

Cirugía Plástica
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,
Reparadora y Estética
España

Rincón Fernández, M.E.; Pérez San Gregorio, M.A.; Borda Más, M.; Martín Rodríguez, A.
Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía
mamaria

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 36, núm. 4, octubre-diciembre, 2010, pp. 359-
368

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365537852009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria

Psychological differences of breast cancer patients according to the type of breast surgery



Rincón Fernández, M.E.

Rincón Fernández, M.E. *, Pérez San Gregorio, M.A. **, Borda Más, M.***, Martín Rodríguez, A.***

Resumen

Las pacientes con cáncer de mama pueden experimentar importantes secuelas psicológicas producidas por la mastectomía, considerándose la reconstrucción mamaria como un procedimiento reversivo de las mismas. Para conocer si la sintomatología ansiosa y depresiva, las estrategias de afrontamiento empleadas o la calidad de vida manifestada por las pacientes, difiere de unas a otras según el tipo de cirugía realizada (mastectomía unilateral o reconstrucción mamaria) se estudiaron 2 grupos. Un primer grupo formado por 36 pacientes sometidas a mastectomía unilateral (simple o radical modificada) y un segundo grupo constituido por 36 mujeres con reconstrucción mamaria postmastectomía (inmediata o diferida). Para la evaluación psicológica se empleó una Encuesta Psicosocial, junto a la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD), la Escala de Afrontamiento del Cáncer (MAC) y el Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de la EORTC (QLQ-C30). En general, las pacientes mastectomizadas presentaron una mayor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva que las pacientes con reconstrucción mamaria postmastectomía. Igualmente, las pacientes con reconstrucción mamaria emplearon estrategias de afrontamiento más eficaces y gozaron de una mayor calidad de vida que las mujeres mastectomizadas.

Abstract

Breast cancer patients could experiment an important reduction in psychological adjustment due to mastectomy. So, breast reconstruction is considered a procedure to reverse the sequels of breast mastectomy. Two groups were evaluated in order to determine if anxiety and depression symptoms, coping style and quality of life in breast cancer patients are different for each kind of patient, according to the type of surgery (mastectomy or breast reconstruction). A first group was made up of 36 patients with breast cancer who had undergone unilateral mastectomy (simple or modified radical) and the second group was formed by 36 patients with breast reconstruction postmastectomy (immediate or delayed). This study used a psychosocial survey, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC), and The EORTC QLQ-C30 for the evaluation. In general, mastectomy patients showed higher symptoms of anxiety and depression than the breast reconstruction patients. In the same way, breast reconstruction patients develops more effective coping strategies and reports better quality of life than breast mastectomy patients.

Palabras clave Cáncer de mama, Afrontamiento, Calidad de vida

Código numérico 5251-120

Key words Breast cancer, Coping, Quality of life.

Numerical Code 5251-120

* Doctora en Psicología.

** Doctora en Psicología. Catedrática de la Universidad de Sevilla.

*** Doctor en Psicología. Profesor Titular de la Universidad de Sevilla.

Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla. Sevilla. España

Introducción

Las numerosas secuelas psicológicas padecidas por las pacientes con cáncer de mama tras la mastectomía condujeron a considerar la reconstrucción mamaria como un procedimiento reversivo, pudiendo así restaurar el bienestar psicológico y la imagen corporal de las pacientes (1). De este modo, diversas investigaciones han mencionado que las mujeres con reconstrucción mamaria padecen menos secuelas psicológicas al compararlas con las pacientes mastectomizadas (2). Entre los beneficios que conlleva la reconstrucción mamaria se incluyen la mejora del bienestar psicológico (3) y de la calidad de vida (4). Asimismo, considerando las diferentes técnicas quirúrgicas reconstructivas, en nuestro país se han señalado elevados niveles de satisfacción de las pacientes reconstruidas mediante colgajo D.I.E.P. (5, 6). En relación a las características sociodemográficas de las pacientes, diversos autores señalaron que las pacientes más jóvenes tenían una mayor probabilidad de someterse a reconstrucción mamaria postmastectomía, tras estudiar la evolución de 3643 pacientes (7).

En estudios longitudinales se ha comprobado que la mejoría generalizada en la calidad de vida, en el bienestar emocional y en el estado de salud general de las pacientes con reconstrucción mamaria inmediata, se mantenía una vez transcurridos dos años desde dicha intervención (8).

Al estudiar la influencia del tiempo, se comprueba que durante el período más cercano de la cirugía mamaria (en los 6 meses siguientes), las mujeres mastectomizadas mencionan un mayor deterioro de la imagen corporal y del nivel de funcionamiento físico, junto a un menor bienestar emocional, en comparación con las pacientes reconstruidas (3).

Dada la relevancia de este tema, en el presente estudio nos planteamos los siguientes objetivos: A) En primer lugar, comprobar si existen diferencias con respecto a la sintomatología ansiosa y depresiva, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida manifestada por las pacientes con cáncer de mama, según el tipo de cirugía llevada a cabo comparando los siguientes grupos y subgrupos de pacientes: mastectomía unilateral (simple o radical modificada; subgrupo 1 y 2 respectivamente) o reconstrucción mamaria postmastectomía (inmediata o diferida; subgrupo 3 y 4 respectivamente); B) En segundo lugar, determinar si la sintomatología ansiosa y depresiva, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida manifestada por las pacientes con cáncer de mama se modifican en función del tiempo transcurrido (meses) desde la intervención quirúrgica.

