

# Determinación del impacto psicológico de la reconstrucción mamaria inmediata en pacientes postmastectomía por cáncer de mama

Dr. José Martín Morales Olivera,\* Dr. Armando Rodríguez Segura,\* Dra. Francisca Sosa Jurado,\*\* Dr. Rafael Ruiz Eng\*

## RESUMEN

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en el sexo femenino y que mayor número de muertes produce en la mujer entre 40 y 55 años en nuestro país. La reconstrucción mamaria tras la mastectomía contribuye a disminuir o evitar posibles trastornos emocionales. El objetivo de este trabajo fue determinar el impacto psicológico de la reconstrucción mamaria inmediata posterior a mastectomía. Se estudiaron 30 mujeres divididas en 3 grupos: 10 pertenecieron al grupo control (sanas), 10 con cáncer de mama sometidas a reconstrucción mamaria inmediata postmastectomía y 10 no reconstruidas. Se aplicó el cuestionario de la Escala de Depresión de Hamilton evaluándose además la ansiedad y autoestima. En el grupo de reconstruidas las pruebas fueron aplicadas antes y después de la reconstrucción. Se usaron Chi cuadrada y análisis de varianza para los resultados finales. Los estados más graves de depresión y angustia disminuyeron a estadíos menores en las pacientes reconstruidas inmediatamente tras la mastectomía y su autoestima fue similar a la hallada en el grupo control. La reconstrucción mamaria inmediata posterior a la mastectomía favorece la disminución de los trastornos emocionales en las pacientes con cáncer de mama.

**Palabras clave:** Cáncer de mama, reconstrucción inmediata de mama, impacto psicológico.

## SUMMARY

Breast cancer is the most frequent neoplasm in females and the major cause of mortality in our country in women between 40 and 55 years old. Immediate reconstruction surgery after a mastectomy improves or avoids emotional disorders. The objective of this paper is to determine the psychological impact of immediate breast reconstruction after mastectomy in women who have had breast cancer. We included 30 patients divided into three groups of 10 patients. The first one was the control group (healthy); the second group included patients with breast cancer who underwent immediate reconstruction after mastectomy, the third group included patients with breast cancer but without reconstruction. All patients completed the Hamilton Rating Scale for Depression. In patients from Rec group it was applied before and after the reconstruction. Chi-square test and analysis of variance were applied to obtain the final results. Depression and anguish states decreased to mild levels in patients that underwent to immediate breast reconstruction after mastectomy and their self-esteem was similar to the control group. Immediate breast reconstruction after mastectomy helps reduce emotional disorders in patients with breast cancer.

**Key words:** Breast cancer, immediate breast reconstruction, psychological impact.

www.medigraphic.org.mx

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer y el tumor que mayor número de muertes produce en nuestro país, con una tasa del 18.1 por 100,000 mujeres de 25 años y más.<sup>1</sup> Los factores de riesgo más importantes para el cáncer de mama, son el sexo femenino, antecedente de familiar con cáncer de mama,<sup>2</sup> y la edad.<sup>3</sup> Los factores protec-

\* Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Especialidades, Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional General de División Manuel Ávila Camacho. Instituto Mexicano del Seguro Social. Puebla, Puebla, México.

\*\* Departamento de Psicología Clínica, Unidad de Medicina Familiar No. 36, Instituto Mexicano del Seguro Social Puebla, Puebla, México.

tores, son multiparidad, primer embarazo a término antes de los 30 años, lactancia, menopausia temprana, ejercicio físico en mujeres jóvenes y consumo de frutas y vegetales.<sup>4</sup>

El objetivo del tratamiento quirúrgico locorregional es conseguir el control local de la enfermedad, obtener información sobre el pronóstico y definir la estrategia terapéutica más conveniente. La cirugía consiste en extirpar el tumor si es menor de 4.0 cm, o realizar cuadrantectomía o mastectomía con vaciamiento ganglionar axilar del mismo lado en tumores de mayor tamaño. En ocasiones es suficiente con la biopsia del ganglio centinela para excluir afectación ganglionar. La reconstrucción de la mama se puede realizar en el mismo acto quirúrgico o posteriormente.<sup>5</sup>

Desde hace algunos años se realizan estudios en pacientes mastectomizadas que presentan una variedad de síntomas físicos y psicológicos que se deben atender con prontitud. Por lo general, las mayores preocupaciones de estas pacientes están relacionadas con la distorsión de su perfil somático sexual, el posible comportamiento familiar sobre todo el relacionado con su pareja y limitaciones con sus compromisos sociales y laborales.<sup>6,7</sup>

