

VALORACIÓN BIOPSIICOSOCIAL EN PACIENTES CON PATOLOGÍA MAMARIA ONCOLÓGICA QUIRÚRGICA

BIOPSYCHOSOCIAL EVALUATION IN PATIENTS WITH BREAST CANCER SURGERY

María Eugenia Olivares*, María Dolores Martín**, José María Román* y Arazazu Moreno*

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

** Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia

Resumen

La versatilidad en la terapéutica quirúrgica oncológica de la patología mamaria, obliga a identificar las diferencias en cuanto a la repercusión psicológica. Por ende, las intervenciones psicológicas deberían estar estrechamente asociadas con los resultados procedentes de las investigaciones en identificación de necesidades. La muestra del presente trabajo está constituida por 438 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama o portadoras de mutación genética en fase quirúrgica. Las variables dependientes estudiadas fueron: sociodemográficas y médicas, ansiedad-depresión (HADS), calidad de vida (QLQ-C30), calidad de vida en mama (QLQ-BR23) e imagen corporal (BIS). Los resultados que de este trabajo se derivan son similares a los propuestos en la literatura actual en esta área de conocimiento. Las pacientes sometidas a cirugía radical presentaron un nivel más elevado de síntomas de ansiedad y una peor imagen corporal. Las mujeres que recibieron cirugía reconstructiva, por el contrario, presentaron mejores niveles en calidad de vida, tanto global, como en la escala de emoción. A las mujeres que se les practicó cirugía conservadora mostraron mejores niveles en la escala de rol de calidad de vida. Por último, las mujeres sometidas a la cirugía profiláctica, presentaron mayores puntuaciones en síntomas como fatiga, dolor, síntomas en la mama y el brazo, peores niveles en las escalas de rol

Abstract

The versatility in surgical therapy of breast cancer, requires the identification of differences in psychological impact. Thus, psychological interventions should be closely associated with the results from investigations to identify training needs. The sample of this study consists of 438 women diagnosed with breast cancer gene mutation carriers undergoing surgery. The dependent variables studied were sociodemographic and medical, anxiety-depression (HADS), quality of life (QLQ-C30), quality of life in breast cancer (QLQ-BR23) and body image (BIS). The results of this study are similar to those proposed in the current literature in this area of knowledge. Patients undergoing radical surgery had a higher level of anxiety symptoms and worse body image. Women who received reconstructive surgery, however, showed better quality of life levels, both overall and in the scale of emotion. Women who underwent conservative surgery showed higher levels in the scale of the role of quality of life. Finally, women undergoing prophylactic surgery had higher scores on symptoms as fatigue, pain, symptoms in the breast and arm, the worst levels on role and social scales, and greater sexual enjoyment. Surgeries involving the use of prosthesis (prophylactic and restorative), were used in younger women, showing higher levels of anxiety and better sexual functioning. Patients who received medical treatment before the

Correspondencia:

Hospital Clínico San Carlos
Servicio de Ginecología y Obstetricia
Atención Especializada. Área 7 Madrid
Profesor Martín Lagos s/n 28040
E-mail: meolivares@cop.es

y social, y mayor disfrute sexual. Las cirugías que implican el uso de prótesis (profilácticas y de reparadora), fueron utilizadas en mujeres más jóvenes, mostrando mayores niveles de ansiedad y mejor funcionamiento sexual. Los pacientes que recibieron tratamiento médico previo al quirúrgico actual, presentaron más efectos secundarios, peor imagen corporal y presentaban mayor número de cirugías radicales.

Palabras clave: Cirugía, cáncer de mama, ansiedad, depresión, imagen corporal y calidad de vida.

actual surgery, had more side effects, worse body image and a higher number of radical surgery.