Material y método

Se estudiaron un total de 72 pacientes, habiendo sido 36 de ellas intervenidas mediante mastectomía unilateral

sin reconstrucción mamaria posterior (Grupo 1), mientras que otras 36 habían sido sometidas a cirugía reconstructiva mamaria postmastectomía (Grupo 2). Todas estas intervenciones quirúrgicas se habían realizado en el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora y en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla durante los años 2005, 2006 y 2007.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para seleccionar a las participantes en este estudio fueron: ser mujer, con edad comprendida entre los 25 y los 66 años, tener un diagnóstico de cáncer de mama en estadio I-III, encontrarse en un intervalo libre de enfermedad sin que tras la intervención se hubiera diagnosticado una recidiva o metástasis del cáncer, no tener una historia de patología neoplásica anterior, no haber sido intervenidas por mastectomía o reconstrucción mamaria por cáncer de mama con anterioridad, tener un nivel de lectura y escritura que posibilitara la cumplimentación de las distintas escalas empleadas, no haber estado nunca en tratamiento psiquiátrico o psicológico, no estar en el momento de la entrevista bajo medicación psicoactiva y no presentar en el momento de la evaluación ninguna patología grave o incapacitante. Todas las pacientes reconstruidas debían haber completado el proceso quirúrgico de la reconstrucción mamaria, a excepción del complejo areola-pezones.

A continuación se describen las principales características sociodemográficas y clínicas de ambos grupos:

- El Grupo 1 estaba constituido por 36 mujeres a quienes se les había practicado una mastectomía por cáncer de mama: 18 pacientes con mastectomía unilateral simple (subgrupo 1); y 18 con mastectomía unilateral radical modificada (subgrupo 2). Otras características de estas pacientes eran:
 - + Edad: media de 51,39 años, desviación típica de 10,46 años, rango 30-66 años.
 - + Tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica (mastectomía): media de 17,39 meses, desviación típica de 9,88 meses, rango 2,60-33,89 meses.
- El Grupo 2 estaba constituido por 36 mujeres que habían sido sometidas a reconstrucción mamaria tras mastectomía por cáncer de mama: 18 pacientes con reconstrucción inmediata (subgrupo 3); y 18 con reconstrucción diferida (subgrupo 4). Las demás características sociodemográficas y clínicas se detallan a continuación:
 - + Edad: media de 47,75 años, desviación típica de 6,59 años, rango 32-60 años.
 - + Tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica (reconstrucción mamaria): media de 12,8 meses, desviación típica de 7,39 meses, rango 3,47-29,2 meses.

Todas las participantes del estudio fueron informadas de los objetivos y metodología de la investigación, tras

lo cual firmaron el consentimiento informado. La Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Hospital colaborador aprobó la idoneidad y puesta en marcha del presente estudio.

Instrumentos

- Encuesta Psicosocial: elaborada por los autores para la presente investigación y constituida por 25 ítems que evaluaban datos sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de estudios, profesión, situación laboral, etc.) y médicos (tipo de cáncer de mama, estadio, fecha del diagnóstico, tipo de cirugía realizada, tratamientos médicos recibidos, etc.).
- Escala de Depresión y Ansiedad en Hospital (HAD) (9): consta de 14 ítems, 7 referidos a la depresión y 7 a la ansiedad, en los que se hace referencia a la forma en que la persona se ha sentido durante la última semana, debiendo elegir 1 de entre 4 posibilidades de respuestas. La prueba proporciona 2 valores, uno para la “síntomatología ansiosa” y otro para la “síntomatología depresiva” y en ambos casos las puntuaciones se clasifican en: “normal” (0-7 puntos), “dudoso” (8-10 puntos) y “problema clínico” (≥ 11 puntos).
- Escala de Afrontamiento del Cáncer (MAC) (10): está compuesta por 40 ítems que representan afirmaciones sobre diferentes maneras de hacer frente al diagnóstico de cáncer y que se clasifican en 5 escalas o modos generales de afrontamiento. Evalúa los estilos de afrontamiento catalogándolos como “espíritu de lucha”, “desamparo/desesperanza (indefensión)”, “preocupación ansiosa”, “fatalismo” y “negación”, mediante una escala tipo Likert con 4 opciones de respuestas.
- Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de la EORTC (QLQ-C30) (11) versión 2.0: incluye 30 ítems que se reparten en 5 escalas funcionales (funcionamiento físico, rol, emocional, social y cognitivo), 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas-vómitos), una escala global de salud/calidad de vida y un número de ítems individuales que evalúan problemas económicos y síntomas adicionales (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea). Para la mayoría de las preguntas, se emplea un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, excepto en la escala global que tiene 7. Todas las escalas e ítems individuales se convierten en una puntuación de 0 (peor calidad de vida) a 100 (mejor calidad de vida).

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS (versión 14.0). Los estadísticos utilizados para las comparaciones intergrupales eran escogidos en función de la unidad de medida de las variables consideradas: nominales (χ^2), ordinales (U de Mann-Whitney) o cuantitativas (t de Student-Fisher). Asimismo, emplea-

mos el coeficiente de correlación de Pearson para determinar el grado de asociación lineal entre dos variables de carácter cuantitativo.

Resultados

Los 2 grupos de este estudio eran homogéneos en las principales variables sociodemográficas: edad ($p > .05$), estado civil ($p > .05$), situación laboral actual ($p > .05$) y nivel de ingresos mensuales de la unidad familiar ($p > .05$). Sin embargo, las pacientes reconstruidas tenían un significativo mayor nivel de estudios ($p < .05$), desahuciando profesiones que requerían una mayor cualificación ($p < .05$) que las pacientes mastectomizadas.

En relación a las variables clínicas, no existían diferencias significativas entre los 2 grupos de pacientes con respecto al estadio del cáncer ($p > .05$), a la existencia de antecedentes oncológicos familiares ($p > .05$), ni a la sintomatología secundaria a los tratamientos basada en vómitos, alopecia o aumento de peso ($p > .05$). La linfadenectomía axilar se practicó en mayor número de ocasiones a las pacientes con mastectomía sin reconstrucción mamaria posterior ($p < .05$). Asimismo, el número de meses acontecidos desde el diagnóstico oncológico fue significativamente mayor en las pacientes reconstruidas que en las mastectomizadas ($p < .01$). Por el contrario, el tiempo transcurrido desde la última cirugía fue significativamente mayor en las pacientes mastectomizadas que en las pacientes reconstruidas ($p < .05$).

