

Expectativas ante la reconstrucción mamaria en mujeres mastectomizadas

A. Bellver, S. J. Albir¹, F. Ruiz-Perales², M. J. Francés³, J. Safont³

Junta Asociada Provincial de Valencia de la AECC. Hospital Universitario La Fe. ¹Facultad de Psicología. UNED.

²Servicio de Radiodiagnóstico. Programa de Prevención de Cáncer de Mama de la Comunidad Valenciana.

³Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario La Fe. Valencia

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este estudio es valorar las expectativas que las pacientes mastectomizadas tienen sobre el procedimiento de la reconstrucción mamaria, entendiendo por expectativa la idea o creencia que la paciente tiene sobre los cambios que la reconstrucción puede facilitar en diversas áreas de la persona. Se trata asimismo de relacionar dichas expectativas con las respuestas emocionales y con los cambios en la imagen corporal.

Pacientes y métodos: La muestra consta de 61 mujeres mastectomizadas con una media de edad de $47,1 \pm 6,6$ (rango entre 26 y 66 años), con evolución favorable de la enfermedad y que no reciben tratamientos complementarios. Acudieron a consulta de Cirugía Plástica del Hospital Universitario La Fe de Valencia para iniciar el proceso de reconstrucción mamaria y fueron entrevistadas habiendo transcurrido un tiempo medio de 3,3 años (DT = 2,2), (rango entre 9 meses y 10 años) desde la mastectomía. Para la evaluación de las expectativas se creó un cuestionario con 31 ítems y 5 áreas: funcional-práctica, personal, sexual, de relación con los demás y una área técnica; además valoramos la satisfacción global esperada. Otros instrumentos utilizados: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) de Zigmond y Snaith y cuestionario específico sobre cambios en relación con su cuerpo de López Pérez. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos, correlación de Pearson y ANOVA.

Resultados: En conjunto las mujeres presentan mayores expectativas en la satisfacción global, el área funcional-práctica y los aspectos técnicos de la reconstrucción. Las puntuaciones en la subescala de depresión y ansiedad correlacionaron positivamente con las expectativas del área personal (autoestima y estado de ánimo), la sexualidad y la relación con los demás. También se aprecia una relación significativa entre una menor aceptación del cambio de imagen y mayor presencia de síntomas depresivos y de ansie-

dad. Por otra parte existe una relación inversa entre el cambio en la imagen corporal y la expectativa general de satisfacción con la reconstrucción.

Conclusiones: El proceso de reconstrucción mamaria genera expectativas en diferentes áreas personales. Los estados emocionales de ansiedad y depresión se relacionan con dichas expectativas de la paciente mastectomizada ante la intervención.

Palabras clave: Expectativas. Mastectomía. Imagen corporal. Reconstrucción mamaria.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to assess expectations on breast reconstruction procedure in mastectomised patients. The expectation construct means the idea or belief the woman has regarding changes that reconstruction can provide in different personal areas. We also assess the relation between these expectations, anxiety and depression and body image change.

Patients and methods: The sample consisted of 61 mastectomised women with a mean age of 47.1 ± 6.6 (age range between 24 and 66 years), favourable disease progress and no additional treatments. Patients referred to Plastic Surgery consultation at the University Hospital La Fe in Valencia to initiate breast reconstruction procedure. The interval between mastectomy and interview varied from 9 months to 10 years (mean of 3.3 years and SD = 2.2). A specific questionnaire was performed to evaluate expectations. It consisted of 31 items and 5 areas: functional-practical, personal, sexual and social functioning and technical area. Furthermore, we assessed the expected global satisfaction. Other used instruments were: the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) from Zigmond and Snaith, and a specific questionnaire on body image change from López Pérez. Descriptive, Pearson correlation and ANOVA statistical analyses were done.

Results: Overall, women showed greater expectations on global satisfaction, functional-practical area and technical aspects of breast reconstruction. Anxiety and depression sub-scale scores were positively correlated with expectations

Recibido: 29-05-08.

Aceptado: 24-11-08.

Correspondencia: Ascensión Bellver Pérez. Junta Asociada Provincial de Valencia de la AECC. Plaza Polo de Bernabé, 9 bajo. 46010 Valencia. e-mail: psicoascen@correo.cop.es

on the personal area (self-esteem and emotional well-being), sexuality and social functioning. The results also showed a statistical significant correlation between a lower acceptance of body image changes and a higher level of anxiety and depression. On the other hand we found a negative correlation between body image changes and general satisfaction with breast reconstruction procedure.

Conclusions: Breast reconstruction generates expectations on different personal areas. Anxiety and depression scores are positively correlated with these expectations.

