

Impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes

Psychological impact on body image in patients with head and neck cancer undergoing disfiguring surgery

Andrea Lozano-Arrazola,¹ Aura Lizbet Cupil-Rodríguez,² Salvador Alvarado-Aguilar,³ Martín Granados-García⁴

▷ RESUMEN

La imagen corporal es lo que una persona tiene dibujado en su mente de la figura de su cuerpo, de esta autoimagen depende en muchas formas la autoestima y el autoconcepto. El rostro, se presenta como la carta de presentación de cualquier individuo y las modificaciones que éste sufra, modificará la autoimagen. En la población de pacientes que padecen algún cáncer que involucre el rostro, la mayoría de las veces, el tratamiento a seguir es la cirugía y aunque no se duda de la necesidad de realizarla, las consecuencias psicológicas de estos procedimientos se derivan frecuentemente en depresión, ansiedad, aislamiento social, rechazo social, disfunción de la sexualidad, en algunos casos suicidio. Desde una perspectiva psicológica el proceso de adaptación a la deformidad facial es un reto ya que requiere del paciente, el desarrollo de habilidades que pueden tener consecuencias muy importantes para el resto de su vida. El rostro sirve como un medio de comunicación para con los demás. Adicional, es importante considerar el énfasis social que se le da a los atributos físicos lo cual impone cargas adicionales

▷ ABSTRACT

Body image is what a person has drawn on his mind the figure of his body, this self-image depends in many ways self-esteem and self-concept. The face appears as the letter of any individual, and changes it suffers, amend the self-image. In the patient population suffering from some cancers involving the face, most often, treatment is surgery followed and although no doubt about the need for it, the psychological consequences of these procedures often lead to depression, anxiety, social isolation, social rejection, sexual dysfunction, in some cases suicide. From a psychological perspective the process of adaptation to facial deformity is a challenge because it requires the patient to develop skills that can have major consequences for the rest of his life. The face serves as a means of communication to others. Additional important to consider the social emphasis is given to the physical attributes which imposes additional burdens on people who have some type of facial deformity. The psychologist's work is important in the care of these patients, as it affects the patient's adaptation process has been subjected to crippling or disfiguring surgery, which compromise the structure and function of a body part and even more surgeries head and neck. Due to the above is to know which areas have been

1Universidad Nacional Autónoma de México.

2Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús.

3Servicio de Psicooncología.

4Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello.
Instituto Nacional de Cancerología México

Correspondencia: Andrea Lozano Arrazola. Calle 1 N° 210 Col. Esperanza. Nezahualcóyotl, Edo. de México. 57800. Teléfono: 52(55) 1552 8187. Correo electrónico: andrealozano@poridigy.net.mx.

a las personas que tienen algún tipo de deformidad facial. El trabajo del psicólogo es importante en la atención de estos pacientes, ya que incide en el proceso de adaptación del paciente que ha sido sometido a cirugías mutilantes o deformantes, que comprometan la estructura y funcionalidad de alguna parte del cuerpo y más aún en cirugías de cabeza y cuello. Debido a lo anterior se pretende conocer cuáles han sido las áreas investigadas y de acuerdo con ello, plantear propuestas de intervención, las cuales mejoren significativamente la calidad de vida del paciente con dichas características.

Palabras clave: Cáncer, Cabeza y Cuello, Imagen Corporal, Cirugía, México.

investigated and accordingly, make proposals for action, which significantly improve the quality of life of patients with these characteristics. .

Keywords: Cancer, Head and Neck, Body Image; Surgery, Mexico

“Los ojos y los oídos, son malos testigos cuando están a cargo de una mente que no entiende su lenguaje.”
Parménides 500 A.C.