Las únicas diferencias que se hallaron al realizar el análisis de las variables sociodemográficas y clínicas por subgrupos fueron las siguientes:

- Las pacientes con mastectomía simple unilateral (subgrupo 1) contaban con estadios de evolución del cáncer significativamente menos avanzados (entre I y IIA) que las pacientes con mastectomía radical modificada unilateral (subgrupo 2) ($p < .01$).
- La mayoría de las pacientes con reconstrucción mamaria inmediata habían sido intervenidas de mastectomía simple unilateral previamente a la reconstrucción mamaria (55,6% en el subgrupo 3; 44,4% en el subgrupo 4). La técnica de reconstrucción mamaria más comúnmente empleada fue el uso de expansor tisular más prótesis en ambos subgrupos de pacientes.

Atendiendo al primer objetivo planteado en esta investigación, aplicamos la prueba de normalidad (Prueba de Kolmogorov Smirnov) en las variables evaluadas (nivel de ansiedad y depresión, estrategias de afrontamiento y calidad de vida). Posteriormente, se empleó la Prueba T para igualdad de medias en aquellas variables que seguían una distribución normal, así como la Prueba de U de Mann Whitney en aquellas variables que no se ajustaban a la normalidad en su distribución.

Resultaron significativas la “puntuación total en ansiedad” ($p < .01$) y la “puntuación total en depresión”

($p < .01$), en las que puntuaron significativamente más alto las pacientes mastectomizadas (Tabla I, Fig.1).

Tabla I: Comparación entre pacientes mastectomizadas y reconstruidas en ansiedad-depresión, estrategias de afrontamiento y calidad de vida (N=72).

Variables	Tipo de cirugía		Estadístico de contraste	p
	Mastectomía (n=36)	Reconstrucción (n=36)		
	M (DT)	M (DT)		
Ansiedad y depresión				
Puntuación total en ansiedad	14.75 (4.23)	8.42 (5.48)	t(70) = 8.11	.000**
Puntuación total en depresión	13.47 (4.14)	5.44 (4.26)	t(70) = 5.45	.000**
Estrategias de afrontamiento				
Espíritu de lucha	47.03 (8.09)	53.36 (6.7)	t(70) = -3.61	.001**
Desamparo/desesperanza	15.5 (4.25)	10.44 (4.39)	t(70) = 4.95	.000**
Preocupación ansiosa	25.33 (3.87)	24.42 (3.28)	t(70) = 1.08	.283
Fatalismo	26.92 (2.63)	22.31 (5.09)	t(52.43) = 4.82	.000**
Negación	2.03 (.16)	2.11 (.52)	U = 629.5	.547
Calidad de vida				
Funcionamiento físico ^a	.57 (.27)	.76 (.27)	U = 391	.003**
Funcionamiento del rol ^a	.5 (.41)	.66 (.37)	U = 504	.083
Funcionamiento social ^o	2.69 (.98)	1.48 (.56)	U = 207.5	.000**
Funcionamiento emocional ^o	3.02 (.83)	1.87 (.75)	t(70) = 6.07	.000**
Funcionamiento cognitivo ^o	2.88 (.87)	1.59 (.81)	U = 182.5	.000**
Escala global de salud ^a	4.2 (1.34)	5.87 (1.26)	U = 248	.000**
Fatiga ^o	2.67 (.83)	2.01 (.85)	t(70) = 3.27	.002**
Dolor ^o	2.62 (.73)	1.77 (.76)	U = 283.5	.000**
Náuseas y vómitos ^o	1.34 (.58)	1.11 (.34)	U = 519.5	.041*
Disnea ^o	1.44 (.6)	1.16 (.5)	U = 478	.011*
Insomnio ^o	2.97 (.94)	1.94 (1.06)	U = 319.5	.000**
Pérdida de apetito ^o	1.94 (.92)	1.27 (.65)	U = 380	.001**
Estreñimiento ^o	1.22 (.48)	1 (0)	U = 522	.006*
Diarrea ^o	1.58 (.8)	1 (0)	U = 396	.000**
Problemas económicos ^o	2.58 (1.02)	1.41 (.6)	U = 245.5	.000**

Nota. ^a A mayor puntuación, mayor identificación con la variable y mejor calidad de vida. ^o A mayor puntuación, peor calidad de vida. * p<.05 ** p<.01

Nota. ^a A mayor puntuación, mayor identificación con la variable y mejor calidad de vida. ^o A mayor puntuación, peor calidad de vida. * $p < .05$ ** $p < .01$

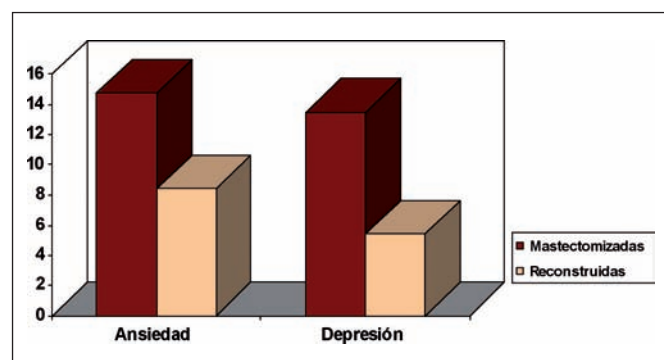


Figura 1. Comparación de mastectomizadas y reconstruidas en el nivel de ansiedad-depresión (N=72).

Cabe destacar que las puntuaciones medias en sintomatología ansiosa y en sintomatología depresiva fueron superiores en el grupo de las pacientes mastectomizadas (14,75 y 13,47 respectivamente) que en de las pacientes reconstruidas (8,42 y 5,44 respectivamente) (Fig. 2).

Por otro lado, las pacientes con reconstrucción mamaria mostraron un patrón de afrontamiento basado en un mayor empleo del “espíritu de lucha” ($p < .01$), menor “desamparo/desesperanza” ($p < .01$) y menor “fatalismo” ($p < .01$), que las pacientes mastectomizadas (Fig. 2). Igualmente, las pacientes con reconstrucción mamaria mostraron una mayor calidad de vida que las mujeres mastectomizadas en casi la totalidad de las escalas evaluadas (Tabla I).