Key words: Surgery, breast cancer, anxiety, depression, body image and quality of life.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo está comprometido con los intereses que la investigación psicológica muestra en el área de la Psicología de la Salud. El interés especial que ha dirigido a centrar este trabajo en un tipo particular de cáncer, como el de mama, se debe a que es el tumor sólido más estudiado en todos sus aspectos, debido a su alta prevalencia y a su sensibilidad hormonal. Ha servido como modelo de integración de las terapéuticas fundamentalmente utilizadas en el tratamiento oncológico, incrementando de este modo el número de mujeres que vive con la enfermedad de forma controlada. Otro argumento a contemplar, es el significado psicológico de su localización, ya que es un órgano íntimo, relacionado con la feminidad, maternidad y sexualidad. Por último, los costes económicos y la legislación en este campo, han provocado una gran repercusión en el manejo del paciente con dicha patología. De modo específico en este trabajo empírico, la versatilidad en la terapéutica quirúrgica obliga a identificar las diferencias en cuanto a eficacia, así como a repercusión psicológica, evidenciando las diferencias entre las distintas modalidades quirúrgicas (radical, conservadora, reparadora y

profiláctica). Por ende, las intervenciones psicológicas deberían estar estrechamente asociadas y derivadas de los resultados procedentes de las investigaciones cuyo objetivo sea la identificación de necesidades.

A continuación se exponen algunos de los trabajos que hacen referencia a las diferencias psicológicas en función de los distintos tipos de tratamiento quirúrgico oncológico de la mama.

Cirugía Conservadora Vs. Cirugía Radical

Hay abundantes estudios que comparan el impacto psicológico de la mastectomía y el provocado por la cirugía conservadora, mostrando ventajas la cirugía conservadora respecto a las variables vinculadas a la imagen corporal⁽¹⁻³⁾, a la satisfacción sexual⁽⁴⁾, y levemente a la calidad de vida⁽⁵⁾, sin embargo no señalan mayores ventajas psicológicas⁽⁶⁾. Aunque es digno de mención que se han encontrado mejores resultados psicológicos entre las pacientes con mejores resultados cosméticos⁽⁷⁾. Pero las mujeres sometidas a cirugía conservadora muestran, a su vez, una mayor preocupación por la recurrencia del cáncer⁽²⁾.

Cirugía Conservadora Vs. Cirugía Reconstructora

Cuando las comparaciones se realizan entre cirugía conservadora y reconstrucción tras una mastectomía, los datos no son concluyentes, debido a la diversidad de resultados. Como ejemplo cabe citar los siguientes estudios: Cocquyt et al.⁽⁸⁾, encontraron que la cirugía reparadora era significativamente superior a la cirugía conservadora en términos de resultados cosméticos, aunque otros estudios han demostrado lo opuesto⁽⁹⁻¹¹⁾ o no han identificado diferencias en términos de ajuste a la enfermedad, imagen corporal o satisfacción con relaciones y vida sexual entre ambos grupos⁽¹²⁻¹³⁾.

Cirugía Conservadora Vs. Cirugía Radical Vs. Cirugía Reconstructora

El objetivo de muchos estudios es comparar los tres grandes grupos de procedimientos quirúrgicos: cirugía conservadora, mastectomía, y reconstrucción de mama.

Del estudio de Nicholson et al.⁽⁷⁾ se derivan las siguientes conclusiones: las mujeres reconstruidas tuvieron unos resultados cosméticos mejores que las mujeres tratadas con cirugía conservadora, y las mujeres con cirugía conservadora tuvieron a su vez mejores resultados que las mujeres mastectomizadas. Pero no se verificaron diferencias en resultados psicológicos entre los distintos grupos de pacientes. Un estudio parecido, llevado a cabo por Rowland et al.⁽¹³⁾, compararon los resultados psicosociales en pacientes con lumpectomía, exéresis de mama y mastectomía combinada con reconstrucción, identificando mejor imagen corporal en el grupo de pacientes reconstruidas, pero no encontrando diferencias entre los grupos en medidas de calidad de vida.

Por el contrario, el estudio de Nissen et al.⁽¹⁴⁾, afirman que las pacientes reconstrui-

das tuvieron mayores trastornos del ánimo y peor bienestar que los otros dos grupos.

En el conocido trabajo de Al-Ghazal et al.⁽⁹⁾ los resultados indican que la imagen corporal y la satisfacción fueron superiores en el grupo de escisión local amplia, seguido del de reconstrucción mamaria y en último lugar, la mastectomía. Respecto a la morbilidad psicológica el grupo de mujeres sometidas a reconstrucción de mama tuvo mayor nivel de ansiedad, en comparación con el grupo de escisión local, y presentaban a su vez, menor *distress* psicológico que las que sufrieron mastectomía sin reconstrucción.

