechazo por parte de las personas del entorno llevan a los pacientes a la evitación de las relaciones sociales y al aislamiento.

Como afirma Raich⁽¹⁶⁾, la imagen corporal se forma a lo largo del proceso de desarrollo en función de la interacción con los demás. No es fija e inamovible, va variando en función de las experiencias. 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. El contacto físico, la cercanía, las señales no verbales de aceptación y agrado ante su presencia, son cruciales para generar emociones positivas asociadas a su nueva imagen y facilitan la reintegración social⁽³⁾.

- **De la disponibilidad y acceso a los recursos necesarios**

El uso de prótesis adecuadas y adaptadas a las necesidades de cada persona, de ropa especial, el hecho de poder aprender nuevas formas de arreglarse o cuidarse, el acceso a métodos de reconstrucción quirúrgica o a cualquier otro recurso va a ayudar a reducir los efectos negativos de estos cambios corporales y va a facilitar que la persona se pueda sentir más cómoda consigo misma y menos limitada.

- **La valoración o significado que cada uno realiza de la alteración física concreta.**

Especialmente depende de este aspecto. Las alteraciones en el aspecto físico no necesariamente han de ser visibles para los demás ni excesivamente exageradas para que causen angustia a la persona. Lo importante no es el cambio objetivo que ha sufrido sino el significado que la persona le atribuye. Mientras que para unos una cicatriz puede atacar dramáticamente

su autoestima y constituir un recuerdo permanente de la enfermedad y la muerte, para otros es sinónimo de vida y representa la posibilidad de control o curación de su enfermedad.

Esta valoración está mediada por las asunciones y creencias que cada individuo tiene respecto de la imagen corporal y de sí mismo (muy influidas por factores sociales y culturales) en estrecha relación con sus habilidades de afrontamiento y características de personalidad^(14,21).

Así, es posible identificar personas que poseen una serie de características y rasgos de personalidad protectores y potenciadores del bienestar. Algunas de estas características son: la flexibilidad; la habilidad para solucionar problemas; para percibir los cambios como oportunidades para el crecimiento personal más que como peligros y amenazas; el sentimiento de pertenencia a un grupo con la disposición de ayudar a los otros y de recibir y beneficiarse de su apoyo cuando así lo necesite; el locus de control interno; el sentimiento de autoeficacia y de confianza en sí mismo para poder cambiar el rumbo de los acontecimientos hacia sus propias metas, siendo persistentes a pesar de las dificultades. Algunos autores⁽²²⁾ han introducido el concepto de "Personalidad Resistente" para caracterizar estas cualidades que transmiten la idea de protección frente a los inevitables estresores de la vida cotidiana. Las personas con este tipo de características de personalidad reaccionarían con una menor intensidad emocional ante los cambios en la apariencia física, siendo capaces de movilizar y optimizar los recursos existentes para aceptar el cambio y superar las limitaciones que éstos conllevan.

Abend y Williamson⁽²³⁾ destacan el concepto de "optimismo disposicional" como una variable que fortalece la adaptación psicológica ante los cambios en la apariencia física en mujeres con cáncer de mama. La juventud, especialmente el periodo de la adolescencia⁽²¹⁾, parece ser la etapa

más vulnerable para el desarrollo de trastornos de la imagen corporal. En esta etapa de la vida todavía no se ha conformado la personalidad y la aceptación de la propia identidad depende mucho del refuerzo social del entorno. Son muy vulnerables a las críticas de los demás y necesitan sentirse identificados con su grupo de referencia. Cualquier cambio que les haga sentirse diferentes de los demás, les va a llevar a la evitación y aislamiento social afectando a su autoestima y autoconcepto.

¿CUÁNDO HABLAMOS DE TRASTORNOS EN LA IMAGEN CORPORAL ASOCIADOS A LOS CAMBIOS FÍSICOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS?