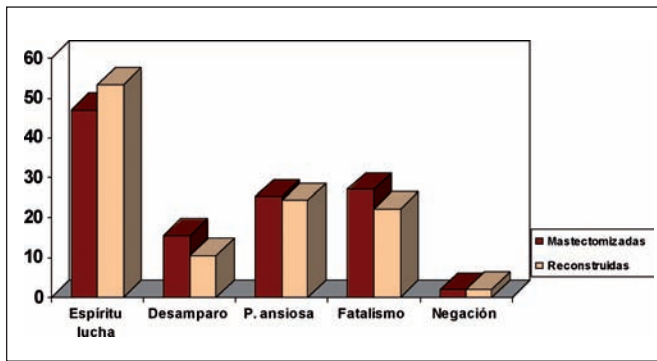


Figura 2. Comparación en las puntuaciones medias de mastectomizadas y reconstruidas en las estrategias de afrontamiento empleadas (N=72).

No se hallaron diferencias significativas entre las pacientes con mastectomía simple unilateral o con mastectomía radical modificada unilateral con respecto a la sintomatología ansiosa ($p > .05$) y depresiva ($p > .05$). Atendiendo a las estrategias de afrontamiento empleadas para luchar contra el cáncer, se detectaron diferencias significativas en el patrón basado en el “espíritu de lucha” ($p < .05$), empleado en mayor medida por las pacientes con mastectomía simple unilateral ($p < .05$). De las variables que determinan la calidad de vida, tan sólo hubo dife-

rencias significativas en la escala de funcionamiento físico ($p < .05$), siendo superior la puntuación obtenida por las mujeres con mastectomía simple.

Tampoco se determinaron diferencias significativas entre las pacientes con reconstrucción mamaria inmediata o diferida en ninguna de las variables psicológicas estudiadas.

Para comprobar el segundo objetivo de este estudio, empleamos el coeficiente de correlación de Pearson para cada uno de los dos grupos muestrales (Tabla II).

Comprobamos que los niveles de ansiedad manifestados por las pacientes mastectomizadas se modificaban en función del tiempo transcurrido desde la última cirugía (en este caso, la mastectomía unilateral) ($p \leq .01$). Lo mismo ocurrió con el patrón de afrontamiento basado en el “fatalismo” ($p < .05$), así como con la gran mayoría de las escalas que evaluaban la calidad de vida.

En el grupo de las pacientes reconstruidas apreciamos que el tiempo transcurrido desde la reconstrucción mamaria estuvo relacionado con un menor afrontamiento basado en el “desamparo/desesperanza” ($p < .05$) y en “preocupación ansiosa” ($p < .05$), así como con una mayor calidad de vida (Tabla II).

Tabla II: Correlación entre las variables psicológicas y el tiempo transcurrido desde la realización de la última cirugía en las pacientes mastectomizadas y reconstruidas (N=72).

Correlaciones entre variables	r	p
Mastectomizadas (n=36)		
Ansiedad - Tiempo desde la última cirugía	-.425	.01**
Fatalismo - Tiempo desde la última cirugía	-.383	.021*
Funcionamiento físico ^a - Tiempo desde la última cirugía	.55	.001**
Funcionamiento del rol ^a - Tiempo desde la última cirugía	.453	.006**
Funcionamiento social ^o - Tiempo desde la última cirugía	-.365	.028*
Funcionamiento emocional ^o - Tiempo desde la última cirugía	-.459	.005**
Funcionamiento cognitivo ^o - Tiempo desde la última cirugía	-.603	.000**
Escala global de salud ^a - Tiempo desde la última cirugía	.595	.000**
Fatiga ^o - Tiempo desde la última cirugía	-.541	.001**
Dolor ^o - Tiempo desde la última cirugía	-.708	.000**
Náuseas y vómitos ^o - Tiempo desde la última cirugía	-.451	.006**
Insomnio ^o - Tiempo desde la última cirugía	-.496	.002**
Pérdida de apetito ^o - Tiempo desde la última cirugía	-.368	.027*
Diarrea ^o - Tiempo desde la última cirugía	-.335	.046*
Problemas económicos ^o - Tiempo desde la última cirugía	-.402	.015*
Reconstruidas (n=36)		
Desamparo/desesperanza - Tiempo desde la última cirugía	-.379	.023*
Preocupación ansiosa - Tiempo desde la última cirugía	-.350	.036*
Funcionamiento físico ^a - Tiempo desde la última cirugía	.424	.01**
Funcionamiento social ^o - Tiempo desde la última cirugía	-.419	.011*
Funcionamiento emocional ^o - Tiempo desde la última cirugía	-.405	.014*
Fatiga ^o - Tiempo desde la última cirugía	-.352	.035*
Dolor ^o - Tiempo desde la última cirugía	-.481	.003**
Pérdida de apetito ^o - Tiempo desde la última cirugía	-.383	.021*
Problemas económicos ^o - Tiempo desde la última cirugía	-.35	.037*

Nota. ^a A mayor puntuación, mayor identificación con la variable y mejor calidad de vida. ^o A mayor puntuación, peor calidad de vida. * $p < .05$ ** $p \leq .01$

Discusión

A pesar de que la investigación señala que las mujeres que se reconstruyen la mama suelen ser más jóvenes que las mujeres mastectomizadas (7), en el presente estudio no se encontraron diferencias significativas con respecto a la edad entre las pacientes mastectomizadas y reconstruidas. No obstante, ambos grupos sí difirieron significativamente en cuanto al nivel de estudios y a la profesión ejercida por las pacientes. Así, las mujeres mastectomizadas tenían en su mayoría estudios primarios, mientras que las mujeres con reconstrucción mamaria contaban en mayor grado con formación secundaria y universitaria.

En relación a las variables clínicas, cabe destacar que ambos grupos de pacientes fueron equivalentes en cuanto al estadio de evolución de la enfermedad, así como a la existencia de antecedentes oncológicos familiares.