Key words: Expectations. Mastectomy. Body image. Breast reconstruction.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una neoplasia maligna que afecta a una o ambas mamas. Su tratamiento principal es la cirugía, aplicada para extirpar el tumor canceroso. Si bien en el pasado la cirugía radical (mastectomía) era el procedimiento más utilizado, actualmente los tratamientos son menos invasivos y la intervención quirúrgica conservadora (tumorectomía o cuadrantectomía) se ha equiparado a la primera, situación que refleja el impacto de los programas de prevención y el consiguiente aumento del diagnóstico precoz. Para muchas mujeres la mastectomía supone la pérdida de un órgano íntimamente relacionado con la sexualidad y la maternidad, que tiene un gran significado en relación a los sentimientos de feminidad y autoestima, así como en la constitución de la imagen corporal (1). Entendemos por imagen corporal la dimensión psíquica de nuestra corporeidad que se organiza en relación al entorno social y al conjunto de estímulos que la persona recibe, formándose en la infancia y modificándose a lo largo de la vida (2). Engloba todas las ideas y actitudes que la mujer tiene respecto a su cuerpo, desarrollo y déficit, siendo un concepto de carácter subjetivo en el que también influyen contenidos estéticos (3). La mastectomía implica, además de la pérdida de una parte del cuerpo, cicatrices y falta de simetría, lo que acentúa más la sensación de deformidad. Estos cambios en la imagen corporal tras la cirugía pueden ocasionar en la paciente una percepción negativa de pérdida de atractivo físico, lo que supone una amenaza para el autoconcepto y la autoestima (4). Maguire señala que un 20% de las pacientes mastectomizadas sufrirá problemas severos de imagen corporal, temiendo que los demás las miren como si no fueran normales y percibiéndose como menos femeninas. La amenaza a la feminidad y a la autoestima generalmente era más pronunciada en las pacientes más jóvenes (5). López y cols. encontraron en su estudio que el 84% de las pacientes intervenidas con cirugía radical presentaba cambios negativos en la percepción de su imagen corporal (6). En la misma línea y en una cultura diferente como la turca, Yilmazer y cols. concluían que la mastectomía produce un impacto negativo en la imagen corporal de las

pacientes (7). Por otra parte, las emociones que se experimentan ante la pérdida de un miembro o una parte del cuerpo, pueden ser comparables a las que se experimentan ante la muerte de un ser querido. Existe duelo por la función, por la imagen corporal, por las satisfacciones que proporcionaba dicha función y que ahora son negadas y por la pérdida de las expectativas que se basaban en el supuesto de que se disponía de ella (8).

La pérdida de una importante parte del cuerpo suele generar también un problema en el ámbito de la sexualidad, máxime si la zona amputada está revestida de un carácter sexual indiscutible. Los cambios mencionados en la imagen corporal y en la autoestima pueden repercutir negativamente en la vida sexual de las pacientes. Meyerowitz señala que es frecuente que las pacientes se sientan incómodas al quedarse desnudas y tengan una gran dificultad en enseñar las cicatrices a su pareja (9). En este sentido, Jamison y cols. obtuvieron que el 23% de las mujeres de su muestra no habían permitido que sus maridos las viesen desnudas tras la mastectomía (10).

La cirugía nos ofrece varios procedimientos para paliar los efectos de la mastectomía en la estructura (descompensación de peso y asimetría) y en la imagen corporal, permitiéndonos en la actualidad reconstruir la mama definitivamente. La reconstrucción mamaria es una operación destinada a reemplazar el tejido perdido durante la mastectomía, restaurando la forma de la mama y restableciendo su apariencia y simetría con la mama opuesta, siendo sus objetivos recuperar la integridad corporal y mejorar la autoestima y la calidad de vida. Existen diferentes técnicas que se aplican según las características de cada mujer y protocolos, siendo las más habituales la utilización de expansores y prótesis de silicona fijas colocadas bajo la piel torácica. Además, pueden utilizarse también colgajos autólogos de otra parte del cuerpo, pediculados como el LAT (músculo dorsal ancho) o el TRAM (músculo recto anterior del abdomen) (11) o libres como el DIEP (colgajo libre con arteria perforante epigástrica inferior profunda) (12) y ahora con el SIEP (colgajo libre con la arteria perforante epigástrica inferior superficial) (13,14). La reconstrucción supone el último paso de una serie de procedimientos y decisiones médicas y quirúrgicas, generalmente traumáticos. En estudios que han valorado los beneficios psicológicos de esta intervención se han obtenido resultados significativos en reducción de la sensación de deformidad, mejora de la imagen corporal y acceso a una más amplia variedad de ropa. La satisfacción con la reconstrucción postmastectomía fue recogida en al menos seis estudios durante los años noventa (15), obteniéndose un rango del 63 al 93%. La proporción de insatisfacción con el resultado tiende a ser mucho más baja, en un rango del 1 al 4%.

El objetivo del presente estudio es valorar las expectativas que las pacientes mastectomizadas tienen sobre el procedimiento de la reconstrucción mamaria, entendiendo por expectativa la idea o creencia que la paciente tiene sobre los cambios que dicha intervención puede facilitar

en diversas áreas de funcionamiento de la persona. Igualmente, se trata de relacionar dichas expectativas con las respuestas emocionales de las pacientes y con los cambios experimentados en relación con la imagen corporal.

PACIENTES Y MÉTODOS

La muestra consta de 61 mujeres con cáncer de mama que acudieron a consulta de Cirugía Plástica del Hospital La Fe de Valencia para iniciar el proceso de reconstrucción mamaria. El rango de edad de las mujeres fue de 26 a 66 años (X = 47,17 y DT = 8,56). En cuanto al estado civil, la mayoría de mujeres están casadas: un 73%; seguido de un 12% de mujeres solteras y un 10% separadas. Respecto a la actividad profesional, el porcentaje de amas de casa es de 56% y un 44% de mujeres se encuentran en situación laboral activa fuera de casa (Tabla I).