Desde este planteamiento los criterios que van a alertar de la presencia de un trastorno en la imagen corporal en estos pacientes, basándonos en la definición de conducta anormal de Barlow y Duran⁽²⁴⁾ (ver cuadro 3) y en la de imagen corporal de Raich⁽¹⁶⁾, son:

- A. Presencia de cambios físicos que provocan cambios en el funcionamiento cognitivo, emocional o con-

ductual que resultan desadaptativos. La persona experimenta cambios en la forma en cómo percibe, imagina, piensa, siente y/o actúa respecto a su propio cuerpo, que le hacen **sentirse diferente** de sí mismo (respecto a cómo era antes del cambio físico) y de los demás, manifestando una gran insatisfacción con su propio cuerpo.

- B. Presencia de angustia o malestar clínicamente significativo y un deterioro importante en la calidad de vida.
- C. Discapacidad; estos cambios interfieren negativamente en el funcionamiento general de la persona.
- D. La respuesta no es esperada en función de influencias culturales o sociales.

White⁽¹⁵⁾ defiende la presencia de un trastorno en la imagen corporal en la población oncológica cuando existe una marcada discrepancia entre la apariencia física objetiva o percibida de una parte del cuerpo, atributo o función corporal y la representación mental (esquema) que el sujeto tiene de ese atributo. Para White esta discrepancia, (por su asociación con asunciones disfuncionales sobre la apariencia, sobre sí mismo y con el significado personal que el sujeto da a estos cambios), provoca la aparición de respuestas emocionales negativas

Cuadro 3. Criterios que definen lo que se considera un trastorno psicológico o una conducta anormal (Barlow y Duran, 2001):

Trastorno psicológico

- A. Presencia de una disfunción psicológica (interrupción de funcionamiento cognitivo, emocional o conductual).
- B. Presencia de angustia (malestar clínicamente significativo)
- C. Interfiere negativamente en el funcionamiento general de la persona (discapacidad).
- D. La respuesta sea atípica, no esperada culturalmente o que viola las normas sociales.

Se considera **Conducta anormal o Trastorno psicológico** toda disfunción conductual, emocional o cognitiva, que es inesperada en su contexto cultural y se asocia con angustia personal o con un impedimento sustancial en el funcionamiento de la persona.

y conductas compensatorias, las cuales interfieren significativamente con el funcionamiento ocupacional, social, con la rutina normal y las relaciones interpersonales.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS CAMBIOS EN LA IMAGEN CORPORAL

A partir de la observación clínica y los autoregistros de pacientes atendidos en la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y de la revisión de la literatura existente sobre el tema, se han identificado los siguientes cambios en la imagen corporal en los diferentes niveles de respuesta:

A nivel perceptivo

La presencia de distorsiones perceptivas, tales como atención selectiva a la zona afectada y desatención a otras zonas del cuerpo que no han sufrido cambios y siguen siendo positivas; magnificación a la hora de percibir el tamaño del defecto y otras alteraciones perceptivas como el miembro fantasma.

Yurek⁽¹⁸⁾ destaca la presencia de sentimientos de auto-consciencia corporal.

A nivel cognitivo

Errores cognitivos en relación al cuerpo y a las reacciones de los demás

Se observa la presencia de un autodiálogo interno crítico y peyorativo centralizado en la pérdida y en las consecuencias negativas. Con frecuencia este autodiálogo interno no es tan distorsionado como desadaptativo, observándose una frecuencia elevada de pensamientos intrusivos sobre su apariencia física⁽¹⁸⁾.

Creencias disfuncionales en torno a la valía personal

Se detectan cambios en el autoconcepto, caracterizados por la percepción de pér-

didada del atractivo personal y de su valor como persona⁽²⁵⁾.

Comienzan a evaluar la valía personal exclusivamente bajo parámetros físicos, sin tener en cuenta otros aspectos de su persona (utilidad, cualidades, capacidad laboral, capacidad social o intelectual). Además se observa una sobrevaloración de la importancia estética de la zona afectada en el atractivo físico y personal; los aspectos negativos (por ejemplo la falta de pecho, la pérdida de pelo, la cicatriz o el aumento de peso) representan la totalidad de la apariencia física.

