

## ¿Podemos mejorar el pronóstico psicosocial del cáncer de mama?

El conocimiento actual del cáncer de mama y su progresión y el desarrollo de recursos y técnicas de tratamiento desde distintos frentes, ha permitido que los objetivos terapéuticos evolucionen hacia la individualización de las estrategias a aplicar en cada caso. Esta individualización tiene en cuenta factores biológicos clave como tipo de tumor, estadificación, receptores, marcadores oncogénicos, que interactúan con características de la paciente, como su edad y estado general de salud, entre otras.

Paralelamente, la investigación sobre calidad de vida relacionada con la salud y su consideración en la toma de decisiones y valoración de los tratamientos encuentra, en el ámbito del cáncer, una aplicación mucho más temprana e intensa que en otras enfermedades crónicas. Así, la atención a pacientes con cáncer y, en particular, con cáncer de mama, ha sido especialmente sensible a la necesidad de tener en cuenta los resultados de los tratamientos, no sólo en relación con supervivencia o morbilidad, sino también en términos de sus efectos en la calidad de vida de las mujeres. Dichos efectos se concretan en un sentido global, en el bienestar o la satisfacción vital; y en un sentido más específico, considerando diferentes áreas vitales donde la enfermedad y sus consecuencias producen algún cambio, en el impacto físico, el estado funcional, las relaciones personales, el ámbito económico y el área laboral.

En ese sentido, uno de los aspectos más relevantes es el impacto del cáncer de mama en la imagen corporal. Tanto la cirugía, como los tratamientos que suponen caída del cabello, obesidad, pérdida de fertilidad, menopausia precoz, entre otros, pueden deteriorar la autoimagen y el sentido de femineidad, que son parte del autoconcepto, es decir, del conjunto de ideas que configuran lo que la persona piensa de sí misma.

Consecuentemente, puede producirse una disminución de la autoestima, como respuesta evaluativo-afectiva hacia sí misma asociada a un determinado autoconcepto. Así, la alteración de la imagen corporal se constituye en uno de los factores a través del cual el cáncer de mama

impacta en la vida sexual de la mujer, sus relaciones interpersonales, su ajuste emocional y la calidad de vida global.

Todo ello ha motivado el interés por la investigación, en ese ámbito sobre resultados comparativos de diferentes tratamientos, sobre todo quirúrgicos, que es revisado por Barreto y Pintado en el artículo que aparece en este número (1). Los avances mencionados y la eficacia de los programas de detección precoz hacen que para muchas mujeres existan actualmente opciones quirúrgicas menos agresivas que la mastectomía, como la cirugía conservadora o la mastectomía con reconstrucción mamaria. Es esperable que las técnicas con efectos más estéticos supongan mayores beneficios psicológicos. Los estudios que comparan grupos de pacientes sometidas a diferentes cirugías, suelen mostrar mejores resultados en imagen corporal, autoestima y morbilidad psicológica por parte de las cirugías más conservadoras frente a la mastectomía. Las mujeres más jóvenes parecen beneficiarse más de las técnicas conservadoras y muestran preferencia por ellas cuando tienen la posibilidad de elegir (2,3). Sin embargo, la relación entre imagen corporal y ajuste psicológico no aparece de modo consistente en todos los trabajos (4,5). Además, en algunos estudios longitudinales, las diferencias encontradas a corto plazo desaparecen cuando se comparan los grupos de mujeres un año después de la cirugía (6).

Por otro lado, para muchas mujeres, la mastectomía con la posibilidad de reconstrucción mamaria, sigue siendo el tratamiento quirúrgico de elección. Los estudios que comparan la realización de la reconstrucción mamaria inmediata frente a la diferida son aún menos concluyentes en cuanto a los beneficios psicológicos respecto del momento temporal de la reconstrucción. Un resultado a destacar es que la posibilidad de elección terapéutica, tanto de tipo de cirugía como del momento de realización de la reconstrucción mamaria es un factor determinante del ajuste psicológico (2,7).

Por tanto, la probabilidad de afectación de la imagen corporal y sus consecuencias en el bienestar psicosocial de las mujeres con cáncer de mama es alta, así como la probabilidad de afectación psicológica en alguna de las fases de enfermedad. Sin embargo, el impacto del cáncer, en general, o de un tratamiento, en particular, no es unidireccional ni universal. Las relaciones no son tan sencillas como las que plantearía una cadena lineal de causas-efectos, en donde a un grado de alteración corporal objetiva le sucede el correspondiente grado de deterioro en la autoimagen, en la satisfacción vital y en la calidad de vida finales. Existen procesos personales y recursos de la mujer y de su entorno que modifican dicha cadena. Factores como su edad, fertilidad, expectativas respecto de los resultados de la cirugía, los desajustes emocionales previos y las posibilidades de elección, entre otros, van a modular el proceso de adaptación (8). Además, como en muchos otros problemas crónicos de salud, los recursos sociales que tiene la persona, el tipo de relaciones previas y las respuestas del entorno social ante su enfermedad son claves para modular los efectos de un procedimiento quirúrgico al que objetivamente podemos atribuir beneficios comparativos.