En la actualidad la glándula mamaria es uno de los exponentes de la feminidad, por lo que una mastectomía es vista como una pérdida de la imagen corporal con amplias repercusiones físicas, que se asocia en ocasiones, en muchas mujeres, con secuelas psíquicas derivadas de la pérdida de su identidad. La aparición de reacciones emocionales negativas, que pueden ser tan sólo de adaptación no se hacen esperar tras la cirugía y se deben vigilar para evitar que se vuelvan crónicas y este estado emocional afecte el tratamiento ulterior del cáncer de mama.<sup>8</sup>

El objetivo de este estudio es proponer la implementación de la reconstrucción mamaria inmediata después de la mastectomía, no incluida en el tratamiento integral del cáncer de mama en México.<sup>9</sup>

## MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron 30 mujeres de 30 a 60 años de edad con las que se formaron 3 grupos de 10 personas cada uno: Grupo A (control), mujeres sanas que cubrieron los requisitos para ser donantes de sangre; grupo B (Rec), pacientes sometidas a mastectomía y reconstrucción mamaria inmediata, donde se incluyeron las portadoras de cáncer mamario no metastásico que desearan la reconstrucción y que no tuvieran enfermedades sistémicas concomitantes que aumentaran el riesgo quirúrgico, eliminando aquéllas con antecedentes de alteraciones en la esfera psíquica y de autoimagen. En el grupo C se incluyeron las pacientes con cáncer mamario sin reconstrucción (No Rec), por no ser candidatas a dicho procedimiento inmediato después de la mastectomía (*Cuadro I*).

A los grupos A (control) y C (No Rec) se les aplicaron por única vez los cuestionarios de Hamilton para la determinación de escalas de depresión y angustia, así como evaluación del porcentaje de autoestima. De acuerdo a las respuestas y los resultados de dicha encuesta, se cataloga a una paciente como normal, con depresión menor, con menos que depresión mayor, con depresión mayor, y con más que depresión mayor. Al grupo B (Rec), se aplicó dicho test en dos ocasiones: antes de la cirugía de reconstrucción (Rec 1) y después de la misma (Rec 2).

Se analizaron los resultados del estado de depresión y angustia y el porcentaje de autoestima entre

**Cuadro I.** Características generales y estirpe histológica encontradas en las 30 personas que participaron en el estudio.

Características generales	Grupos		
	A Control (sanas)	B Reconstruidas (Rec)	C No Reconstruidas (No Rec)
Condición clínica			
Estirpe histológica en mama			
Edad promedio (años)	45	47	56
Sanas sin compromiso en mama	10 (100)	0 (0)	0 (0)
Carcinoma lobulillar infiltrante (%)	0	2 (20)	5 (50)
Carcinoma ductal infiltrante (%)	0	6 (60)	5 (50)
Carcinoma lobulillar in situ (%)	0	1 (10)	0 (0)
Carcinoma ductal in situ (%)	0	1 (10)	0 (0)
Total	10 (100)	10 (100)	10 (100)

Grupo A (Sanas), cumplieron con los requisitos para ser donantes de sangre y se incluyeron como Grupo Control. Grupo B, pacientes reconstruidas inmediatamente después de la mastectomía (Rec), y grupo C, portadoras de cáncer de mama no reconstruidas (No Rec).

los 3 grupos. Se analizó por medio de Chi cuadrada para variables nominales (estados de depresión y angustia) y análisis de varianza para variables continuas (porcentaje de autoestima y edad de las pacientes). Se utilizó el programa Epi Info 6 versión 6d.

## RESULTADOS

En el grupo A se presentó depresión menor en 2 pacientes (20%) y no hubo en 8 (80%). En el grupo B, antes de la cirugía de reconstrucción (Rec 1) se presentó menos que depresión mayor en 1 (10%), depresión mayor en 3 (30%) y más que depresión mayor en 6 (60%). En este grupo, pero después de la cirugía de reconstrucción (Rec 2), se observó ausencia de depresión en 3 (30%), depresión menor en 4 (40%) y menos que depresión mayor en 3 (30%). En el grupo C se presentó depresión menor en 1 (10%), depresión mayor en 2 (20%) y más que depresión mayor en 7 (70%) (Figura 1).

Al comparar los grados de depresión mayor y más que depresión mayor entre las pacientes del grupo B (Rec 1) y las del grupo A, se observó una diferencia significativa entre estos dos grupos ( $p = 0.001$ ). Después de la reconstrucción, en las pacientes del grupo B (Rec 2) se encontró el 30% en estado normal, 40% con depresión menor y 30% menos que depresión menor, los grados de depresión mayor y más que mayor estuvieron ausentes después de la cirugía con una diferencia significativa con respecto a antes de la cirugía de reconstrucción ( $p = 0.030$ ).