Creencias disfuncionales asociadas a la identidad de género

En algunos casos se detecta el temor por la pérdida del atractivo y de la identidad sexual. Por ejemplo, en el caso de la administración de hormonoterapia en varones con determinados tipos de cáncer, es probable que el cuerpo experimente un aumento de las glándulas mamarias, cambios en la textura de la piel, acumulación de grasas en las caderas y muslos, y aunque estos cambios suelen ser muy pequeños, generan gran malestar y son vividos con gran ansiedad, al pensar que se están feminizando.

En el caso de las mujeres con cáncer de mama, como consecuencia de la pérdida de la mama, algunas pacientes se sienten menos mujeres o menos femeninas. Se ha identificado una pérdida de actitudes importantes: erotismo y sensualidad. Se observan cambios en la movilidad corporal, el movimiento se hace menos espontáneo y desarrollan posturas poco sensuales con la intención de ocultar o tapar el defecto.

A nivel fisiológico

Sobre todo en los casos en los que hay una pérdida de una función vital: habla, deglución, hábitos de eliminación. Los pacientes experimentan un cambio de hábitos y sensaciones nuevas y diferentes a las que tienen que acostumbrarse. Necesitan

aprender y automatizar nuevas formas de hablar, tragar o cubrir sus necesidades fisiológicas.

A nivel afectivo-emocional

En ocasiones se produce la adquisición de respuestas emocionales condicionadas ante el cambio físico: ansiedad, insatisfacción, displacer, hostilidad, frustración.

A nivel conductual

La vergüenza, el miedo al rechazo de los demás y el malestar asociado lleva al desarrollo de comportamientos de evitación y/o compensación hacia el propio cuerpo y hacia situaciones interpersonales, tales como: conductas para ocultar y disimular el defecto, evitar mirarse al espejo o mirar directamente la zona afectada, cambio en el estilo de ropa, preguntas constantes para reasegurar que no se nota, pudiendo llegar en algunos casos a manifestar conductas obsesivas, de evitación social y aislamiento⁽¹⁸⁾.

OBJETIVOS GENERALES DE INTERVENCIÓN PARA AUMENTAR LA TOLERANCIA Y FACILITAR LA ADAPTACIÓN A LOS CAMBIOS CORPORALES

Podríamos decir que hay cinco objetivos importantes que hay que perseguir:

1. Facilitar la aceptación de la pérdida o daño corporal, lo que conlleva un proceso de elaboración de duelo, en el que es fundamental la identificación y expresión adecuada de los sentimientos.
2. Promover el apoyo y la integración social, así como las relaciones interpersonales estrechas.
3. Potenciar la puesta en práctica de estrategias y recursos de afrontamiento eficaces que permitan minimizar el impacto del cambio físico.

4. Facilitar el desarrollo de una imagen corporal nueva (aceptando e integrando los cambios en una nueva representación mental).
5. Potenciar la autoestima y el sentimiento de valía personal.

En general las técnicas más frecuentemente utilizadas para el abordaje de esta problemática se centran en el uso de técnicas cognitivo-conductuales^(3,18) en el contexto del Consejo Psicológico (Counselling). En la tabla 1 se pueden ver las técnicas de intervención más utilizadas para alcanzar cada uno de los objetivos planteados.

CONCLUSIONES

En la bibliografía revisada se han encontrado muchas referencias a las consecuencias negativas derivadas de los cambios en la apariencia física en los pacientes oncológicos y a su repercusión en la calidad de vida, pero hay muy pocos estudios que se hayan diseñado específicamente para identificar la prevalencia real y el tipo de alteraciones y/o trastornos psicológicos asociados a estos cambios en la imagen corporal. Se han empleado diferentes criterios e instrumentos de medida que hacen difícil la comparación de resultados y la obtención de conclusiones concluyentes. Probablemente la medida más utilizada ha sido la de satisfacción corporal, que no permite evaluar el problema en su globalidad. Se echa en falta un modelo teórico que permita explicar el desarrollo de estos problemas.