Tabla I. Descripción de la muestra

Características	N = 61
Edad (años)	
Media (DT)	47,1 (8,5)
Rango	26-66
Estado civil	
Casada	73%
Viuda	5%
Separada	10%
Soltera	12%
Profesión	
Ama de casa	56%
Activa	44%
Número de hijos	
Media (DT)	1,9 (1,1)
Nivel de estudios	
No tiene	12%
Primarios	56%
Secundarios	20%
Universitarios	12%

En el momento de la evaluación no estaban recibiendo ningún tipo de tratamiento como quimioterapia o radioterapia, no tenían metástasis y presentaban signos de evolución favorable. El tiempo transcurrido entre la mastectomía y la entrevista antes de la reconstrucción mamaria fue variable, con un rango entre 9 meses y 10 años y una media de 3,3 años (DT = 2,2), por lo que se trata en todos los casos de un proceso de reconstrucción diferida.

Para la evaluación de las expectativas ante el proceso de reconstrucción de mama se creó un cuestionario (ver Anexo) siguiendo el siguiente proceso. En una primera fase se pasó a 15 mujeres un cuestionario con preguntas abiertas: ¿por qué quieres reconstruirte?; la reconstrucción de la mama, ¿qué cambios provocará en tu persona?; ¿cómo influirá la reconstrucción en tu forma de ser?; ¿qué cambios conseguirás en la relación de pareja? A partir de las respuestas recogidas se elaboró un cuestiona-

rio tras el proceso de validación el cuestionario quedó formado por 31 ítems distribuidos en 5 subescalas:

1. Subescala funcional-práctica (7 ítems): evalúa en qué medida la mujer espera que tras la reconstrucción de su pecho podrá acudir y practicar cualquier deporte, ir a la playa o a la piscina, utilizar bikinis o bañadores, elegir sujetadores más variados, lucir escote y llevar ropa más sensual.

2. Subescala personal (7 ítems): evalúa en qué medida la mujer espera que tras la reconstrucción cambiará su autoestima, se sentirá más atractiva y más femenina, mejorará su estado de ánimo, se sentirá menos acomplejada y más segura, y tendrá menos presente la enfermedad.

3. Subescala sexual (5 ítems): evalúa las expectativas respecto a que la reconstrucción mejorará la satisfacción sexual, la frecuencia en las relaciones sexuales, permitirá a la mujer desnudarse más cómodamente delante de su pareja y resultarle más deseable.

4. Subescala de relación con los demás o social (7 ítems): se recogen las expectativas que la mujer tiene referentes a su relación con los demás y en qué medida piensa que van a cambiar con la reconstrucción; si considera que se sentirá más querida, tendrá más éxito en sus relaciones sociales, se encontrará más cómoda con ellas y no la verán diferente.

5. Subescala técnica (5 ítems) que valora expectativas en aspectos como el volumen, la simetría entre los dos pechos, el pezón, el tacto y la forma que se espera conseguir con la reconstrucción.

Y por último, un ítem general que valora en qué medida la mujer espera estar satisfecha con la reconstrucción, con un rango de 1 (estaré muy insatisfecha) a 100 (estaré absolutamente satisfecha) (ver Anexo).

Todos los ítems se contestan en una escala de tipo Likert con un rango de 1 a 5, excepto el ítem general que se valora en una escala de 1 a 100. Las puntuaciones de las cinco subescalas: funcional-práctica, personal, sexualidad, relación social y el área técnica, se transforman en puntuaciones con un rango de 1 a 100. El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) para las 5 subescalas fue desde 0,83 a 0,89. Las correlaciones de cada ítem con el total de la subescala, se extendieron desde 0,31 a 0,69. El coeficiente de alfa de Cronbach para cada ítem no fue inferior nunca a 0,47.

La evaluación de otras variables como el estado de ánimo (síntomas de ansiedad y depresión) y los cambios en la imagen corporal se llevó a cabo mediante el empleo de los siguientes cuestionarios:

—Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) de Zigmond y Snaith (16), diseñada para detectar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en el ámbito hospitalario. Esta escala consta de 14 ítems, siete de los cuales evalúan síntomas de ansiedad y los otros siete síntomas depresivos. El punto de corte para los casos con síntomas clínicos se establece en la puntuación > 8 para cada subescala.

—Cuestionario específico sobre cambios en relación con su cuerpo, de López Pérez (6). Este cuestionario consta de

10 preguntas que miden la aceptación o no aceptación del cambio de imagen producido por la amputación de la mama. Evalúa si ha habido cambios en la atención al arreglo personal, en el atuendo para bañarse, en la manipulación de la prótesis de silicona, temor a desnudarse delante de los demás y a mirarse desnuda, sensación de ser diferente de las demás mujeres, etc. (escala Likert de 0 a 3), la puntuación total del cuestionario va desde 0 a 10. Las características del cuestionario determinan cuatro categorías: una primera de aceptación del cambio de imagen corporal, en la que no se experimentan cambios cognitivo-conductuales en relación con el mismo (puntuación inferior a 3); y tres categorías de no aceptación del cambio de imagen corporal, según se experimenten cambios cognitivo-conductuales leves (de 3 a 5 puntos), moderados (de 5 a 7 puntos) o graves (de 8 a 10 puntos) en relación con el mismo después de la mastectomía.