Entre los grupos B (Rec 2) y A, en ambos no estuvieron presentes los grados de depresión mayor y más

que mayor, por lo cual no hubo diferencia significativa entre estos dos grupos ( $p = 0.12$ ); indicando que existió una recuperación en el grado de depresión en las pacientes después de la cirugía de reconstrucción (Figura 1).

De acuerdo con la evaluación del estado de ansiedad, en el grupo A, estuvo presente la ansiedad grave en 1 paciente (10%), ansiedad leve en 1 (10%) y ausencia de ansiedad en 8 (80%). En el grupo B (Rec 1), estuvo presente el estado de ansiedad grave en 9 (90%) y ansiedad leve en 1 (10%). En el grupo B (Rec 2), ansiedad grave en 2 (20%), ansiedad leve en 7 (70%) y con remisión de la ansiedad en 1 (10%). En el grupo C, la ansiedad grave estuvo presente en todas (Figura 2).

Se observó una diferencia significativa en el estado de ansiedad grave entre el grupo A (0%) y el grupo B (Rec 1) 9 (90%) ( $p = 0.001$ ). En el grupo B (Rec 2), se observó disminución de la ansiedad grave en 2 (20%) ( $p = 0.001$ ). En el grupo B (Rec 1), el aumento de ansiedad leve indicó una remisión del trastorno de ansiedad casi a estado normal en las pacientes después de la cirugía de reconstrucción ( $p = 0.001$ ). En el grupo C, el 100% permaneció con un estado de ansiedad grave, similar al encontrado en el grupo B (REC1) que fue del 90% ( $p = 0.2$ ) (Figura 2).

La evaluación del porcentaje de autoestima en el grupo A fue en promedio del 88%, en contraste en el grupo B (Rec 1) del 21%. En el grupo B (Rec 2), el porcentaje de autoestima fue del 66% y en el grupo C, del 34% (Figura 3).

Los niveles de autoestima en las pacientes del grupo B (Rec 1) fue del 22%, resultado contrastante con

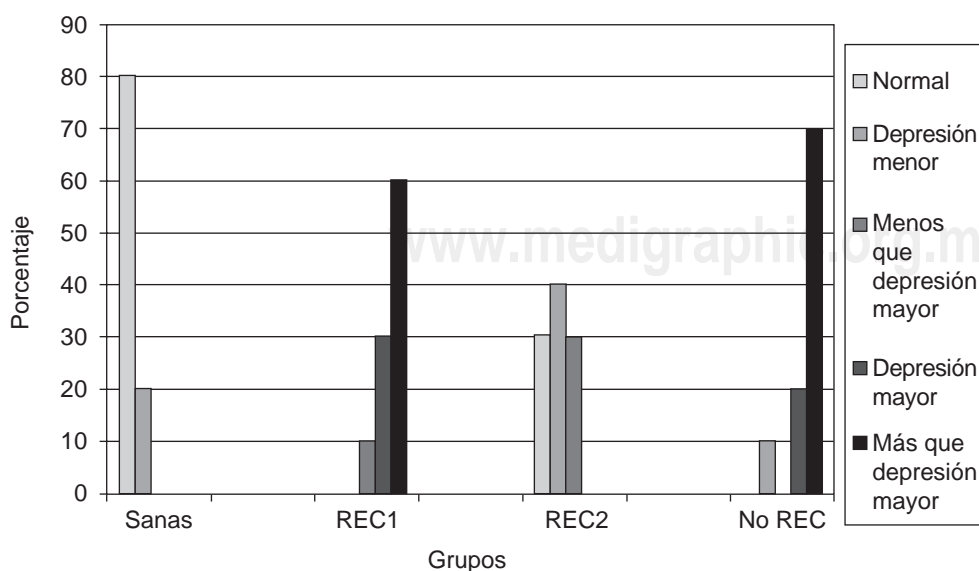


Figura 1. Estados de depresión que presentaron los diferentes grupos de mujeres que participaron en el estudio.

respeto al grupo A, que fue del 88% ( $p = 0.007$ ). Los niveles en las pacientes del grupo B (Rec 2) fue del 66%, porcentaje similar a las del grupo A ( $p = 0.14$ ) y diferente a lo observado en el grupo B (Rec 1), que fue del 22% ( $p = 0.018$ ). El porcentaje promedio de autoestima de las pacientes del grupo B (Rec 1) y el grupo C fue similar, 21 y 34% respectivamente ( $p = 0.2$ ) (Figura 3).