Es necesaria más investigación en este sentido, especialmente su implicación en diferentes tipos de cáncer. La mayoría de las investigaciones se han centrado en el cáncer de mama.

Partiendo de la consideración de que los cambios en la apariencia física secundarios a los tratamientos oncológicos constituyen un evento vital estresante más al que los pacientes de cáncer deben hacer frente, en la mayoría de las ocasiones no nos encontramos con reacciones psicopatológicas susceptibles de precisar una terapia

Tabla 1. **Objetivos y estrategias de intervención**

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
1. Facilitar la aceptación de la pérdida o daño corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Información previa al proceso quirúrgico. • Participación en el proceso de toma de decisiones. Valoración de los aspectos positivos del tratamiento. • Facilitar la expresión emocional de forma adaptativa.
2. Promover el apoyo y la integración social; así como las relaciones interpersonales estrechas.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y potenciar el contacto con personas relevantes para el enfermo que ofrezcan un adecuado apoyo. • Promover la aceptación incondicional de los miembros del equipo médico, familia, amigos. • Participación en grupos de iguales. Apoyo mutuo.
3. Desarrollar estrategias y recursos de afrontamiento eficaces	<p>a. <u>Ante la pérdida de una función:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria para facilitar el autocuidado y el cambio de hábitos. • Métodos de Rehabilitación. • Uso de técnicas reconstructivas (facilitar información y toma de decisiones). • Utilización de prótesis, material ortopédico, ropas especiales o cualquier recurso. <p>b. <u>Ante alteraciones cosméticas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de habilidades para potenciar nuevas formas de arreglarse y cuidar su cuerpo. <p>c. <u>En ambos casos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas operantes (moldeamiento, encadenamiento, establecimiento de programas de reforzamiento y planificación de metas graduadas para favorecer la sensación de logro y control y la automatización de los nuevos aprendizajes). • Permitir estilos de afrontamiento adaptativas: negación o minimizar el defecto; promover estilos de búsqueda de soluciones alternativas para resolver dificultades (técnicas de resolución de problemas).

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
<p>4. Facilitar el desarrollo de una nueva imagen corporal.</p> <p>4.1. Reconocer y aceptar el cambio físico: Corregir percepciones no realistas en torno al tamaño o aspecto del defecto.</p> <p>4.2. Desarrollo de una percepción global del propio cuerpo.</p> <p>4.3. Toma de conciencia de otros aspectos importantes no exclusivamente físicos en relación a la imagen corporal.</p> <p>4.4. Desarrollo de un pensamiento realista y adaptativo en relación al cuerpo</p> <p>4.5. Reducir Respuestas emocionales condicionadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas cognitivas. Reestructuración y pruebas de realidad. • Exposición progresiva o desensibilización sistemática. • Desarrollo de habilidades para facilitar la interacción y el contacto social. • Uso del humor y técnicas de desactivación fisiológica. • Contacto con ex pacientes, modelos de afrontamiento. • Dinámicas grupales.
<p>5. Potenciar Autoestima.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas cognitivas para modificar creencias disfuncionales en relación a la importancia del aspecto físico en el atractivo y valía personal. • Potenciar el desarrollo de estrategias de cuidado personal. • Establecimiento de metas y objetivos personales alcanzables. • Desarrollar habilidades de auto refuerzo.