Los datos de las investigaciones sobre el impacto en la imagen corporal del cáncer de mama proporcionan información útil, en términos de probabilidades de morbilidad psicosocial, para ser aplicada del mismo modo que la evidencia sobre morbilidad clínica. Sin embargo, parece necesario realizar más estudios prospectivos, longitudinales, con variables resultado similares, con control de variables de confusión, como por ejemplo, el momento temporal en que se registran los resultados de ajuste y calidad de vida. Aunque la variabilidad seguirá siendo la conclusión principal, podrá considerarse con mayor claridad qué conjunto de factores predice mejor una buena adaptación.

Por otro lado, cuanto más compleja es la cuestión, y esta del impacto en la imagen corporal lo es, mayor es la necesidad de combinar los resultados de la investigación con la individualización del tratamiento. Y aquí destaca el papel beneficioso de la posibilidad de elegir. En este contexto, desde un modelo de relación centrada en el paciente, la toma de decisiones compartida genera un doble efecto: en la mujer aumenta su percepción de control en su proceso de enfermedad y en sus resultados; y en el profesional alivia la responsabilidad absoluta de tener que decidir unilateralmente lo que es mejor para la persona, lo cual resulta aún más útil si tenemos en cuenta la variabilidad comentada anteriormente. En cualquier caso, tanto en las situaciones en que hay sólo una indicación de técnica quirúrgica, como en aquellas en donde es posible decidir entre varias opciones, el proceso de transmisión de información es fundamental. Difícilmente podrá elegir una cirugía conservadora la mujer que esté convencida de que "así no me quitarían todo lo malo", lo que expresa lo

complicado que es interiorizar el concepto de cáncer de mama como enfermedad sistémica con el conocimiento popular del cáncer. O difícilmente tendrá un buen ajuste psicológico la mujer que tenga expectativas que sobreestimen los resultados estéticos de una reconstrucción mamaria. A través de un buen manejo de la información, el médico puede ayudar a la paciente a mantener sus prioridades vitales en un sentido realista, ayudarle a elegir y a tener sensación de control.

El impacto del cáncer de mama es variable, los resultados clínicos también. El avance hacia la individualización del tratamiento del cáncer de mama ha de incorporar junto a la evidencia clínica, los resultados del cambio en la imagen corporal y en la calidad de vida y la participación de la mujer en su proceso terapéutico. Esta combinación aumentará el éxito de la prevención terciaria del impacto global de esta enfermedad. Nuestra eficacia será máxima si, además, el sistema permite mejorar el proceso de adaptación, mediante la integración de recursos profesionales de atención psicológica y de recursos asociativos, sobre los que ya disponemos de importante evidencia acerca de sus efectos en la mejora del pronóstico psicosocial de las mujeres con cáncer de mama.

S. López-Roig

*Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Elche, Alicante*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barreto MP, Pintado MS. Imagen corporal y cáncer de mama. *Rev Senología Patol Mam* 2011;24 (2):54-8.
2. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer* 2000;36(15):1938.
3. Rubino C, Figus A, Loretto L, Sechi G. Post-mastectomy reconstruction: a comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2007;60(5):509-18.
4. Nicholson RM, Leinster S, Sassoon EM. A comparison of the cosmetic and psychological outcome of breast reconstruction, breast conserving surgery and mastectomy without reconstruction. *Breast* 2007;16(4):393-410.
5. Rowlan JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Nat Cancer Inst* 2000;92:1422-9.
6. Harcourt D, Rumsey N, Ambler N, Cawthorn S, Reid C, Maddox P, et al. The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plast Reconstr Surg* 2003;111:1060-8.
7. Wilkins EG, Cederna PS, Lowery JC, Davis JA, Kim HM, Roth, et al. Prospective analysis of psychosocial outcomes in breast reconstruction: one-year postoperative results from the Michigan Breast Reconstruction Outcome Study. *Plast Reconstr Surg* 2000;106(5):1014-25.
8. Olivares ME. Cirugía mamaria: aspectos psicológicos. *Psicooncología* 2007;4(2-3):447-64.