La evaluación de las expectativas se realizó antes del procedimiento quirúrgico de reconstrucción de la mama y una vez programado el ingreso para la reconstrucción. Un psicólogo entrevistó a cada mujer recogiendo los datos sociodemográficos y pasando los cuestionarios antes citados. Los análisis estadísticos incluyeron un estudio descriptivo de los datos de la muestra y las variables evaluadas. Para el análisis de las relaciones entre las variables psicológicas se obtuvieron correlaciones de Pearson, mientras que para comparar grupos se efectuaron ANOVAS de una vía. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa informático SPSS, versión 14.0.

RESULTADOS

Expectativas en las diferentes áreas

En cada una de las áreas evaluadas se obtienen las medias y las desviaciones típicas de las expectativas ante el proceso de reconstrucción de la mama. Estos datos se pueden observar en la figura 1. Los resultados muestran que las mayores expectativas de las mujeres se obtienen en la satisfacción global esperada al finalizar el proceso de reconstrucción, con una media de 82,2 (DT = 13,88), una moda de 80 y un rango de 40 a 100. En segundo lugar, las mujeres tienen unas mayores expectativas en el área funcional-práctica, con

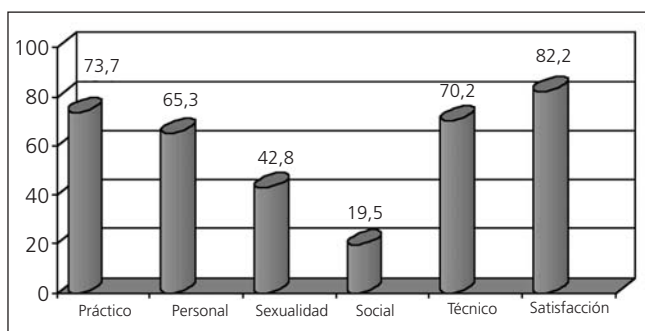


Fig. 1. Puntuaciones medias de las expectativas en las diferentes áreas.

una media de 73,76 (DT = 20,67), una moda de 85 y un rango entre 7 y 100; esperan que la reconstrucción les permitirá acudir a la playa o la piscina, lucir escotes o comprar vestidos y ropa interior a su gusto. Las expectativas referentes a la satisfacción por los aspectos técnicos de volumen, simetría, tacto y forma son algo inferiores, con una media de 70,29 (DT = 17,71), una moda 65 y un rango de 30 a 95. La siguiente área que más expectativas despierta es la personal, con una media de 65,32 (DT = 25,7), una moda 100 y un rango entre 0 y 100; en este caso las mujeres esperan que la reconstrucción les aporte más seguridad, mejore su estado de ánimo y su autoestima y les permita sentirse más atractivas. Las expectativas creadas en el área sexual presentan una media de 42,8 (DT = 32,07), la moda es 0 y el rango va desde 0 a 100. Y por último, el área con menores expectativas generadas es el área social y de relación con los demás, con una media de 19,56 (DT = 19,19), una moda de 0 y un rango de 0 a 10.

Correlaciones entre estado de ánimo y expectativas ante la reconstrucción

El estado de ánimo depresivo muestra una relación positiva y estadísticamente significativa con mayores expectativas de funcionalidad ($r_{xy} = 0,383$, $p < 0,05$) y relación social ($r_{xy} = 0,346$, $p < 0,05$), así como en el área de la sexualidad ($r_{xy} = 0,450$, $p < 0,01$) y en el factor personal ($r_{xy} = 0,469$, $p < 0,01$). En cuanto a la ansiedad, esta variable presenta asimismo una relación positiva y estadísticamente significativa con las expectativas en el área personal ($r_{xy} = 0,332$, $p < 0,05$), en el área de la sexualidad ($r_{xy} = 0,438$, $p < 0,05$) y en el área de la relación social ($r_{xy} = 0,475$, $p < 0,05$). Estos resultados se pueden apreciar en la tabla II.

Tabla II. Correlaciones entre ansiedad y depresión y las expectativas ante la reconstrucción

	Ansiedad	Depresión
Funcionalidad	0,210	0,383*
Personal	0,332*	0,469**
Sexualidad	0,438*	0,450**
Relación social	0,475*	0,346*
Técnico	0,024	0,052
Satisfacción general	-0,169	-0,187

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Cambios en la imagen corporal y correlaciones entre cambios en la imagen corporal, estado de ánimo y expectativas ante la reconstrucción

Como resultado de la evaluación efectuada con el cuestionario específico sobre cambios en la imagen corporal se describe la frecuencia de mujeres que experimentan cambios cognitivo-conductuales como consecuencia de la modificación de la imagen corporal tras la mastectomía, como se muestra en la tabla III.

Tabla III. Cambios en la imagen corporal

	<i>n</i>	%
No hay cambios	20	24
Cambios leves	9	19
Cambios moderados	23	38
Cambios graves	9	19

Las pacientes que mostraron aceptación de su nueva imagen corporal o no experimentaron cambios cognitivo-conductuales en relación con la misma, fueron el 24% de la muestra, con una puntuación total inferior a 3 en el cuestionario. Las pacientes que presentaron una falta de aceptación de su nueva imagen corporal tras la mastectomía, mostraron en un 19% de los casos cambios cognitivo-conductuales leves (de 3 a 5 puntos), en un 38% cambios moderados (de 5 a 7 puntos) y se presentaron cambios graves en un 19% de las pacientes (de 8 a 10 puntos).