Considerando las variables psicológicas estudiadas, hallamos una mayor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en las mujeres mastectomizadas que en las reconstruidas. Se situaban por tanto, en la misma línea que lo defendido en diversos estudios (3). Por otro lado, en estas pacientes se detectó un elevado número de casos clínicos con respecto a la sintomatología depresiva. Las puntuaciones medias en sintomatología ansiosa fueron superiores a las obtenidas en la subescala de depresión, en ambos grupos.

Atendiendo a las estrategias de afrontamiento empleadas por las pacientes para luchar contra el cáncer, se comprobó como las mujeres reconstruidas manifestaban un mayor “espíritu de lucha”. Las pacientes mastectomizadas sin embargo, desplegaban patrones de afrontamiento basados en el “desamparo/desesperanza” y en el “fatalismo”. Unido a esto, las pacientes que mostraron “fatalismo” eran también las que habían experimentado una mayor sintomatología ansiosa, coincidiendo con otros autores (12). Quedaba así de manifiesto que aquellas pacientes que empleaban estrategias de afrontamiento ineficaces contaban también con un menor bienestar emocional, así como con una peor calidad de vida (13).

De otro lado, podemos afirmar que las pacientes con reconstrucción mamaria gozaban de una mayor calidad de vida general que las mujeres mastectomizadas, ya que mostraron un mejor funcionamiento físico, social, emocional y cognitivo, además de una mayor percepción de salud global. Ello se suma a los resultados obtenidos en estudios previos (2).

En contraposición a esto, las mujeres mastectomizadas manifestaban un mayor grado de sintomatología secundaria a los tratamientos tales como: fatiga, dolor, náuseas y vómitos, disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea y problemas económicos. Ello se halla en la misma línea de los resultados obtenidos por otros investigadores en nuestro país (14).

Al comparar los distintos subgrupos de pacientes mastectomizadas, se comprobó que no existían diferencias entre las pacientes con mastectomía unilateral simple o radical modificada, en relación al nivel de sintomatología ansiosa y depresiva experimentada. Del mismo modo, la mayoría de las escalas que evaluaron la calidad de vida tampoco mostraron discrepancias significativas. Sin embargo, se puede afirmar que las pacientes con mastectomía simple llevaban a cabo un afrontamiento del cáncer mediante un patrón de “espíritu de lucha”, manifestando un mayor funcionamiento físico. De ello se deduce que las mujeres con mastectomía simple, contaban con menos dificultades para llevar a cabo actividades que requiriesen un esfuerzo físico importante, así como para caminar durante un largo período de tiempo. Esto es comprensible dado que se enfrentaban al cáncer con “espíritu de lucha”, es decir, aceptando el diagnóstico, con una actitud optimista respecto al futuro, con sensación de control sobre la enfermedad y con estrategias de afrontamiento basadas fundamentalmente en la re-evaluación positiva de la situación. En este sentido, habría que considerar además que la mastectomía simple implica un acto quirúrgico menos agresivo que la mastectomía radical modificada, lo que podría facilitar que estas pacientes contasen con un mejor funcionamiento físico.

Por otro lado, en la presente investigación no se hallaron diferencias psicológicas entre las pacientes reconstruidas de manera inmediata o diferida tal y como se ha señalado previamente (2).

Analizando la influencia del transcurso del tiempo en las variables psicológicas estudiadas, se puede afirmar que las pacientes mastectomizadas que tenían más reciente la última cirugía mamaria (mastectomía), eran aquellas que manifestaban un mayor nivel de ansiedad, experimentando un mayor “fatalismo” y una peor calidad de vida. Es decir, cuanto menor fuese el tiempo acontecido desde que se les practicó la mastectomía, mayor nivel de ansiedad, peor afrontamiento y peor calidad de vida manifestada por estas pacientes. Resultados similares han sido descritos por otros autores, al afirmar que el transcurso del tiempo desde la mastectomía mejora la sintomatología ansiosa y depresiva y el bienestar físico y funcional (3).

En las mujeres con reconstrucción mamaria, aquellas que tenían más reciente el último acto quirúrgico al que fueron sometidas, eran también las que manifestaban un mayor deterioro en su calidad de vida, desplegando estrategias de afrontamiento basadas en el “desamparo/desesperanza” y en la “preocupación ansiosa”. Así, una mujer que acaba de ser sometida al segundo acto quirúrgico de la reconstrucción mamaria, puede desarrollar estos patrones de afrontamiento en relación al resultado de la intervención mamaria. Ello es comprensible cuando las pacientes mantienen expectativas poco realistas acerca del resultado estético de la reconstrucción mamaria, ya que será con el transcurso del tiempo tras la intervención

cuando las cicatrices vayan desapareciendo y adquiriera poco a poco un mejor aspecto estético.

Resulta interesante destacar que las pacientes mastectomizadas se diferenciaron de las reconstruidas en diversos aspectos tales como un mayor nivel de sintomatología depresiva, así como un menor “espíritu de lucha”, variables que no dependen del transcurso del tiempo desde la cirugía en ninguno de los dos grupos. Esto conduce a pensar que dichas diferencias puedan provenir del hecho de haber sido sometida o no a una reconstrucción mamaria. Así, se ha afirmado que el patrón de “espíritu de lucha” no se modifica en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico del cáncer (15). Asimismo, otros autores (16) comprobaron que la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama mejoraba tras la cirugía mamaria, pero no en todas sus facetas. Así, tras estudiar a 203 mujeres con cáncer de mama evaluadas tras la cirugía mamaria y a los 6, 12, 18 y 24 meses después, determinaron que la calidad de vida general mejoraba durante esos dos años de seguimiento, a excepción de las subescalas de funcionamiento cognitivo, insomnio y diarrea. Cabe destacar que las pacientes mastectomizadas de este estudio mostraron puntuaciones significativamente menores en estas subescalas que las mujeres con reconstrucción mamaria. Y ya que las diferencias parecen no depender del transcurso del tiempo, podrían ser debidas al tipo de cirugía mamaria practicada a la paciente. Igualmente, los autores (16) determinaron que el principal factor predictor de la calidad de vida de las pacientes a largo plazo era el nivel de malestar emocional que sufriesen las pacientes tras la intervención quirúrgica. Adquiere por tanto una relevancia crucial el nivel de sintomatología ansiosa y depresiva hallada en las pacientes mastectomizadas del presente estudio, el cual podría estar determinando una menor calidad de vida en comparación con las mujeres reconstruidas postmastectomía.