▷ INTRODUCCIÓN

El cáncer es una anomalía que se observa en los seres vivos multicelulares; es decir, los formados por grupos de células que constituyen unidades. El cáncer se desarrolla cuando la célula escapa al control de crecimiento, proliferación y muerte; y como resultado, se divide y prolifera de forma anormal. Esta célula única da lugar a millones de células, también alteradas, que conforman un tumor maligno.¹

El cáncer es la causa líder de muerte a nivel mundial, se estima que 7.4 millones de personas murieron por cáncer en 2004.²

Por lo anterior al día de hoy el cáncer es una enfermedad de salud pública que implica en diferentes ámbitos altos costos tanto económicos a nivel de atención al paciente oncológico, como del individuo que padece ésta enfermedad y dado esto es muy importante atender las diferentes necesidades de dicha población.

El Instituto Nacional de Cáncer en Estados Unidos estima que aproximadamente 10.8 millones de americanos con historia de cáncer estuvieron vivos para el año 2004. Algunos de ellos se curaron del cáncer mientras que otros aún tienen evidencia de la enfermedad o siguen en tratamiento. Cerca de 1 437 180 nuevos casos se espera sean diagnosticados.³

En México, el cáncer es una de las enfermedades que ha irrumpido con mayor ímpetu desde fines del siglo XX, según cifras del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas para el año 2002 se registraron 108.064 tumores malignos, de los cuales 35% afectaron a hombres y 65% a mujeres.⁴

Las malignidades en cabeza y cuello representan 17.6% de la totalidad de neoplasias malignas (108 064). Con relación a la mortalidad, las cifras absolutas son relativamente bajas; sin embargo, son muy importantes por la alta letalidad entre los afectados y por las graves secuelas estéticas y funcionales del tratamiento.⁴

A pesar de la relativa rareza de las neoplasias de cabeza y cuello, estas representan un capítulo muy importante de la oncología, ya que la letalidad alcanza 24% en el caso del cáncer de tiroides y hasta 78% entre las neoplasias de las vías aerodigestivas superiores; además de las secuelas estéticas y funcionales las cuales son muy importantes, especialmente si consideramos el cáncer de las vías aerodigestivas superiores que en 65% de los casos se diagnostican en etapas avanzadas; en estas condiciones su tratamiento con frecuencia se traduce en un importante deterioro en la calidad de vida, el cual impide una vida social y laboralmente activa.⁴

▷ IMPACTO PSICOLÓGICO Y CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

La inversión psicológica en el área de cabeza y cuello es mayor que cualquier otra parte del cuerpo porque la interacción social y la expresión emocional dependen en gran

parte de: el grado de la integridad de la cara y especialmente los ojos, de igual forma la comunicación del afecto y la proximidad con el esposo, los niños y los amigos depende en gran parte de la expresividad facial.

El paciente con cáncer de cabeza y cuello no puede ocultar los cambios estructurales y debe ocuparse de su exposición constante de sus propias reacciones, así como otras reacciones. Según Scott y colaboradores en los años de 1980, plantearon que el resultado es un impacto negativo fuerte en el autoconcepto y la confianza.⁵

Bajo ésta denominación se incluyen las siguientes neoplasias malignas: labio, base de la lengua, otras partes y las no específicas de la lengua, encía, piso de boca, paladar, otras partes y las no específicas de la boca, parótida, glándulas salivales mayores y no específicas, amígdala, orofaringe, nasofaringe, seno piriforme, hipofaringe y sitios mal definidos de labio, cavidad bucal y faringe, localizaciones clasificadas en la CIE-07 dentro de las neoplasias de labio, cavidad bucal y faringe.⁶

Van Doorne, Van Waas y Bergsma concluyeron que el proceso de ajuste al desfiguramiento facial es extremadamente difícil desde una perspectiva psicológica. El paciente debe enfrentarse primero con la inminente y, en algunos casos prematura muerte, después debe aceptar el hecho de que su rostro puede ser desfigurado y las personas responderán de una forma diferente.⁷

El desfiguramiento facial es particularmente un reto difícil para la adaptación debido a que el rostro está en un área visiblemente prominente de la anatomía y refleja ánimo, intelecto y emoción, y sirve como un medio de comunicación con los demás.⁷

Desafortunadamente el énfasis social al atractivo físico puede imponer cargas adicionales sobre los individuos que sufren desfiguramiento facial o disfunción después de cirugía.⁷