Los datos indican que las ventajas se igualan con el transcurso del tiempo, las diferencias iniciales de ajuste entre pacientes reconstruidas y no reconstruidas podría ser mínima al cabo de un año⁽¹⁵⁾.

Cirugía Profiláctica

La mastectomía profiláctica (MP) con reconstrucción inmediata se contempla como un tratamiento agresivo pero que se ha demostrado eficaz en la reducción de riesgo de cáncer de mama, en mujeres de alto riesgo de cáncer de mama/ovario y portadoras de mutación genética en BRCA1/2, en un 90% de los casos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, pero conlleva un difícil proceso de toma de decisión en estas mujeres.

En el estudio realizado por Metcalfe et al.⁽¹⁸⁾, las mujeres indicaron que volverían a realizar el procedimiento quirúrgico, aunque las mujeres más jóvenes estaban menos satisfechas que las mayores. Así mismo, transcurrido el tiempo (media de 10,3 años) las mujeres refirieron estar satisfechas con el procedimiento quirúrgico profiláctico realizado⁽¹⁹⁾. En el estudio de Hatcher y Fallowfield⁽²⁰⁾, se encontró que las pacientes que se sometían a esta cirugía presentaban una mayor ansiedad prequirúrgica, mayor afectación del impacto sexual, pero a los 6 meses la mayor parte de ellas informaban

que las relaciones sexuales eran normales. Van Oostrom et al.⁽²¹⁾ y Frost et al.⁽¹⁹⁾ indicaron que la cirugía profiláctica presentaba un impacto negativo en la imagen corporal y la sexualidad. Por el contrario no se encontraron diferencias en calidad de vida entre las mujeres que se sometieron a cirugía profiláctica, frente a las que optaron por otras medidas de vigilancia o control de riesgo⁽²²⁾, ni en distress⁽²³⁾. En el trabajo de Van Dijk et al.⁽²⁴⁾, estudiaron la estabilidad en las preferencias de la percepción de riesgo en el tiempo y los factores que se asocian a estas preferencias, y los resultados mostraron que las mujeres parecen decidir en fases relativamente tempranas acerca de sus preferencias de gestión de riesgo, estas preferencias eran estables en el transcurso del tiempo y los sentimientos de pena estaban fuertemente relacionados con las preferencias en la gestión del riesgo.

OBJETIVOS

Los objetivos del presente trabajo son los siguientes:

Determinar los datos sociodemográficos, clínicos y psicológicos del grupo de mujeres con patología mamaria oncológica.

Determinar los datos normativos del grupo de mujeres con patología mamaria oncológica respecto a su calidad de vida, síntomas de ansiedad, depresión e imagen corporal.

Comprobar si el tratamiento quirúrgico oncológico recibido (tratamiento radical, cirugía conservadora, reconstrucción mamaria, cirugía profiláctica) provoca efectos diferenciales en la calidad de vida, síntomas de ansiedad, depresión e imagen corporal de las pacientes.

Comprobar si el tratamiento quirúrgico recibido, radical y conservador, provoca efectos diferenciales en la calidad de vida, síntomas de ansiedad, depresión e

imagen corporal de las pacientes frente al tratamiento, profiláctico y reparador, que implica en ambos casos la restitución de la imagen corporal mediante prótesis mamaria.

Comprobar si recibir tratamiento oncológico previo a la cirugía provoca efectos diferenciales en la calidad de vida, síntomas de ansiedad, depresión e imagen corporal de las pacientes.

Comparar los valores previos y posteriores en calidad de vida, síntomas de ansiedad, depresión e imagen corporal, en mujeres sometidas a cirugía profiláctica y reparadora.

MUESTRA

La muestra está constituida por un total de 438 pacientes, diagnosticadas de cáncer de mama o portadoras de mutación genética, intervenidas quirúrgicamente por dicha afectación. Estas pacientes fueron atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, en un periodo de dos años y medio (2006-2008).