Teniendo en cuenta el impacto que la cirugía mamaria produce en la calidad de vida de las pacientes, sería recomendable aconsejar adecuadamente a las pacientes con el objeto de que puedan participar en las decisiones médicas contando con un nivel de información apropiado.

Conclusiones

Las principales conclusiones que pueden establecerse de este estudio son las siguientes:

1. Las pacientes mastectomizadas padecen una mayor sintomatología ansiosa y depresiva, emplean estrategias de afrontamiento más ineficaces y tienen una peor calidad de vida que las pacientes con reconstrucción mamaria.

2. Las pacientes mastectomizadas experimentan una mayor sintomatología ansiosa a medida que tienen más reciente la última intervención quirúrgica.
3. En general, tanto las pacientes mastectomizadas como las reconstruidas despliegan estrategias de afrontamiento menos eficaces cuanto más reciente tienen el último acto quirúrgico, viendo deteriorada su calidad de vida.

Podemos afirmar por tanto, que el tipo de intervención quirúrgica practicada a las pacientes con cáncer de mama, así como el curso evolutivo de la cirugía, representan variables clave para poder pronosticar la sintomatología ansiosa y depresiva experimentada por estas mujeres. Sólo conociendo aquellas variables implicadas en la evolución psicosocial de las pacientes con cáncer de mama, podremos establecer modelos causales y evolutivos desde el punto de vista psicológico que nos ayuden a entender, anticipar y paliar la sintomatología manifestada por estas mujeres, en el curso de su proceso oncológico. Sería por ello interesante realizar nuevas investigaciones a este respecto, con diseños longitudinales que nos ayudasen a delimitar la causalidad de la sintomatología ansiosa y depresiva de las pacientes, así como la evolución de las estrategias de afrontamiento y de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.

Como limitaciones de este estudio podemos señalar el no haber podido incluir pacientes con otras técnicas de reconstrucción mamaria, tales como el colgajo D.I.E.P., lo cual fue imposible por motivos puramente médico-asistenciales.

Agradecimientos

Quisiéramos manifestar nuestro más sincero agradecimiento al Dr. Gregorio Jiménez Córdoba, Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, por la supervisión de este estudio, así como por las valiosas contribuciones realizadas para la mejora del mismo. Nuestra gratitud asimismo a los cirujanos adjuntos y residentes de dicho Servicio Médico, por su interés, colaboración y contribución a esta investigación.

Dirección del autor

M^a Esther Rincón Fernández.
Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tto. Psicológicos.
C/ Camilo José Cela, s/n. 41018 Sevilla (España).
e-mail: esterfrincon@terra.es

Bibliografía

1. **1. Marín-Gutzke M. y Sánchez-Olaso A. (2010):** "Reconstructive surgery in young women with breast cancer". *Breast Cancer Res. Treat.* 2010; 123: 67.
2. **Rubino C., Figus A., Loretto L. y Sechi, G.:** "Post-mastectomy reconstruction: A comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes". *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* 2007; 60(5): 509.
3. **Arora N.K., Gustafson D.H., Hawkins R.P., Mctavish F., Cella D.F., Pingree S., Mendenhall J.H. y Mahvi D.M.:** "Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma. A prospective study". *Cancer.* 2001; 92(5): 1288.
4. **Mullan M.H., Wilkins E.G., Goldfarb S., Lowery J.C., Smith D.M., Wickman M. y Sandelin K.:** "Prospective analysis of psychosocial outcomes after breast reconstruction: Cross-cultural comparisons of 1-year postoperative results". *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* 2007; 60(5): 503.
5. **Cabrera E., Redondo A., Dean A., Benítez J.R., Torre C., De Piero G., Navarro J., Molina H., Ramírez J.N. y Rioja L.F.:** "Satisfacción en pacientes con reconstrucción mamaria con colgajo D.I.E.P." *Cir. plást.iberolatinoam.* 2006; 32 (3): 169.
6. **Casado C., Cabrera E., Redondo A. y Rioja L.F.:** "Análisis de controversias en reconstrucción mamaria con colgajo DIEP." *Cir. plást.iberolatinoam.* 2008; 34 (4):267.
7. **Alderman A.K., Collins E.D., Schott A., Hughes M.E., Ottesen R.A., Theriault R.L., Wong Y., Weeks J.C., Niland J.C. y Edge S.B.:** "The Impact of Breast Reconstruction on the Delivery of Chemotherapy". *Cancer.* 2010; 116(7): 1791.
8. **Atisha D., Alderman A.K., Lowery J.C., Kuhn L.E., Davis J. y Wilkins E.G.:** "Prospective analysis of long-term psychosocial outcomes in breast reconstruction. Two-year postoperative results from the Michigan breast reconstruction outcomes study". *Ann. Surg.* 2008; 247(6): 1019.
9. **Zigmond A.S. y Snaith R.P.:** "The Hospital Anxiety and Depression Scale". *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67(6): 361.
10. **Watson M., Greer S., Young J., Inayat Q., Burgess C. y Robertson B.:** "Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale". *Psicol. Med.* 1988; 18(1): 203.
11. **Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B., Bullinger M., Cull A., Duez N.J., Filiberti A., Flechtner H., Fleishman S.B., De Haes J.C., Kaasa S., Klee M., Osoba D., Razavi D., Rofo P.B., Schraub, S., Sneeuw K., Sullivan M. y Takeda F.:** "The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology". *J. Natl. Cancer. Inst.* 1993; 85: 365.
12. **Millar K., Purushotham A.D., McLatchie E., George W.D. y Murray G.D.:** "A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer". *J. Psychosom. Res.* 2005; 58(4): 335.
13. **Collie K., Wong P., Tilston J., Butler L.D., Turner-Cobb J., Kreshka M.A., Parsons R., Graddy K., Cheasty J.D. y Koopman C.:** "Self-efficacy, coping, and difficulties interacting with health care professionals among women living with breast cancer in rural communities". *Psychooncology.* 2005; 14(10): 901.
14. **Espantoso R., Fernández C., Padierna C., Amigo I., Villoria E., Gracia J.M., Fernández R. y Peláez I.:** "Calidad de vida en pacientes oncológicos un año después de finalizado el tratamiento". *Psicooncología.* 2007; 4(1): 43.
15. **Ferrero J., Rodríguez-Marín J., Toledo M. y Barreto M.P.:** "Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer: Un estudio de la aceptabilidad relativa de hipótesis causales opuestas". *Revista de Psicología de la Salud.* 1996; 8(2): 3.
16. **Härtl K., Engel J., Herschbach P., Reinecker H., Sommer H. y Friese K.:** "Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors". *Psychooncology.* 2010; 19(2): 160.