▷ IMPACTO PSICOLÓGICO Y LA CIRUGÍA

El tratamiento de primera elección para este tipo de cáncer normalmente es la cirugía (extirpación total del tumor), aunque en muchas de las ocasiones, la curación del cáncer significa la deformación del rostro y con esto la alteración de la imagen corporal.⁸

El modo en que un individuo vivencia la experiencia asociada al cáncer ciertamente está ligado a la psico-biografía, al contexto personal y social en que se encuentra el paciente al sobrevivir la enfermedad. Asimismo, la experiencia asociada al cáncer, está condicionada por los tratamientos posibles dentro de los existentes y por las creencias sociales respecto al cáncer en general y al tipo de cáncer en particular.⁹

Según Holland, la psicooncología se centra en el sufrimiento de la mente que ocurre con el cáncer y que incorpora las dimensiones psicológicas, sociales, espirituales y existenciales, buscando ayudar al paciente a encontrar un significado tolerable a la presencia de una enfermedad intrusa y no bienvenida que constituye una amenaza para el futuro y para la vida misma.⁹

Aquellas personas cuya apariencia física es muy importante, tienden a posponer a menudo la intervención quirúrgica o tratan de encontrar opciones extraquirúrgicas. Cuando no existen alternativas disponibles de aceptación y la operación se lleva a cabo, puede producirse una reacción depresiva posoperatoria.⁸

El postoperatorio de los pacientes sometidos a cirugía por cáncer de cabeza y cuello generalmente es complejo, presentando complicaciones médicas o quirúrgicas 50% de los enfermos operados; la desnutrición es frecuente, considerándose que hasta 50% de los enfermos presenta algún grado de malnutrición.¹⁰

▷ IMPACTO PSICOLÓGICO ANTE LAS ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL

Minear y Lucente señalan que la pérdida de una parte del cuerpo, de sus funciones, tanto en la estructura como de la imagen corporal llevará a una reacción de aflicción. Estas reacciones son generalmente autolimitadas y no requieren atención psicológica específica, más allá de una actitud de apoyo.⁸

Raich en 1996 afirmó que 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.¹¹

White 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.¹¹

La imagen corporal es la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo, e incluye tres componentes: perceptual, cognitivo y conductual.¹²

El componente perceptual hace referencia a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes partes corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración en este componente da lugar a la sobrestimación o a subestimación, bien si el cuerpo se percibe en unas dimensiones superiores o inferiores a las reales

respectivamente. En los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) frecuentemente se encuentra sobrestimación.¹²

El componente subjetivo o cognitivo incluye actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que provoca el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, el peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.¹²

El componente conductual se refiere a las conductas elegidas por la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados (por ejemplo, conductas de evitación de situaciones en las que se tenga que exponer el cuerpo, compararse continuamente con los demás, vestir ropa ancha para no marcar la silueta, pesarse compulsivamente, entre otros).¹²

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 auto-estima.¹¹

Los efectos de algunas cirugías (cicatrices, amputaciones, deformidad, asimetría, linfedema). Algunos afectan únicamente a nivel estético mientras que otros conllevan además una incapacidad funcional. Estos cambios están asociados a una insatisfacción corporal, a un deterioro en la percepción de la imagen corporal.¹¹

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 auto-concepto, problemas en la identidad de género, ansiedad interpersonal, problemas sexuales y trastornos depresivos. 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, 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. 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. 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. 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.¹¹

La prevalencia de ansiedad emocional en cabeza y cuello es de 35%; las tasas de depresión a lo largo del tiempo es de aproximadamente 22% al diagnóstico, 24% a los tres meses del diagnóstico, menos de 20% a los 12 meses y menos de 10% a los 36 meses (se aplicó la escala HADS) siendo el de cavidad oral el que presenta 60% de depresión postquirúrgica disminuyendo a menos de 30% después de seis meses del diagnóstico. Existe una relación entre el estadio clínico y la calidad de vida, siendo en los estadios tempranos en los que la calidad de vida se recupera. Los pacientes de cabeza y cuello tienen necesidades de diferentes áreas especialmente con: enfrentar la incertidumbre 78%, nutrición 66.3%, autoimagen y preocupaciones sobre su familia 53.1%.¹³