La relación entre la aceptación o no aceptación de los cambios en la imagen corporal tras la mastectomía y el estado de ánimo es positiva y estadísticamente significativa tanto en ansiedad ($r_{xy} = 0,441$, $p < 0,05$) como en depresión ($r_{xy} = 0,701$, $p < 0,01$), siendo esta última variable la más significativa; a menor aceptación del cambio de imagen corporal (puntuaciones más elevadas), mayor presencia de síntomas depresivos. En cuanto a las expectativas ante el proceso de reconstrucción, se observa una correlación positiva y estadísticamente significativa entre una menor aceptación del cambio de imagen y mayores expectativas en la mejora funcional y práctica ($r_{xy} = 0,455$, $p < 0,05$). Existe también una relación significativa, aunque en este caso negativa, entre una menor aceptación del cambio de imagen (mayor puntuación) y menores expectativas con la satisfacción general esperada al finalizar el proceso de reconstrucción mamaria ($r_{xy} = -0,518$, $p < 0,05$). Se da igualmente una correlación negativa, aunque en esta ocasión no es significativa, entre las expectativas en el área técnica y el cambio de imagen corporal ($r_{xy} = -0,232$). Por último, encontramos relaciones positivas pero no significativas entre los cambios en la imagen corporal y las expectativas en el área personal ($r_{xy} = 0,417$), en el área de la sexualidad ($r_{xy} = 0,398$) y en el área de la relación con los demás ($r_{xy} = 0,176$). Estos resultados se muestran en la tabla IV.

Diferencias entre la ausencia/presencia de síntomas clínicos en ansiedad y depresión y las expectativas

Se divide la muestra ($n = 61$) en 2 grupos con o sin síntomas clínicos según el punto de corte $< 0 > 8$ en las subescalas de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), encontramos que un 39% ($n = 24$) de las mujeres de la muestra presentó síntomas de ansiedad y depresión, mientras que un 61% ($n = 37$) estaba libre de sintomatología clínica. Estos resultados se pueden observar en la figura 2. Concretamente, el grupo de mujeres que presentan síntomas de ansiedad o depresión se refleja con una puntuación media más elevada en la expectativa del área personal (autoestima, estado de ánimo y seguridad en sí misma) y la diferencia entre los dos grupos es estadísticamente significativa ($F = 6,74$, $p < 0,01$). Igualmente, existe una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en las subescalas de sexualidad ($F = 7,19$, $p < 0,01$) y de relaciones sociales ($F = 14,83$, $p < 0,001$), presentando medias más elevadas en el grupo con síntomas clínicos. Sin embargo, no se observan diferencias estadísticamente significativas en la presencia/ausencia de síntomas de ansiedad y depresión en el área de la funcionalidad ($F = 0,591$, ns), en los aspectos técnicos ($F = 0,096$, ns) y en la expectativa de la satisfacción global esperada con los resultados de la reconstrucción ($F = 0,569$, ns).

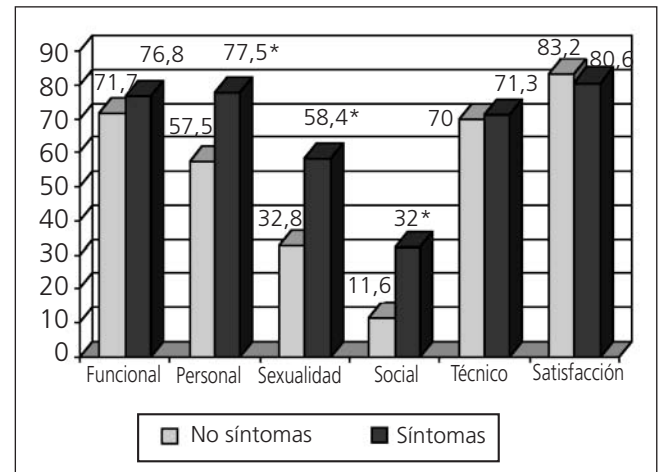


Fig. 2. Puntuaciones medias de las expectativas de las diferentes áreas en presencia/ausencia de síntomas clínicos de la subescalas de ansiedad y depresión.

Tabla IV. Correlaciones entre cambios de imagen corporal, ansiedad y depresión y las expectativas ante la reconstrucción

	Ansiedad	Depresión	Funcion.	Personal	Sexualid.	Social	Técnico	Satisfac.
Cambios imagen	0,441*	0,701**	0,455*	0,417	0,398	0,176	-0,232	-0,518*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

DISCUSIÓN

El grupo de mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía radical o mastectomía, según el presente estudio, decide iniciar el proceso de reconstrucción mamaria diferido. Para estas pacientes, nuestros resultados sociodemográficos arrojan el siguiente perfil: mujeres con una edad media inferior a los 50 años, mayoritariamente casadas, aunque con una incidencia alta de separadas y solteras, con un porcentaje elevado de mujeres con actividad laboral fuera del hogar. En la misma línea, en el estudio de Keith y cols. la mitad de las mujeres mastectomizadas decidían emprender el proceso de reconstrucción, siendo las más jóvenes las que mostraban mayor deseo de iniciarlo (17). En otros estudios, Charavel y cols., analizando el perfil psicosocial de las mujeres que solicitan la reconstrucción, encuentran que dichas pacientes son comparativamente más jóvenes, siendo claramente superior el porcentaje de pacientes no reconstruidas con edades por encima de los 50 años (18).