Los criterios de inclusión fueron: mayores de edad, diagnosticadas de patología oncológica mamaria o portadoras de mutación genética (genes BRCA1/2), sometidas a tratamiento quirúrgico en el momento presente, pertenecientes al área sanitaria nº 7 (expuestas a similar situación estimular y mismos profesionales sanitarios), recibir o haber recibido tratamiento en el Hospital Clínico San Carlos (tratamientos previos al quirúrgico actual) y vivir en Madrid.

Los criterios de exclusión fueron: existencia de déficit cognitivos severos, dificultad para la comprensión y expresión del castellano, presencia de alguna enfermedad incapacitante o amenazante para su vida, trastorno psicopatológico severo (demencia, así como, indicadores de metástasis cerebral) y procesos en fase terminal.

PROCEDIMIENTO

Se realizó una selección de instrumentos de medida que fueran relevantes tanto a nivel clínico como académico y, éstos fueron aplicados como entrevista semiestructurada por el mismo profesional, para evitar el sesgo del experimentador. Todas las pacientes recibieron atención psicológica- Entrenamiento en Inoculación de Estrés⁽²⁵⁾. La intervención psicológica en este proceso se ajusta a las líneas propuestas por Moorey y Greer⁽²⁶⁾ denominada Terapia Psicológica Aduvante (ATP) caracterizada por ser un programa estructurado, a corto plazo, focalizado en el problema y de carácter educacional y aplicado por el mismo investigador. Dicho paquete terapéutico igualaba a todas las mujeres. Las pacientes fueron evaluadas tras el procedimiento quirúrgico y habiendo recibido el tratamiento psicológico previamente mencionado. Solo un pequeño grupo, el constituido por aquellas mujeres que se sometió al implante de prótesis mamaria (cirugía reparadora y cirugía profiláctica) fue evaluado también en la fase pre-quirúrgica. Del total de la muestra se produjo mortandad experimental, dado que al ser muestra clínica, el propio ritmo asistencial impidió la aplicación de todas las pruebas a todas las mujeres, de ahí la versatilidad de tamaño muestral en función de la variable.

INSTRUMENTOS

Evaluación Psicosocial

Entrevista semiestructurada para la obtención de datos demográficos, información sobre diagnóstico, tratamiento quirúrgico y oncológico, historia médica y psicopatológica, antecedentes oncológicos y otros datos de interés.

Escala De Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS)^(27, 28).

El objetivo de esta prueba es proporcionar un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos, por tanto, es útil para pacientes medico-quirúrgicos. Puede ser utilizada para detectar cambios durante el curso de la enfermedad o en respuesta a distintos tipos de intervenciones. Está compuesta por 14 ítems repartidos en dos subescalas, con siete ítems cada una. Las escalas evalúan los síntomas clínicos de la ansiedad. La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala tipo "Likert" de 4 opciones de respuesta. El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación total, alcanzando mayores puntuaciones cuanto más alta es la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. Los puntos de corte para las dos subescalas son: 0-7 normal, 8-10 dudoso y ≥ 11 problema clínico.

Los datos de fiabilidad en términos de consistencia interna y fiabilidad test-retest son adecuados. Tiene un coeficiente de validez de 0,70 y un coeficiente alfa de Cronbach de 0,80 de fiabilidad para cada una de las subescalas. Estudios de validación con pacientes españoles encuentran coeficientes alfa de Cronbach en la subescala de ansiedad de 0,77 y en la de depresión 0,83. La correlación test-retest es de 0,82 en la subescala de ansiedad y 0,80 en la escala de depresión.

Escala de Calidad de Vida para Cáncer (QLQ-C30, *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)*)⁽²⁹⁾.

El QLQ-C30 es uno de los más importantes cuestionarios disponibles en lengua española para medir calidad de vida en pacientes con cáncer, siendo el sistema de

evaluación de calidad de vida de pacientes oncológicos sometidos a tratamiento. Permite comparaciones internacionales (traducido a 20 lenguas) y decisiones en ensayos clínicos. Puede ser auto y heteroaplicado. Está compuesto por 30 ítems, 28 de ellos con 4 alternativas de respuesta y los dos restantes con 7. Todas las escalas e ítems individuales se convierten en una puntuación de 0 a 100, a mayor puntuación, mejor funcionamiento vital (más saludable).

