

## Aspectos psicológicos en la reconstrucción mamaria

Los aspectos psicológicos en la reconstrucción mamaria son un tema de gran importancia y actualidad. En este artículo se discuten los aspectos psicológicos de la reconstrucción mamaria, desde el diagnóstico hasta el seguimiento postoperatorio.

Son indiscutibles los significativos avances que los tratamientos quirúrgicos de la mama han experimentado en los últimos tiempos. Los adelantos en la cirugía conservadora no eliminan a la mastectomía como la opción de tratamiento quirúrgico recomendada en muchas situaciones. La mastectomía tras un cáncer de mama es una experiencia traumática para la mujer y en muchos estudios se han definido las perturbaciones relacionadas con el diagnóstico de cáncer y sus tratamientos. Los avances técnicos en los procedimientos quirúrgicos y la acumulación de evidencia investigadora, han provocado un incremento de la práctica de técnicas de reconstrucción y buena prueba de ello es el artículo de consenso que aparece en este mismo número (1).

Tras este hecho se asume ampliamente que la reconstrucción de mama ofrece beneficios psicológicos a las mujeres mastectomizadas. Aunque muchas veces esta afirmación se realice sin evidencia empírica o con pobre calidad metodológica en las investigaciones propuestas (2). De ahí que los datos de los que se dispone en la actualidad no sean del todo concluyentes por problemas metodológicos de dos tipos:

—*Diseño*: la mayoría de las investigaciones sobre los beneficios de la reconstrucción mamaria, han utilizado diseños retrospectivos, que evalúan la experiencia de las mujeres sólo después de que estas han tomado la decisión y la operación ha tenido lugar. Esto es problemático, ya que el tiempo desde la operación puede influir en los resultados. Los investigadores necesitan usar diseños alternativos para examinar efectivamente el impacto psicológico de la reconstrucción de mama. Los estudios prospectivos y aleatorizados servirán para decrecer el posible sesgo cuando se evalúan los efectos psicológicos de los distintos tipos de intervención quirúrgica. Esto a veces es complicado ya que no todas las pacientes son candidatas a poder elegir entre dichas alternativas terapéuticas.

—*Muestra*: muchos de los estudios examinan los efectos psicológicos de la mastectomía y la reconstrucción,

eligiendo como grupo control mujeres no oncológicas. Estos estudios fallan en reconocer que un diagnóstico previo de cáncer de mama, puede provocar alteraciones psicológicas por sí mismo, con independencia del procedimiento quirúrgico realizado. Para subsanar este problema es preferible comparar mujeres mastectomizadas en distintos momentos temporales desde la cirugía, dado que todas han tenido una historia previa de cáncer, y proporcionar de este modo, un grupo control más adecuado para examinar las secuelas psicológicas a largo plazo de la mastectomía.

Los resultados de las investigaciones indican que la reconstrucción de mama no es la panacea universal para las consecuencias emocionales y psicológicas derivadas de la mastectomía. Se hace por ello necesario valorar tres cuestiones específicas: la primera versa sobre las expectativas que mueven a una mujer para tomar la decisión de realizar una cirugía reparadora; la segunda, gira en torno a la satisfacción con el proceso realizado; y en último lugar, las variables propias de la paciente y del procedimiento quirúrgico a seguir.

### RAZONES/EXPECTATIVAS PARA LA RECONSTRUCCIÓN

Es conveniente saber qué factores llevan a una mujer a realizar o no la reconstrucción mamaria, antes de iniciar este procedimiento quirúrgico por parte del equipo sanitario.

Las razones más frecuentes para optar por una reconstrucción reflejan tres temas (3-5): sentimientos de integridad corporal, un segundo tema puramente práctico (no utilizar prótesis externa de mama) y en último lugar, el manejo con el que la información fue presentada por su cirujano en relación a la reconstrucción. Así mismo, las razones más frecuentes aportadas por las pacientes para la no realización de la cirugía (6) son: miedo a las complicaciones quirúrgicas, percibirse a sí mismas como muy mayores y la incertidumbre con los resultados.

## SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES RECONSTRUIDAS CON SU PROCESO QUIRÚRGICO

Hoy en día la satisfacción del consumidor es una importante medida de calidad del cuidado y juega un papel prioritario en determinar la elección de servicios y proveedores de salud. Dentro de las competencias de dichos cuidados, la satisfacción ha llegado a ser una relevante medida de calidad. La última validación para la calidad del cuidado es la satisfacción. Los resultados de satisfacción no sólo ayudan a determinar las intervenciones terapéuticas que serán apoyadas económicamente, sino que decide también en qué serán más rentables. En los modernos sistemas de cuidados de salud, las medidas de satisfacción y calidad de vida llegan a ser instrumentos y metas para evaluar los tratamientos y la eficacia de los resultados. Si bien es cierto que hay un número pequeño de estudios que aportan datos de la satisfacción de los pacientes con la reconstrucción mamaria, las investigaciones en esta área, están limitadas a estudios con diseños simples y muestras pequeñas de pacientes.

Varios estudios (7,8) indican que una aproximación estructurada y multidisciplinaria es probable que sea el factor que más contribuye a la satisfacción y a las expectativas realistas de las mujeres. Es preciso diferenciar dos niveles: satisfacción con los tratamientos realizados y con la información recibida.

Las investigaciones apuntan a una mayor satisfacción postquirúrgica cuando hay una mayor salud psicológica premórbida, una mayor contestación a las preguntas formuladas, una mayor calidad de vida postquirúrgica, una mejor imagen corporal postquirúrgica y una reconstrucción completa.