Las pacientes mastectomizadas generan unas expectativas sobre el procedimiento de la reconstrucción mamaria. Las expectativas, ya sean positivas o negativas, pueden jugar un papel muy significativo para determinar los resultados. Una expectativa negativa evita la decepción, pero también puede introducir un sesgo perceptivo negativo que interfiera en una valoración más realista y objetiva del resultado de la intervención reconstructiva. Las mayores expectativas generadas ante este proceso, según los resultados de nuestro estudio, se obtienen en la satisfacción global que las pacientes esperan lograr con la intervención y los aspectos técnicos de la misma (volumen, simetría, forma, tacto y pezón), en los aspectos prácticos y funcionales y en el área personal (autoestima, estado de ánimo, atractivo y seguridad). Sus expectativas son claramente inferiores en la mejora de su sexualidad y su relación con los demás. Comparativamente y en la misma dirección, el estudio de Keith y cols. citado anteriormente mostraba que las mujeres presentaban también altas expectativas en la mejora de su autoestima, en aspectos prácticos y funcionales como mayor libertad para vestir cualquier tipo de ropa y en una mejora de la apariencia estética (17). Coincidiendo también con las altas expectativas en el área técnica halladas en nuestros resultados, Wellisch y cols. confirmaban en su estudio que las mujeres en las que se completaba el proceso con la reconstrucción del pezón obtenían una mayor satisfacción en conjunto, así como con el tamaño, el tacto (la suavidad) y su apariencia al verse desnudas (19).

Las puntuaciones de síntomas de ansiedad y depresión correlacionan en nuestro estudio positivamente con las expectativas en el área personal, la sexualidad y la relación con los demás. El malestar emocional es una manifestación de una carencia personal en estas áreas; por tanto, la detección de mujeres que presentan síntomas psicopatológicos previos a la reconstrucción puede ser de interés para trabajar la autoestima, la sexualidad y las ha-

bilidades sociales, evitando que la paciente proyecte en los resultados de la intervención reconstructiva todas las posibilidades de mejora en las citadas áreas.

La imagen corporal es una variable claramente afectada tras la mastectomía; tres cuartas partes de las mujeres de nuestro estudio experimentaron cambios cognitivo-conductuales leves, moderados o graves relacionados con la mastectomía, tras someterse a dicha intervención. Estudios como los de López Pérez y cols. (6) y Yilmazer y cols. (7), coinciden en señalar el impacto negativo de la mastectomía en la imagen corporal de las pacientes. Estas mujeres que experimentan más cambios en relación a su imagen corporal e inadaptación a la misma, puntúan más alto en depresión y ansiedad y proyectan más expectativas en la mejora funcional y práctica que obtendrán cuando se reconstruyan. Un dato especialmente interesante es la relación inversa que encontramos entre un mayor cambio percibido en la imagen corporal y menores expectativas generales de satisfacción con la reconstrucción. Si tenemos en cuenta los dos últimos resultados, de nuevo se plantea la posibilidad y la necesidad de realizar una evaluación de las expectativas previa a la reconstrucción, para valorar el afrontamiento de los cambios físicos sufridos tras la mastectomía y el impacto emocional de la cicatriz, proporcionando información adecuada para un mejor ajuste posterior de las expectativas en relación al área técnica y a la satisfacción general.