Está compuesto por: A) Estatus de salud global: en el que una puntuación alta representa un alto funcionamiento en cuanto a salud general. B) Escalas funcionales: compuesto por 5 subescalas de funcionamiento (funcionamiento físico, de rol, emocional, cognitivo y social). C) Escala de síntomas: compuesta por 3 subescalas (fatiga, dolor, náuseas y vómitos); y D) Conjunto de ítems individuales que se centran en el impacto final de la enfermedad y del tratamiento (disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea e impacto financiero). Una puntuación alta en cada uno de estos síntomas representa un alto nivel de sintomatología, es decir, de problemas en éste área.

Respecto a las propiedades psicométricas los coeficientes de consistencia interna para la escala global (alpha Cronbach) se sitúan entorno a 0,50-0,80. Los valores relativos a la consistencia interna de las distintas escalas de funcionamiento se mueven en rangos muy parecidos, siendo 0,68-0,71 para el funcionamiento físico, de 0,54-0,52 para el de rol, de 0,56-0,73 para el social, de 0,73-0,85 para el emocional y de 0,56-0,73 para el cognitivo. En cuanto a la fiabilidad test-retest, aumenta conforme se repiten las medidas a lo largo de los tratamientos, obteniéndose valores que van de 0,82-0,91.

Cuestionario Calidad de Vida Para Cáncer de Mama (QLQ-BR23). *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)*⁽³⁰⁾.

Fue el segundo módulo creado por el grupo de Calidad de vida de la EORTC. Es específico para cáncer de mama y está compuesto por 23 ítems. El cuestionario consta de dos partes que se organizan en escalas e ítems individuales: área de nivel de funcionamiento (escalas de imagen corporal y funcionamiento sexual y disfrute del sexo y preocupación por el futuro), síntomas (del brazo, del pecho, efectos secundarios de la quimioterapia y la hormonoterapia, y un ítem relacionado con la preocupación por la pérdida del pelo).

Escala de Imagen Corporal (*Body Image Scale, BIS*)⁽³¹⁾.

Esta escala fue desarrollada junto con la EORTC con el objetivo de evaluar la imagen corporal en pacientes oncológicos. Los ítems de la escala surgieron a partir de revisiones de la literatura científica relacionada con este tema, el consenso entre los diferentes profesionales de la salud y las entrevistas realizadas a pacientes con cáncer de mama. Este instrumento está formado por 10 ítems que comprenden el área afectiva (sentimientos de feminidad y sentimientos de atractivo), comportamental (dificultad para mirar la cicatriz, evitar a gente por el aspecto) y cognitiva (satisfacción con la apariencia y satisfacción con la cicatriz) de la imagen corporal. Así, cinco ítems se formularon de forma positiva y los otros cinco de forma negativa. Los 10 ítems están estructurados en una escala tipo "Likert", presentando cuatro categorías de respuesta. La puntuación total oscila en un rango de 0 a 30, donde puntuaciones elevadas informan de la presencia de alteraciones en la imagen corporal.

En relación a las características psicométricas de la escala, la fiabilidad de la escala para una muestra formada por pacientes con diferentes neoplasias era adecuada, alcanzando el alfa de Cronbach un valor de 0,93 y la fiabilidad test-retest 0,7 para el coeficiente de correlación de Pearson. De esta forma, los autores observaron que la escala presentaba una buena validez clínica, basada en la prevalencia de respuesta, la validez discriminante ($p \leq 0.001$, U de Mann-Whitney), la sensibilidad al cambio ($p \leq 0.001$, prueba de Wilcoxon), y la consistencia en los resultados.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Todos los análisis fueron realizados con el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows. En primer lugar se realizó un análisis descriptivo y de frecuencias en todas las variables.

Para el análisis de las diferencias entre dos grupos independientes se utilizó la prueba de "t" de Student entre pares de grupos para muestras independientes, cuando las varianzas no mostraron diferencias significativas (probabilidad de $F \leq 0,05$) se utilizó la prueba con las varianzas unidas, y cuando existieron diferencias significativas se utilizó la prueba con las varianzas separadas.

Para analizar las diferencias en un mismo sujeto en momentos diferentes de medida en la misma variable se utilizó la "t" de Student para muestras relacionadas.