Existen variables con respecto al paciente de cabeza y cuello personales: género, edad, funcionamiento psicológico, estilos de afrontamiento; con respecto al tratamiento, Severidad de la enfermedad y tipo de tratamiento, desfiguramiento.¹³

Las reacciones psicológicas a la enfermedad no son uniformemente estresantes o perturbadoras. Las respuestas favorables o no favorables no están relacionadas de un modo simple a las propiedades físicas de la enfermedad. Entre más breve y menos compleja sea afectada la vinculación de la estructura del cuerpo, el resultado es más predecible.¹³ Existe el desfiguramiento subjetivo, que involucra la medida del cambio en la apariencia y los sentimientos sobre los cambios en la apariencia. El desfiguramiento objetivo, el cual involucra la tasa de procuración basada en el procedimiento quirúrgico y las tasas de observación. La influencia de la enfermedad puede ser facilitadora más que casual. Los factores medio-ambientales son tan importantes como determinantes de las reacciones psicológicas como el estado interno de la persona enferma. La enfermedad por sí misma es un factor que afecta la vida total de la persona viviendo con la enfermedad. Las personas son notoriamente adaptativas.¹³

Según Folkman, cada individuo desarrolla un “significado global”, influido por las creencias, valores, metas y auto imagen; que evoluciona y persiste a lo largo de la vida. Los valores globales se ven amenazados por una situación catastrófica, como es el cáncer o como puede ser el caso de una cirugía por un cáncer de cabeza y cuello, situación en que se ven afectados aspectos de diversa significación para los pacientes, tales como el atractivo

físico, la interacción y aceptación social, la autoestima, y en el caso de algunas afecciones faciales, la expresión emocional, presentando dificultades para hablar, tragar, controlar saliva, etc. Para la mayoría de las personas es una cirugía de consecuencias difíciles de afrontar, independientemente de los recursos psicosociales, ya que es un cáncer que no puede ser ocultado.⁹

Es importante hacer notar que los pacientes se tornan socialmente aislados, no sólo por el rechazo de otras personas sino por el miedo al rechazo de su familia y grupo social debido a la preocupación sobre su apariencia y el miedo a la reacción de los demás.¹⁴

Un importante moderador que se ha descuidado hasta la fecha es la auto-eficacia social. La auto-eficacia social es la medida en que los pacientes creen que son capaces de ejercer el control sobre las reacciones y la apertura de otras personas. Los pacientes con graves desfiguraciones faciales, que se sienten auto-eficaces en las interacciones sociales es probable que se sientan más seguros de que pueden controlar y manejar el desagradable comportamiento de los demás y, en consecuencia, se espera que se conviertan en dificultades menos graves que los pacientes con desfiguración facial que no se sienten auto-eficaces en las interacciones sociales. Los pacientes con graves desfiguraciones faciales que se sienten auto-eficaces en las interacciones sociales también estarán probablemente menos dispuestos a retirarse de situaciones sociales y tener más éxito en la integración social mediante, entre otras cosas, el mayor dinamismo de las habilidades sociales. En general, las personas tienden a evitar situaciones que creen superiores a sus capacidades, y la auto-eficacia determina cuánto esfuerzo y persistencia las personas gastan cuando se enfrentan a un obstáculo o al fracaso. La auto-eficacia social modera la relación positiva entre el grado de desfiguración facial y la angustia psicológica. Angustia sobre la reacción al comportamiento desagradable de otros y el aislamiento social. Más concretamente, los pacientes con más desfiguración facial experimentan angustia psicológica severa, más peligro en reacción al comportamiento desagradable de otras personas y más aislamiento social, pero sólo cuando creen que no son muy capaces de ejercer control sobre las reacciones y la apertura de otras personas. Debido a la creencia de que una persona desfigurada es subjetiva y no necesariamente congruente con realidad objetiva.¹⁴

El trabajo del psicólogo en este rubro es de suma importancia ya que su rol ayudará al paciente en el proceso de adaptación a su nueva realidad corporal.