## DISCUSIÓN

Nuestro objetivo fue evaluar si las pacientes mexicanas con cáncer de mama al ser reconstruidas después de la extirpación de la mama mejoran su estado emocional.<sup>10,11</sup> El estado de depresión y ansiedad se determinó usando el método de Hamilton, evaluando también el nivel de autoestima. Encontramos que el promedio de edad de las pacientes no reconstruidas fue de 56 años, a diferencia de los 45 y 47 años del grupo control y del grupo de pacientes reconstruidas respectivamente. La no reconstrucción en las pacientes en la quinta década por lo regular es debido a lo avanzado del daño, observándose este comportamiento también en otros estudios.<sup>3</sup> Los estados de depresión «menos que depresión mayor», «depresión mayor» y «más que depresión mayor», fueron observados en pacientes pre-reconstruidas en 10, 30 y 60% respectivamente, y después de la cirugía fueron observados los grados «menos que depresión mayor» y «depresión menor» en 30 y 40% respectivamente y sólo el 30% sin algún grado de depresión. Los estados más severos de depresión estuvieron ausentes en las pacientes después de la cirugía de reconstrucción.<sup>10</sup> Con res-

pecto a las pacientes no reconstruidas los estados de «depresión mayor» y «más que depresión mayor» se identificaron en el 20 y 70% respectivamente, resultados similares a los encontrados en las pacientes pre-reconstruidas.<sup>12</sup>

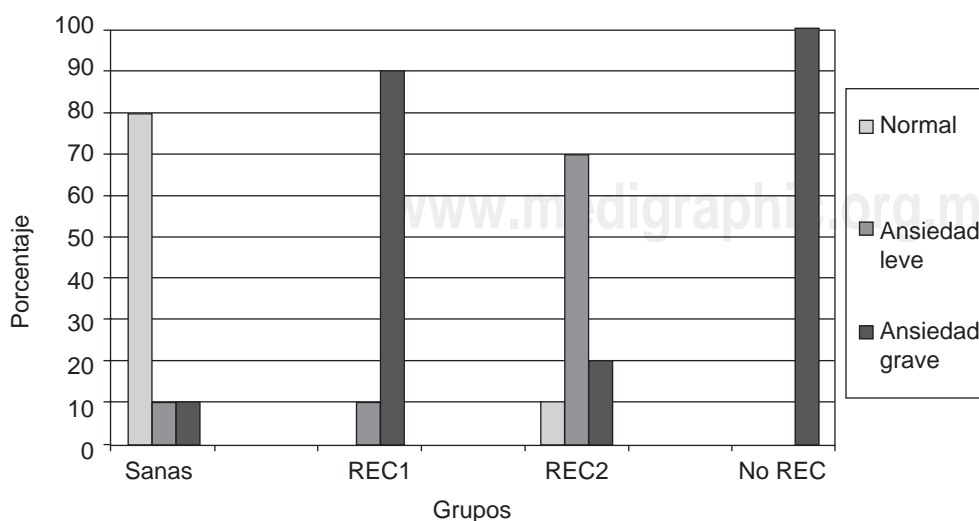
El grado de ansiedad grave se observó en el 90% de las pacientes pre-reconstruidas (Rec 1), y después de la cirugía de reconstrucción, la ansiedad grave disminuyó al 20%. Aunque el 70% permaneció con ansiedad leve, fue un buen signo de remisión de la ansiedad.

Se pudo observar que la depresión y la angustia disminuyen a valores casi normales, y esto es de esperar, ya que las pacientes reconstruidas deben continuar con el tratamiento para cáncer de mama y la mejoría de su estado emocional se puede encontrar en relación a un mejor apego al tratamiento y a su recuperación.<sup>13</sup>

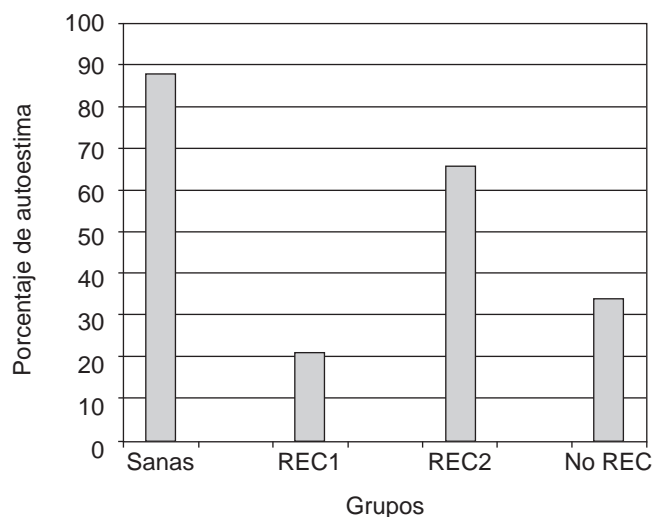
El porcentaje promedio de los niveles de autoestima observados en las pacientes pre-reconstruidas fue del 21% y después de la cirugía de reconstrucción aumentó al 66%, en contraste con las pacientes no reconstruidas, donde fue del 34%, sin observar una diferencia significativa con respecto al grupo de pacientes pre-reconstruidas.