psicológica (esto es solo una hipótesis de trabajo pues existen muy pocos estudios que nos permitan conocer con exactitud la incidencia real de estos trastornos), pero en cualquier caso, nos encontramos elevados

niveles de *distress* y malestar que es necesario manejar. Por tanto, son aconsejables las intervenciones preventivas basadas en el apoyo emocional y en el consejo psicológico que permitan aumentar la resistencia del

enfermo ante estos cambios no deseados y favorecer su adaptación, a través de la aceptación e integración de los mismos en una nueva imagen corporal. Es fundamental, potenciar las estrategias personales de afrontamiento y facilitar el acceso a todos los recursos necesarios para encontrar soluciones alternativas, que permitan minimizar las limitaciones que conllevan y transformarlas en factores de superación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Raich RM. Trastornos de la imagen corporal. En: Raich RM, editor. *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2000; 27-64.
2. Anderson MS, Johnson J. Restoration of body image and self-esteem for women after cancer treatment. *Cancer Pract*. 1994;2(Suppl 5):345-9.
3. Die Trill M, Die Trill J, Die Goyanes A. Tumores de cabeza y cuello. En: Die Trill M, editor. *Manual de Psico-oncología*. Madrid: Editorial Ades, 2003; 145-63.
4. Vázquez JP, López Tarruella-Cobo S, Martín M. Linfedema. En: Camps Herrero C, Carulla Torrent J, Casas AM, González Barón M, Sanz-Ortiz J, Valentín V, editores. *Manual de Cuidados Continuos*. Sociedad Española de Oncología Médica, Sección de cuidados continuos. Madrid: Pfizer Oncology, 2004; 379-90.
5. López Pérez A, Polaino Lorente A, Arranz P. Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis* 1992; 13(10): 423-8.
6. Derogatis L. Breast and Gynecologic Cancers. *Front Radiat Ther Oncol* 1980;14:1-11.
7. Bard M, Sutherland AM. Psychological impact of cancer and its treatment. Adaptation to mastectomy. *Cancer* 1955;8:656-72.
8. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer* 2001; 37:189-97.
9. Burt K. The effects of cancer on body image and sexuality. *Nurs Times* 1995;91:36-7.
10. Cohen A. Body image in the person with a stoma. *J. Enterostom Ther*. 1991;18:68-71.
11. Jones E, Lund VJ, Howard DJ. Quality of life of patients treated surgically for head and neck cancer. *J. Laryngol Otol* 1992; 106: 238-42.
12. Avis N, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psychooncology* 2004;13:295-308.
13. Tobin MB, Lacey HJ, Meyer L, Mortimer PS. The psychological morbidity of breast cancer-related arm swelling. Psychological morbidity of lymphoedema. *Cancer*, 1993; 72: 32-48.
14. Baile Ayensa JI. ¿Qué es la imagen corporal?. Cuadernos del Marqués de San Adrián. http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_ayensa.htm
15. White CA. Body Image dimensions and cancer: A heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-oncology* 2000;9:183-92.
16. Raich RM. ¿Qué es la imagen corporal?. En: Raich RM, editor. *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2000; p. 17-26.
17. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Barcelona: Masson, 2002.
18. 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.
19. Gamba A, Romano M, Grosso I. Psychosocial adjustment o patients surgically treated for head and neck cancer. *Head Neck* 1992; 14:218-23.
20. Langius A, Bjrvell H, Lind M. Functional status and coping in patients with oral and pharyngeal cancer before and after surgery. *Head Neck* 1994;16: 559-68.
21. Raich RM. ¿Por qué hay personas que sufren el trastorno de la imagen corporal? Desarrollo del trastorno de la imagen corporal. En: Raich RM, editor. *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2000; p. 67-93.
22. Cobaza S, Maddi S, Kahn S. Hardiness and Health. A prospective study: clarification of

- the resistance personality. *J Pers Soc Psychol* 1993; 65(1): 35-47.
23. Abend TA, Williamson GM. Feeling attractive in the wake of breast cancer: optimism matters, and so do interpersonal relationships. *Pers Soc Psychol B*, 2002; 28(4): 427-36.
24. Barlow D, Durand M. *Psicología Anormal: Un enfoque integral*. Madrid: International Thomson Editores, 2001.
25. Katz M, Rodin G, Devins D. Self-esteem and cancer. *Cancer J Psychiat*, 1995; 40, 608-15.