Las intervenciones psicológicas se dividen en cuatro rubros: 1) educativo-informativas dirigidas a los pacientes que cursan en la etapa de diagnóstico; 2) conductuales que

se realizan durante la fase de tratamiento inicial y recidivas; 3) psicoterapia (individual y de grupo) que está enfocada a la etapa de recidiva; 4) psicoterapia de Grupo dirigida a los pacientes que tienen enfermedad avanzada. Los objetivos de las intervenciones son en el primer caso: reducir la ansiedad por la incertidumbre ante estímulos poco familiares e imprevisibles; en el segundo escenario: reducir el estrés y mejorar el control de los efectos secundarios de los tratamientos por medio de diferentes técnicas (relajación, relajación muscular, respiración diafragmática, meditación, imaginación guiada o visualización, planificación de actividades y terapia de solución de problemas); en el tercer escenario el objetivo es realizar acompañamiento del paciente durante la situación estresante que representa el cáncer, a través de proporcionar apoyo emocional, y así disminuir los síntomas de ansiedad, depresión, etc.; por último, el último rubro está dividido en dos categorías: la terapia de grupo guiada por un profesional, en la cual se realizan dinámicas de grupo que se centran en objetivos más concretos y posee una mayor organización y planificación. El segundo tipo es la terapia de grupo guiada por personas afectadas, se caracteriza por contar con menor jerarquía; los objetivos son espontáneos y el apoyo emocional es el principal beneficio.¹¹

Dentro de las técnicas que se pueden ocupar para apoyar a estos pacientes se encuentran: identificación y corrección de distorsiones cognitivas, estrategias conductuales de manejo de ansiedad, modelamiento, confrontación temprana con el espejo. Motivar al autocuidado: roce, limpieza, aseo alrededor del área desfigurada. No evitar el contacto visual. Fomentar la expresión de los sentimientos acerca de la apariencia. Cuando sea apropiado: Tranquilizar al paciente sobre: los cambios que serán menos pronunciados con el tiempo. Poner los cambios en un contexto manejable (fue necesario para salvar la vida, sólo está confinado en un área de la persona), explorar otras fuentes de autoestima, discutir sobre las formas de manejar situaciones sociales, motivar a formar una red de apoyo.¹³

Con el objetivo de que el paciente aprenda a manejar la ansiedad se proponen estrategias generales tales como: proveer esperanza, abordar necesidades de información, terapia de solución de problemas.¹³

▷ CONCLUSIÓN

En la bibliografía revisada se encontraron referencias que mencionan las alteraciones físicas y funcionales en los pacientes con tratamientos quirúrgicos, con neoplasias en cabeza y cuello, así como las consecuencias negativas que por ende impactan psicológicamente en la autoestima,

autoconcepto, imagen corporal y en la calidad de vida de dichos pacientes. Sin embargo, la investigación al día de hoy es insuficiente.

Es concluyente la necesidad que existe de atender las necesidades psicológicas que plantea el paciente que padece algún tipo de cáncer en el área de cabeza y cuello en todos los ámbitos, desde la psicoeducación en pacientes con diagnóstico reciente hasta la terapia, como es el caso de los pacientes que ya tuvieron como tratamiento la cirugía, que en la mayoría de los casos atenta gravemente contra su imagen corporal y dado que ésta es el pilar del autoconcepto y la autoestima es de suma importancia abordarlo.

La atención psicológica es necesaria en los diferentes retos que plantea el paciente con cáncer de cabeza y cuello, tales como: la adaptación a su nueva circunstancia, elaboración de nuevas estrategias tanto cognitivas como conductuales para manejar situaciones sociales, entrenamiento en manejo de la ansiedad, terapia en solución de problemas, entre otros de modo de mejorar la calidad de vida del paciente en sus diferentes ámbitos: personal, laboral, profesional, pareja, sexual y social.