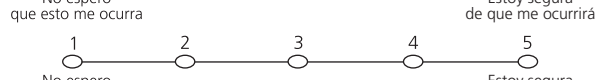
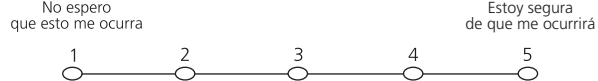
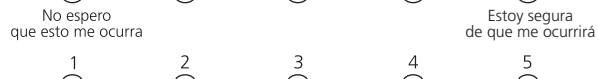
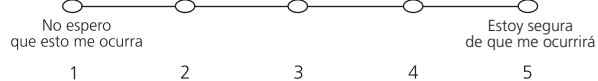
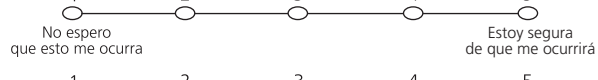
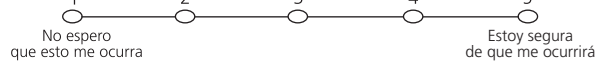
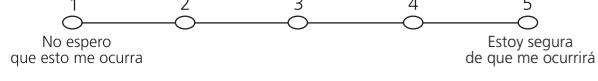
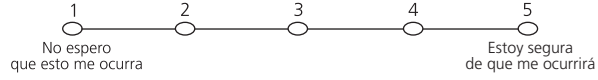
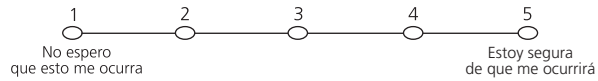
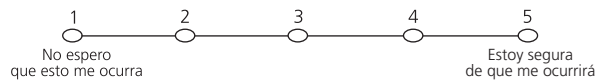
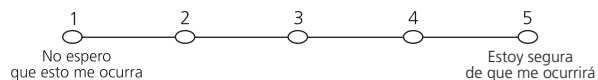
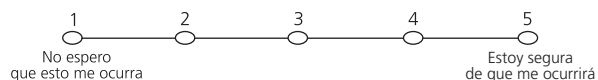
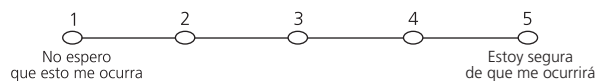
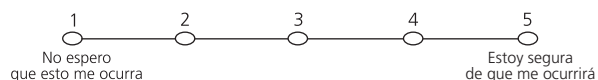
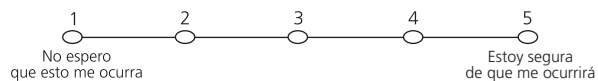
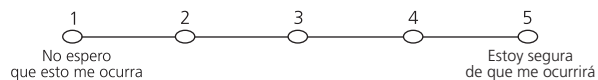
Las expectativas personales de la paciente antes de la reconstrucción representan un factor importante a tener en cuenta por los clínicos, soslayando el peligro de basar las decisiones en las opiniones estereotipadas de algunos expertos. Tan adecuado es realizar una valoración técnica y evaluar los tipos de reconstrucción más adecuados para la paciente, como considerar la motivación real de la mujer ante la reconstrucción, cómo se siente emocionalmente y qué es lo que prefiere. El ajuste de las expectativas a la reconstrucción mamaria ayuda en los procesos de información y de toma de decisiones; y mejora el bienestar posterior de las pacientes. La decisión de realizar la reconstrucción del seno debe ser siempre personal y basada en una buena información. Es importante que las mujeres conozcan las posibilidades de reconstrucción y las diferentes técnicas disponibles, planteándoles en qué consisten y sopesando sus ventajas e inconvenientes. Esto permitirá a pacientes con altas expectativas efectuar un ajuste de las mismas mejor informado y más realista, de acuerdo con las posibilidades técnicas actuales. En el caso de mujeres con altos niveles de respuesta emocional, dicho ajuste se vería beneficiado por la evaluación y apoyo psicológico y, en su caso, de las oportunas técnicas de intervención cognitivo-conductuales. En cualquier caso, el profesional debe asesorar a la mujer para que sea capaz de tomar una decisión acorde con sus características y deseos, dejando un periodo amplio que le permita asimilar la información y decidir del modo más acertado.

Anexo. Cuestionario expectativas. A. Bellver y cols.

Nos interesa conocer cuáles son sus expectativas con relación a la reconstrucción de la mama. Al contestar, le rogamos que trate de ser lo más sincera posible, teniendo muy claro que la información que usted nos proporcione es *confidencial*.

En qué *medida* espera que las siguientes afirmaciones podrán aplicarse a usted tras la reconstrucción de su pecho.

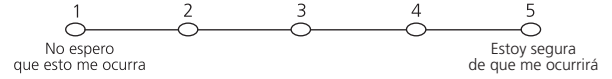
1. Podré acudir al gimnasio y practicar cualquier deporte como siempre lo hacía
2. Podré ir a la playa o a la piscina sin ver complicaciones
3. Podré utilizar bikinis o bañadores que realmente me gusten
4. Podré elegir sujetadores más variados y a mi gusto
5. Podré comprar ropa interior más bonita
6. Podré lucir ropa (vestidos, suéter) con escote
7. Podré comprar ropa que en realidad me gusta más
8. Mejoraré mi autoestima
9. Me sentiré más atractiva
10. Me sentiré más femenina
11. Mejoraré mi estado de ánimo
12. Me sentiré menos acomplejada
13. Tendré menos presente la enfermedad
14. Resultaré más deseable a mi pareja
15. Aumentaré la satisfacción sexual
16. Me desnudaré cómodamente delante de mi pareja
17. Aumentaré la frecuencia en mis relaciones sexuales



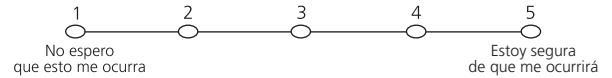
(Continúa en pág. siguiente)

Anexo. Cuestionario expectativas. A. Bellver y cols. (continuación)

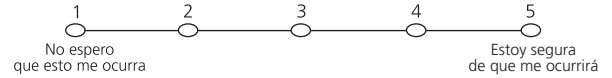
18. Me sentiré más cómoda en la relación sexual.



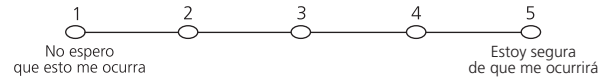
19. Me sentiré más querida.



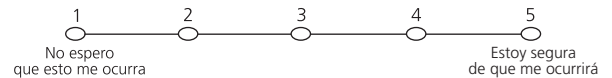
20. Me sentiré más aceptada por los demás.



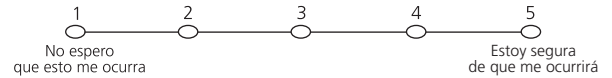
21. La gente no se violentará cuando me mire.



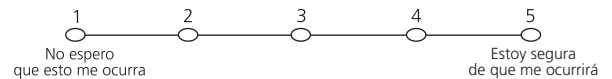
22. Tendré más éxito en mis relaciones sociales.



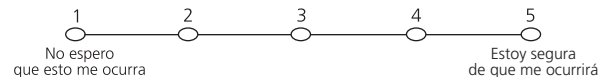
23. Me voy a sentir más segura.