Comentario al artículo “Diferencias Psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria”

Dr. Juan P. Aracil Kessler

Jefe de Servicio de Cirugía Plástica, Coordinador de Docencia e Investigación. Hospital Provincial de Castellón, España

La medicina sufrió una notable evolución en las últimas décadas del siglo pasado, de modo que lo que se conocía como medicina tradicional murió en nuestro país a principios de este siglo. Su epitafio se escribió con la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* que dio paso a la medicina de “las decisiones compartidas”. Esta nueva medicina supone la necesidad del conocimiento por parte de los profesionales de las percepciones de los pacientes en su paso por los procesos clínicos, y más, en una especialidad como la nuestra en la que la satisfacción del paciente es el objetivo primordial en la mayor parte de las ocasiones. En ese sentido, los autores hacen un acertado comentario en el último párrafo del apartado de la Discusión.

La necesidad de conocer qué siente el paciente en relación a su proceso y de nuestra intervención en él, ha llevado a desarrollar numerosos instrumentos que tratan de medirlo (1), incluso instrumentos para medirlo en el caso de la cirugía de la reconstrucción mamaria (1). En nuestro medio lingüístico y cultural este hecho se ha dejado notar con fuerza en los últimos años, de modo que se han utilizado escalas y cuestionarios con este fin, con mayor o menor fortuna, en múltiples trabajos (1-4).

En este artículo de la Dra. Rincón y colaboradores, se presenta un excelente trabajo en el que se comparan algunas de esas percepciones en 2 grupos de mujeres que tras sufrir una mastectomía por un cáncer de mama, unas fueron reconstruidas y las otras no. Su conclusión es que el grupo de las mujeres reconstruidas tenía una mejor situación que el de las que no lo habían sido, cosa que ya había sido señalada por otros autores (1). Para ello se apoya en unos instrumentos, fundamentalmente La Escala de Depresión y Ansiedad en Hospital (HAD), la Escala de Afrontamiento del Cáncer (MAC) y el Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de la EORTC (QLQ-C30) versión 2.0.

Aunque presentan los grupos como homogéneos, hay un detalle importante, a mi juicio, y es el hecho de que un número indeterminado pero significativamente importante de mujeres del grupo de las no reconstruidas habían sufrido, además de la mastectomía, una linfadenectomía axilar. Este detalle es importante, porque implica una evolución, unos efectos secundarios y colaterales, y unas secuelas distintas por sí mismas, lo que significaría introducir un sesgo importante en el estudio. Por otra parte, en estos grupos se incluyen pacientes con estadios de I a III de cáncer de mama, lo cual es especificar muy poco, porque en ese rango de estadios se pueden dar muy dife-

rentes tratamientos oncológicos coadyuvantes: desde casi nada, a severos tratamientos con quimioterapia y/o radioterapia, que influirían mucho en los estados de ansiedad y depresión, así como en la calidad de vida de las pacientes, y en este artículo no los veo considerados. El hecho de que la reconstrucción haya sido de tipo heterólogo, mediante expansión tisular, me hace pensar que ninguna de las pacientes del grupo de la reconstruidas haya sido tratada con radioterapia, y el hecho de que de ellas la mitad se hayan hecho de forma inmediata, me hace pensar que éstas pertenecían a los estadios de cáncer de mama más bajos, por lo que tengo mis dudas de si los resultados que se presentan definen realmente una situación derivada de la reconstrucción mamaria o están asociados a la diversidad de composición de los grupos y de los otros tratamientos que se les han aplicado. También me inquieta la pauta de reclutamiento, de la que no se hace mención.

En realidad, los instrumentos utilizados para medirlo, no son realmente instrumentos específicos para medir los cambios derivados de la recuperación de la imagen corporal tras la mutilación sufrida, sino que miden estados de ansiedad-depresión, afrontamiento del hecho de sufrir un cáncer, y cambios en su calidad de vida por el hecho de ser tratadas oncológicamente. Sin embargo, y en ausencia de ese instrumento específico debidamente validado, encuentro muy inteligente el rodeo metodológico que han diseñado para tratar de medir si las mujeres reconstruidas estaban objetivamente en mejor situación que las que no lo habían sido. De hecho, la situación de “espíritu de lucha” que manifiestan algunos de los grupos estudiados, podría explicar los porcentajes de reconstrucción mamaria que recibimos en nuestros servicios.

Desde el punto de vista del cirujano plástico, creo que lo que verdaderamente necesitaríamos conocer es en qué medida las mujeres que han sido sometidas a una reconstrucción mamaria tras una mastectomía ven cumplidas las expectativas que se habían hecho, y si el paso por el proceso de reconstrucción les ha valido la pena. Para ello la comparación se debería hacer entre la situación que tenían en el preoperatorio de la reconstrucción y cuando hubieran finalizado dicho proceso. El instrumento a usar debería ser específico para valoración de la apariencia o de la propia imagen.

Quiero, no obstante, felicitar a la Dra. Rincón y a su grupo por su trabajo y su colaboración en el proceso que nos lleve a conseguir medir, de forma objetiva, la satisfacción de nuestros pacientes.