En último lugar, para el análisis de las diferencias en un factor con más de dos niveles de la variable independiente, se realizó el análisis de varianza de un factor. La posterior comparación entre grupos o prueba *post hoc* se realizó mediante la prueba DMS (menor diferencia significativa).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como en prácticamente la totalidad de las investigaciones realizadas dentro del campo de la Psicología de la Salud, las conclusiones que de este trabajo se obtienen son específicas tanto para las características de la patología que las pacientes presentan, como para la situación particular por la que transcurren.

Análisis descriptivos y de frecuencias: valoración del grupo completo post-quirúrgico de patología mamaria

La edad varía en un rango de 26 a 87 años, siendo la media 56 ($dt=13$), la mayoría de las pacientes están casadas (56,7%), tienen estudios primarios (48,6%), trabajan por cuenta ajena (59,3%) y acuden ya en situación de baja laboral (36%).

En cuanto a la verbalización que la paciente realiza de su patología: utilizan el término "cáncer" (56,6%), "algo malo" (15,7%) y llama la atención que un 12,9% indica "no saber" la patología que presentan. El 36,5% de la muestra ha recibido tratamiento médico previo al actual quirúrgico. Las pacientes refieren haber tenido algún trastorno psicopatológico previo a la cirugía (42,2%), distribuyéndose del siguiente modo: ansiedad (15,5%), ánimo (15,5%), sueño (3,2%) y alimentación, sustancias, duelo patológico y otros (8%). Y las que recibieron tratamiento farmacológico (26,3%) indicaron que los fármacos fueron prescritos por el médico de familia en su mayoría (41,7%) y un 7,7 % recibió tratamiento psicológico previo.

Todas las pacientes han sido sometidas a tratamiento quirúrgico, distribuyéndose del siguiente modo: cirugía radical (40,5%), cirugía conservadora (47%), cirugía profiláctica (5%) y cirugía reparadora (7,4%).

Respecto al número de familiares que han sido diagnosticados de algún trastor-

Tabla 1. **Análisis de frecuencias de variables sociodemográficas.**

ESTADO CIVIL	%
SOLTERA	14,6
CASADA	56,7
VIUDA	13,9
DIVORCIADA	3,5
SEPARADA	4,5
PAREJA DE HECHO	5,9
HOMOSEXUAL	0,9
ESTUDIOS	%
NO SABE LEER NI ESCRIBIR	2,4
PRIMARIOS/EGB	48,6
BACHILLER SUPERIOR/FP	19,2
COU	6,7
ESTUDIOS SUPERIORES	23,1
OCUPACIÓN	%
NO TRABAJA	29,7
TRABAJO CUENTA PROPIA	6,8
TRABAJO CUENTA AJENA	59,3
FUNCIONARIO	3,7
OTROS	0,5
SITUACIÓN LABORAL	%
ACTIVO	6,3
PARO	6,3
BAJA	36,0
JUBILADO	13,1
EXCEDENCIA	0,3
AMA DE CASA	30,5
OTROS	7,6
Nº DE FAMILIARES ONCOLÓGICOS	%
0	42,9
1	26,5
2	15,5
3	6,8
4	4,8
5	3,4
Nº FAMILIARES CON CÁNCER DE MAMA	%
0	70,8
1	17,6
2	8,0
3	3,0
4	0,2
5	0,5
Nº FAMILIARES CON CÁNCER GINECOLÓGICO	%
0	92,0
1	7,1
2	0,9

nos oncológicos, el 42,9% no presentaba ninguno, el 26,5% uno, y 15,5% dos, siguiendo estos porcentajes en descenso progresivamente. Si el diagnóstico del familiar era cáncer de mama se distribuía de la siguiente forma: 17,6% uno solo y 8% dos, y si era ginecológico se distribuía: uno solo 7,1% y 0,9 si eran dos.