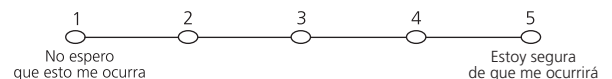
24. Estaré más cómoda en las relaciones sociales.



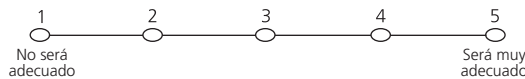
25. La gente no se fijará tanto.



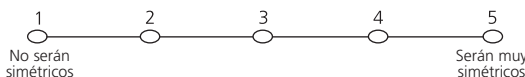
26. La gente no me verá diferente.



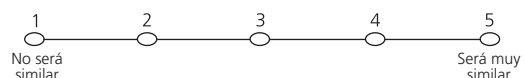
• Indique del 1 al 5 hasta qué punto *espera* que la reconstrucción le dé a su mama el *volumen* que usted desea



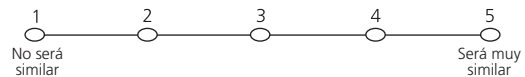
• Indique del 1 al 5 hasta qué punto *espera* que la reconstrucción conseguirá una buena *simetría* entre sus dos pechos



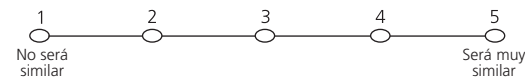
• Indique del 1 al 5 hasta qué punto *espera* que su pecho reconstruido presente un *pezón* similar al del otro pecho



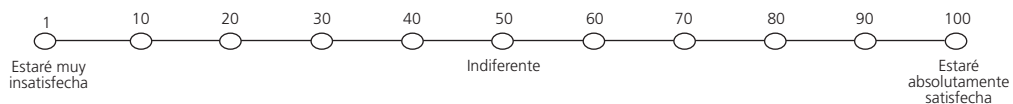
• Indique del 1 al 5 hasta qué punto *espera* que su pecho reconstruido tenga el mismo *tacto* que el otro pecho



• Indique del 1 al 5 hasta qué punto *espera* que su pecho reconstruido tenga la misma *forma* que el otro pecho



En qué medida espera estar satisfecha con la reconstrucción



BIBLIOGRAFÍA

1. Wellisch DK, DiMatteo R, Silverstein M, Landsverk J, Hoffman R, Waisman J, et al. Psychosocial outcomes of breast cancer therapies: Lumpectomy vs. Mastectomy. *Psychosomatics* 1989; 30(4): 365-73.
2. Schilder P. Imagen y apariencia del cuerpo humano. Buenos Aires: Paidós; 1958.
3. Fernández P. Sobre la evolución del concepto de imagen corporal. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense, Facultad de Psicología; 1982.
4. Reaby L, Hort LK, Vandervord J. Body image, self-concept and self-esteem in women who had a mastectomy and either wore an external breast prosthesis or had breast reconstruction and women who had not experienced mastectomy. *Health Care Women Int* 1994; 15: 361-75.
5. Maguire P. Psychosocial morbidity associated with cancer and cancer treatment. *Clin Oncol* 1985; 4: 559-75.
6. López MD, Polaino A, Arranz P. Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis* 1992; 13(10): 423-8.
7. Yilmazer N, Aydiner A, Özkan S, Aslay I, Bilge N. A comparison of body image, self-esteem and social support in total mastectomy and breast-conserving therapy in Turkish women. *Support Care Cancer* 1994; 2: 238-41.
8. Krueger DW. Psicología de la rehabilitación. Barcelona: Herder; 1998.
9. Meyerowitz BE. The impact of mastectomy on the lives of women. *Professional Psychol* 1981; 12: 118-27.
10. Jamison KR, Wellisch DK, Pasnau RO. Psychosocial aspects of mastectomy. I. The woman's perspective. *Am J Psychiatry* 1978; 135: 432-6.
11. Serletti JM. Breast reconstruction with the TRAM flap: pedicled and free. *J Surg Oncol* 2006; 94(6): 532-7.
12. Blondeel PN. One hundred free DIEP flap breast reconstructions: a personal experience. *Br J Plast Surg* 1999; 52(2): 104-11.
13. Rizzuto RP, Allen RJ. Reconstruction of a partial mastectomy defect with the superficial inferior epigastric artery (SIEA) flap. *J Reconstr Microsurg* 2004; 20(6): 441-5; discussion 446.
14. Saint Cyr M, Chang DW, Robb GL, Chevray PM. Internal mammary perforator recipient vessels for breast reconstruction using free TRAM, DIEP, and SIEA flaps. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120(7): 1769-73.
15. Wellisch DK. Psychosocial Aspects of Breast Implantation. Chapter 2. In: Gorczyca DP, Brenner RJ, editors. *The Augmented Breast: Radiologic & Clinical Perspectives*. New York: Thieme; 1997. p. 6-16.
16. Zigmund AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
17. Keith DJ, Walker MB, Walker LG, Heys SD, Sarkar TK, Hutcheon AW, et al. Women who wish breast reconstruction: characteristics, fears, and hopes. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111(3): 1051-6.
18. Charavel M, Bremond A, Courtial I. Psychosocial profile of women seeking breast reconstruction. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 74: 31-5.
19. Wellisch DK, Schain WS, Barrett Noone R, Little JW. The psychological contribution of nipple addition in breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1987; 80(5): 699-704.