El psicólogo cuenta con una gran variedad de herramientas que le permiten generar en el paciente la sensación de autoeficacia, que ya se comentó anteriormente, es un factor protector para éstos pacientes.

Existen una gran cantidad de técnicas tanto generales como específicas que pueden ocuparse con esta población, que aunque ya se mencionó que están diseñadas para etapas específicas de la historia natural de la enfermedad, esto no es inflexible, y el psicólogo clínico debe desarrollar la habilidad para definir en qué momento y cuál de las técnicas es más beneficiosa para el paciente.

Un hecho es que en el ámbito médico no se le da la misma importancia al tratamiento psicológico como al médico; sin embargo, son cada vez más los médicos y enfermeras que se sensibilizan sobre la importancia que éste tiene.

Es necesario dirigir investigaciones a la población con otros tipos de cánceres, como los que alteran la

imagen corporal como consecuencia de los tratamientos oncológicos de modo que se cuente con un mejor entendimiento sobre los procesos psicológicos que subyacen a éste cáncer y con esto contar con mejores y mayores estrategias para abordar al paciente con cáncer de cabeza y cuello, y así lograr una mejor adaptación de este individuo a su medio ambiente.

Consideramos que éste es un terreno fértil para mejorar tanto las estrategias de diagnóstico como las de intervención y que es trabajo de la comunidad de psicólogos que se dedica a este campo realizar.

REFERENCIAS

1. Herrera GA, Granados GM, De la Garza SJ. El cáncer. En: Herrera GA, Granados GM, De la Garza SJ. Manual de Oncología. Procedimientos Médico Quirúrgicos. 3ª. Ed. México: McGraw Hill Interamericana.2006;pp:1-7.
2. World Health Organization. World Health Statistics. Ten statistical highlights in Global Public Health 2008. Francia: World Health Press; 2008.
3. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2008. Atlanta: American Cancer Society; 2008.
4. Tirado Gómez L, Granados GM. Epidemiología y etiología del cáncer de la cabeza y el cuello. Rev Inst Nat Cancerol (Mex) 2007;2:9-17.
5. Breatbart W, Holland JC. Head and neck cancer. In: Holland JC, Rowland: Handbook of Psycho-oncology. New York Oxford University press.1989;pp:232-239.
6. Rizo Rios P, Sierra Colindres MA, Vázquez Piñón G, et al. Registro Hospitalario de Cáncer. Compendio de Cáncer 2000 - 2004. Rev Inst Nat Cancerol (Mex) 2007;2:203-287.
7. Cogwell AR, Anderson FK. Psychological and psychosocial implications of head and neck cancer. The Internet Journal of Mental Health. 2002;2. Disponible en: <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijmh/vol1n2/neck.xml>.
8. Alvarado AS, Florentino GR. Repercusiones psicológicas del tratamiento oncológico en: Herrera GA, Granados GM, González BM. Manual de Oncología. McGraw Hill, 3ª. Ed. México. 2007;pp:835-836.
9. Barroilhet DS, Forjaz MJ, Garrido LE. Conceptos, teorías y factores psicossociales en la adaptación al cáncer, Actas Esp Psiquiatr 2005;33:390-397.
10. Martín VC, Domínguez CJ, San Román CJ, et al. Estancia hospitalaria prolongada en pacientes con cáncer de cabeza y cuello: el impacto del estado nutricional y los problemas faríngeos. Nutr Hosp 2004;19:150-153.
11. Fernández AI. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Psicooncología 2004;1:169-180.
12. Raich RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. Avances en Psicología Latinoamericana 2004;22:15-27.
13. Katz MR. Facial Disfigurement and the multiple needs of the head and neck cancer patient. 18th International Symposium Supportive Care in Cancer. International Society for Oral Oncology; Toronto, Canadá. 2006;pp:22-24.
14. Hagedoorn M, Molleman E. Facial disfigurement in patients with head and neck cancer: The role of social self-efficacy. Health Psychology 2006;25:643-647.