La valoración psicológica tras la cirugía indica, en el grupo completo de todas las mujeres evaluadas, que los niveles de síntomas de ansiedad ($M=11,43$, $dt=2,4$) y depresión ($M=8,87$, $dt=1,6$) son elevados, alcanzando la ansiedad el nivel de problema clínico. Respecto a la imagen corporal ($M=6,92$, $dt=5,1$) contemplando el grupo en su conjunto no presenta grandes dificultades (es posible que se deba a que las pacientes en el tratamiento administrado se les facilita información y recursos respecto a esta área, así como, por el porcentaje de mujeres sometidas a cirugía conservadora). En relación a la calidad de vida, los valores que se que se derivaron de los análisis fueron: la valoración global ($M=58,1$, $dt=21,7$) y en las diferentes escalas funcionales (cognición ($M=81,7$, $dt=20,9$), físico ($M=81,4$, $dt=15,5$), social ($M=73,2$, $dt=27,5$), emocional ($M=72,4$, $dt=23,1$) y de rol ($M=69,4$, $dt=30$) en orden descendente), y no presentan alteraciones en síntomas en dicho momento de medida. La calidad de vida de forma específica respecto a la sintomatología en mama ($M=22,6$, $dt=16,5$) y brazo ($M=20,4$, $dt=17$) es escasa y existe poca actividad sexual ($M=14,4$, $dt=22,5$), pero presentan alteraciones en la imagen ($M=76,9$, $dt=23$).

Análisis descriptivos: valoración prequirúrgico en pacientes sometidas a cirugía reparadora y profiláctica

La valoración psicológica previa a la cirugía en el grupo de mujeres que se sometieron a cirugía reparadora y profiláctica indica que los niveles de síntomas de

Tabla 2. Análisis descriptivos del grupo completo post-quirúrgico de patología mamaria.

	N	Mínimo	Máximo	Media	desv. típ.
EDAD	424	26	87	56	13
NºPARENTESCO	438	0	5	1,14	1,35
PAREN_MAMA	438	0	5	0,46	0,84
PAREN_GINE	438	0	2	0,09	0,31
BIS_TOTAL	175	0	23	6,92	5,14
HAD_DEPRESION	179	4	16	8,87	1,65
HAD_ANSIEDAD	179	5	16	11,43	2,42
QLQC30_GLOBAL	169	0	100,00	58,18	21,77
QLQC30_FUNCIONAMIENTO FISICO	164	26,67	100,00	81,46	15,57
QLQC30_ROL	167	0	100,00	69,46	30,09
QLQC30_EMOCION	166	0	100,00	72,49	23,16
QLQC30_COGNICION	166	16,67	100,00	81,72	20,93
QLQC30_SOCIAL	166	0	100,00	73,29	27,51
QLQC30_FATIGA	167	0	88,89	24,95	22,63
QLQC30_NAUSEA	167	0	66,67	4,39	10,54
QLQC30_DOLOR	166	0	100,00	24,09	22,66
QLQC30_DISNEA	167	0	100,00	5,78	16,35
QLQC30_INSOMNIO	167	0	100,00	32,93	29,72
QLQC30_APETITO	167	0	100,00	14,57	22,41
QLQC30_ESTREÑIMIENTO	167	0	100,00	25,94	29,81
QLQC30_DIARREA	166	0	66,67	3,61	11,02
QLQC30_ECONOMIA	166	0	100,00	15,26	27,36
QLQBR23_IMAGEN	172	0	100,00	76,98	23,07
QLQBR23_FUNCIONAMIENTO SEXUAL	171	0	100,00	14,42	22,50
QLQBR23_DISFRUTE SEXUAL	63	0	100,00	37,56	36,16
QLQBR23_FUTURO	171	0	100,00	45,41	31,67
QLQBR23_COLATERALES	173	0	76,19	20,56	13,68
QLQBR23_MAMA	173	0	75,00	22,63	16,58
QLQBR23_BRAZO	173	0	88,89	20,42	17,05
QLQBR23_PELO	14	0	100,00	38,09	45,02
PRE_BIS_TOTAL	25	0	18	4,92	4,81
PRE_HAD_DEPRESION	26	6	13	8,96	1,31
PRE_HAD_ANSIEDAD	26	9	17	12,19	1,98
PRE_QLQC30_GLOBAL	26	25,00	100,00	71,15	17,03
PRE_QLQC30_FUNCIONAMIENTO FISICO	23	73,33	100,00	95,07	8,57
PRE_QLQC30_ROL	24	50,00	100,00	90,27	14,67
PRE_QLQC30_EMOCION	24	41,67	100,00	73,26	16,84
PRE_QLQC30_COGNICION	24	33,33	100,00	85,41	19,23
PRE_QLQC30_SOCIAL	24	16,67	100,00	90,97	19,02
PRE_QLQC30_FATIGA	24	0	55,56	9,72	13,23
PRE_QLQC30_NAUSEA	24	0	33,33	2,08	7,47
PRE_QLQC30_DOLOR	24	0	50,00	16,66	14,74
PRE_QLQC30_DISNEA	24	0	33,33	4,16	11,26
PRE_QLQC30_INSOMNIO	24	0	100,00	26,38	29,45
PRE_QLQC30_APETITO	24	0	33,33	2,77	9,41
PRE_QLQC30_ESTREÑIMIENTO	24	0	66,67	18,05	21,93
PRE_QLQC30_DIARREA	24	0	33,33	5,55	12,68
PRE_QLQC30_ECONOMIA	24	0	66,67	6,94	16,96
PRE_QLQBR23_IMAGEN	20	41,67	100,00	86,25	17,15
PRE_QLQBR23_FUNCIONAMIENTO SEXUAL	20	0	83,33	40,00	23,81
PRE_QLQBR23_DISFRUTE SEXUAL	14	0	100,00	59,52	29,75
PRE_QLQBR23_FUTURO	20	0	100,00	45,00	29,16
PRE_QLQBR23_COLATERALES	20	0	23,81	11,66	7,48
PRE_QLQBR23_MAMA	21	0	41,67	7,53	10,50
PRE_QLQBR23_BRAZO	21	0	55,56	14,81	18,03
PRE_QLQBR23_PELO	0				