Respuesta al comentario del Dr. Juan P. Aracil Kessler

Dra. María Esther Rincón

Los autores de este estudio quisieran manifestar su sincero agradecimiento al Dr. Aracil por haber expresado su interés en nuestra investigación, así como por las palabras dedicadas al equipo de investigación. Constituye para nosotros una verdadera satisfacción, sobre todo al proceder de un profesional con tan dilatada experiencia.

En la misma línea de lo señalado por el Dr. Aracil, nuestro interés principal fue conocer qué sentían realmente las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama, qué determinaba que decidiesen o no reconstruirse las mamas después de la mastectomía, qué nivel de satisfacción con los cuidados médicos manifestaban una vez que habían sido intervenidas y ante todo, cómo podríamos mejorar el abordaje terapéutico de estas mujeres. Ello constituyó un gran aliciente, sobre todo al comprobar que al igual que el Dr. Aracil, el Dr. Jiménez Córdoba (entonces Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, donde realizamos el estudio) y todo su equipo, tenían exactamente la misma intención que nosotros: mejorar si cabe la asistencia a las pacientes con cáncer de mama. Y ello haciendo un esfuerzo adicional en su práctica clínica diaria, integrando no sólo aquellos aspectos médico-quirúrgicos conocidos, sino además añadiendo información adicional, en concreto la perspectiva facilitada por los psicólogos. Esta experiencia fue sumamente gratificante por el enriquecimiento teórico y práctico que se produjo entre ambos grupos de investigación, quedando así plasmado en una reciente publicación (1).

Asimismo, nos propusimos abordar un gran número de variables psicológicas, además de las presentadas en este manuscrito, tales como el nivel de autoestima de las pacientes, su patrón de personalidad o el nivel de deterioro de la imagen corporal, por considerarlas fundamentales en el ajuste a la enfermedad de estas mujeres. Para ello, tal y como menciona el Dr. Aracil, es de gran importancia emplear cuestionarios estandarizados y validados en población oncológica española. Por este motivo se empleó por ejemplo el Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de Mama de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-BR23) que evalúa aspectos concretos que determinan la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, tales como el deterioro de la imagen corporal o la disfunción sexual, entre otros. Los resultados obtenidos con este instrumento han sido recientemente aceptados para su publicación (2).

Atendiendo a las diferencias intergrupales detectadas, cabe destacar que los estudios llevados a cabo en el marco de las ciencias sociales comprenden un gran volumen de variables psicosociales que han de tenerse en cuenta, con objeto de evitar la introducción de variables extrañas en la muestra. Ello es aceptado por la comunidad científica, considerando que aquellos estudios que presenten una mayor homogeneidad en la gran mayoría de las variables sociodemográficas, psicológicas y clínicas que definen a los grupos estudiados, serán los que gozarán de unos resultados más generalizables en esa población. No obstante, estas condiciones raramente pueden ser alcanzadas en la Psicología de la Salud, porque hemos de aunar no solo aquellos aspectos clínicos que definen a los pacientes (diagnóstico, estadio, tipo de cirugía, etc.), sino también las características sociodemográficas que presentan (género, edad, nivel de estudios, profesión, etc.) y los determinantes psicológicos a evaluar. Es

por ello que coincidimos con el Dr. Aracil en afirmar que lo ideal sería haber obtenido pacientes con características clínicas similares, aunque esto constituye una limitación inherente a los estudios de la naturaleza que nos ocupa. No obstante, cabe destacar que los grupos fueron equivalentes en las principales variables sociodemográficas y clínicas estudiadas, incluyendo el estadio tumoral. Asimismo y conscientes de la implicación que las diferencias obtenidas entre los grupos de pacientes podían representar sesgos potenciales de los resultados psicológicos obtenidos, quisimos llevar a cabo análisis estadísticos adicionales. Así, mediante un estudio de regresión lineal múltiple se comprobó que ninguna de las variables sociodemográficas ni clínicas constituían factores determinantes de la sintomatología ansiosa-depresiva ni de la calidad de vida de estas mujeres (3). Por tanto, las diferencias halladas en el bienestar psicológico de las pacientes no se debían a diferentes estadios de evolución del cáncer, ni a protocolos de adyuvancia diferenciales, ni a pautas de reclutamiento dispares (se siguió idéntico protocolo para todas las mujeres). Estas discrepancias, como ha señalado de manera esencial el Dr. Aracil, se debían a pautas de afrontamiento diferenciales (3). Es decir, aquellas pacientes que gozaban de un mayor “espíritu de lucha” eran también las que querían preservar su aspecto estético, por lo que decidían someterse a la reconstrucción mamaria postmastectomía (1), manifestando un menor deterioro psicológico y una mayor calidad de vida. Pero estas mujeres eran también las que se mostraban más exigentes en los cuidados médicos recibidos y demandaban en mayor medida un abordaje interdisciplinar, basado en su mayoría en la asistencia psicológica (1).

No obstante, aún se requiere una mayor producción científica a este respecto, con objeto de poder establecer modelos causales que nos ayuden a predecir y poder abordar más eficazmente la morbilidad psicológica de la población oncológica. Y por último, añadir que este es nuestro mayor reto y nuestra mayor responsabilidad, el cual sin duda se ve fortalecido al comprobar que grandes profesionales de la medicina nos brindan su apoyo, su interés y su sabiduría, para al fin y al cabo, poder ofrecer una asistencia multidisciplinar de alta calidad. Por ello nuevamente, gracias.

Bibliografía

1. **Rincón, M.E., Pérez, M.A., Borda, M. y Martín, A.:** “Satisfacción con los cuidados médicos y búsqueda de información en pacientes con cáncer de mama”. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 2010, 93: 23.
2. **Rincón, M.E., Pérez, M.A., Borda, M. y Martín, A.:** “Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama”. Universitas Psychologica. (en prensa).
3. **Rincón, M.E., Pérez, M.A., Borda, M. y Martín, A.:** “Factores que predicen un buen ajuste psicosocial postquirúrgico en pacientes con cáncer de mama”. Estudios de Psicología, 2010, 31: 325.