Los niveles de autoestima están relacionados con la apariencia física, por lo que se sugiere a los profesionales en materia de oncología que se considere a las mujeres con cáncer de mama en la etapa postmenopáusica, ya que para ellas es también importante su apariencia física.<sup>7</sup>

Con base en lo anterior proponemos la implementación de la reconstrucción mamaria inmediata después de la mastectomía, no incluida en el tratamiento integral del cáncer de mama en México.<sup>9</sup>



**Figura 2.** Estados de ansiedad que presentaron los diferentes grupos de mujeres que participaron en el estudio.



**Figura 3.** Porcentaje promedio de autoestima que presentaron los grupos de mujeres del estudio.

## CONCLUSIONES

En las mujeres que fueron sometidas a reconstrucción inmediata posterior a la mastectomía, los estados más graves de depresión y angustia disminuyeron a los estados menores de acuerdo a las escalas de evaluación, y el porcentaje de autoestima se elevó a valores normales similares a los observados en el grupo de mujeres sanas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría de Salud. Salud México 2006. Información para la rendición de cuentas. 7. mortalidad por cáncer de mama. DGE/Secretaría de Salud, México 1a ed. 2007, pp. 34-35. <http://evaluación.salud.gob.mx>
2. Ruiz FP, Calderón G, Barrera SMA. Genética del cáncer de mama. BRCA1, BRCA2: Los principales genes de predisposición a la enfermedad. *Rev Invest Clin* 2001; 53(1): 46-64.
3. Zahl P, Strand BH, Maelhen J. Incidence of breast cancer in Norway and Sweden during introduction of nationwide screening: Prospective cohort study. *BMJ* 2004; 328(7445): 921-924.
4. Apantaku LM. Breast cancer diagnosis and screening. *Am Fam Physician* 2001; 62(3): 500-501.
5. Wilkins EG, Cedena PS, Lowery JC, Davz JA, Kim HM, Roth RS. Prospective analysis of psychosocial outcomes in breast reconstruction: One year postoperative results from the Michigan Breast Reconstruction Outcome Study. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 1014-1025.
6. Filiberti A, Rimoldi A, Tamburini M, Callegari M, Nava M, Zanini V. Breast reconstruction: a psychological survey. *Eur J Plast Surg* 1989; 12: 214-219.
7. Shoma AM, Mohamed MH, Nouman N, Amin M, Ibrahim IM, Tobar SS, Gaffar HE, Aboelez WF, Ali SE, Williams SG. Body image disturbance and surgical decision making in Egyptian post-menopausal breast cancer patients. *Word J Surg Oncol* 2009; 7: 66-75.
8. Staurov D, Weissman O, Polyniki A, Papageorgiou N, Haik J, Farber N, Winkler E. Quality of life after breast cancer surgery with or without reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2009; 9: 161-168.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. *Diario Oficial de la Federación; México, abril 2001.*
10. Harcourt DM, Rumsey NJ, Ambler NR, Cawthorn SJ, Reid CD, Maddox PR, Kenealy JM, Rainsbury RM, Umpheby HC. The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111(3): 1060-1068.
11. Roth RS, Lowery JC, Davis J, Wilkins EG. Psychological factors predict patients' satisfaction with post mastectomy breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2007; 119(7): 2016-2017.
12. Metcalfe KA, Semple JL, Narod SA. Satisfaction with breast reconstruction in women with bilateral prophylactic mastectomy: A descriptive study. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116(5): 1557-1558.
13. Morse SJ. The science of emotion. How psychosocial factor affect patients' satisfaction. *Cataract Refract Surg Today* 2009; 74-75.

*Dirección para correspondencia:*

Dr. José Martín Morales Olivera

Calle 23 Poniente 2109

Colonia Volcanes,

72000 Puebla, Puebla

Teléfono: (01222) 240 1985

Celular: (045) 2223 441943

Correo electrónico: martinmo10@hotmail.com