Así mismo, los mayores determinantes de la insatisfacción estética se deben a: un pobre resultado cosmético, complicaciones con la reconstrucción de mama, problemas abdominales, y mayor nivel de ansiedad y depresión prequirúrgica.

Si bien es cierto que las mujeres más jóvenes son las que más optan por la reconstrucción, la edad no predice su satisfacción.

## CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES/RECONSTRUCCIÓN

La reconstrucción de mama no está indicada en pacientes con alteración de la conciencia de realidad y psicopatologías graves que impidan el ejercicio de la voluntad o sospecha de síndrome dismórfico.

Se recomiendan distintos momentos de evaluación psicológica: prequirúrgica, postquirúrgica y seguimiento a los 3, 6 y 12 meses tras la cirugía.

Los instrumentos de evaluación deben cumplir con criterios psicométricos adecuados, estar adaptados a la po-

blación española y ser aplicados por especialistas expertos en el manejo de dichas técnicas. Sería conveniente evaluar las siguientes variables: cribado psicopatológico, imagen corporal, síntomas de ansiedad/depresión y calidad de vida.

Por último, es necesario contemplar dos variables: momento de la intervención quirúrgica y tipo de técnica empleada, en las características psicológicas de la paciente.

### Momento de intervención: inmediata/diferida

La visión de cuál es el momento más adecuado para realizar una reconstrucción mamaria ha cambiado con el transcurso del tiempo (9,10). Los estudios prospectivos cuestionan las ventajas de la reconstrucción inmediata respecto a la satisfacción de los pacientes y la reducción del distrés psicológico después de la mastectomía, ya que los resultados se igualan con el transcurso del tiempo. Uno de los posibles argumentos sugiere que las mujeres con reconstrucción inmediata tienen mayor distrés psicológico y mayor presión social que las mujeres que se someten a reconstrucción diferida, ya que tienen poco tiempo entre el diagnóstico y la cirugía. En este periodo tienen que decidir el momento y el método de la reconstrucción y reflejan la aprensión y el miedo asociado con el reciente diagnóstico de cáncer de mama y la incertidumbre de su pronóstico a medio y largo plazo.

### Tipos de reconstrucción/satisfacción

Hay estudios que informan que la reconstrucción con el propio tejido del paciente ofrecen altos niveles de satisfacción general y estética comparado con las técnicas de implante, aunque estos podrían no estar asociados con resultados psicológicos. Una buena percepción del resultado cosmético se asocia con un resultado psicológico favorable, aunque no se puede determinar cuál es la causa y cuál es el efecto.

Cuando se compara el *transverse rectus abdominis musculocutaneous* (TRAM) pediculado con el libre, no hay diferencias significativas en la satisfacción general. Las mujeres a las que se les practica TRAM están significativamente más satisfechas estéticamente, que las que se les practica técnicas de implante. Así mismo, las pacientes con TRAM pediculado están más satisfechas estéticamente que a las que se les realiza TRAM libre. Los TRAM no difieren significativamente en satisfacción general, aunque las mujeres que reciben el TRAM pediculado informan de mayor satisfacción estética comparado con las que siguen el procedimiento de TRAM libre (11,12).

Finalmente, sería deseable poder contar con el aval de estudios empíricos en el ámbito clínico con metodología prospectiva de las nuevas técnicas de microcirugía. Desde la oportunidad que me ofrece este foro animo a tal fin.

M. E. Olivares

*Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico  
San Carlos. Madrid*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Giménez-Climent MJ, Piñero A, Merck B, Vázquez C, Grupo de Expertos. Reunión de Consenso sobre la Reconstrucción Postmastectomía. *Rev Senología Patol Mam* 2008; 21 (3): 106-12.
2. Olivares ME. Cirugía mamaria: aspectos psicológicos. *Psicooncología* 2007; 4 (2-3): 447-64.
3. Reaby L. Reasons why women who have mastectomy decide to have or not to have breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101: 1810-8.
4. Contant C, Van Wersch A, Wiggers T, Tjong R, Van Geel A. Motivations, satisfaction and information of immediate breast reconstruction following mastectomy. *Patient Educ Couns* 1999; 40: 201-8.
5. Keith D, Walker M, Walker L, Heys S, Sarkar T, Hutcheon A, et al. Women who wish breast reconstruction: Characteristics, fears, and hopes *Plast Reconstr Surg* 2003; 111: 1051-6.
6. Handel N, Silverstein MJ, Waisman E, Waisman JR. Reason why mastectomy patients do not have breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1990; 86: 1118.
7. Edström E, Brandberg Y, Björklund T, Rylander R, Lagergren J, Burell G, et al. Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: A prospective study. *Breast* 2005; 14: 201-8.
8. Berry MG, Al-Mufti RA, Jenkinson AD. An audit of outcome including patient satisfaction with immediate breast reconstruction performed by breast surgeons. *Ann R Coll Surg Eng* 1998; 80: 173-7.
9. Al-Ghazal SK, Sully L, Fallowfield L, Blamey RW. The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol* 2000; 26: 17.
10. Randy SR, Lowery J, Davis J, Wilkins E. Quality of life and affective distress in women seeking immediate versus delayed breast reconstruction after mastectomy for breast cancer. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116: 993-1002.
11. Brandberg Y, Malm M, Blomqvist L. A prospective and randomized study, "SVEA", comparing effects of three method for delayed breast reconstruction on quality of life, patient-defined problem areas of life, and cosmetic result. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 66-74.
12. Alderman A, Wilkins E, Lowery J, Kim M, Davis J. Determinants of patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 769-76.