ansiedad ($M=12,19$, $dt=1,9$) alcanzan el nivel de problema clínico (incluso superior a la fase post-quirúrgica), los síntomas depresivos ($M=8,9$, $dt=1,3$) superan los niveles normales. Respecto a la imagen corporal no presenta problemas ($M=4,9$, $dt=4,8$). En relación a la calidad de vida, la valoración global ($M=71,1$, $dt=17$) es regular, así como las distintas escalas funcionales (cognición ($M=85,4$, $dt=19,23$), físico ($M=95$, $dt=8,57$), social ($M=90,9$, $dt=19$), emocional ($M=73,2$, $dt=16,8$) y de rol ($M=90,2$, $dt=14,6$)), y no presentan alteraciones en síntomas en dicho momento de evaluación. La calidad de vida de forma específica a la localización tumoral, es buena en la escala de imagen corporal ($M=86,25$, $dt=17,15$), pero no es alta respecto al disfrute sexual ($M=59,52$, $dt=29,7$). Por último, no presentando dificultades respecto a las escalas de síntomas (mama, brazo, efectos colaterales y pelo).

Diferencias entre los distintos tipos de cirugías (radical/conservadora/reparadora/profiláctica) en fase post-quirúrgica

Respecto a las diferencias existentes entre los cuatro niveles de la variable independiente tipo de cirugía (radical, conservadora, reparadora y profiláctica) y debido al alto número de variables dependientes que han alcanzado la significación estadística, se indican algunos datos relevantes y se remite al lector al tabla 3 donde se muestran las pruebas *post hoc*. Las mujeres con tratamiento profiláctico y reparador son más jóvenes que las pacientes con tratamiento radical y conservador ($F(3/407)=7,579$, $p=0,000$ ($p\leq 0,001$)). La variable tratamiento previo recibido también alcanzó la significación estadística ($F(3/409)=17,040$, $p=0,000$ ($p\leq 0,001$)), siendo las que más recibieron, las pacientes sometidas a cirugía radical frente al resto de modalidades quirúrgicas. Así mismo,

las pacientes con tratamiento profiláctico presentan mayor número de familiares oncológicos ($F(3/416)=11,608$, $p=0,000$ ($p\leq 0,001$)), de mama ($F(3/416)=17,625$, $p=0,000$ ($p\leq 0,001$)) y ginecológicos ($F(3/416)=4,769$, $p=0,003$ ($p\leq 0,01$)) en comparación con las pacientes con tratamiento radical, conservador y reparador. En cuanto a la imagen corporal ésta es peor ($F(3/170)=2,977$, $p=0,033$ ($p\leq 0,05$)) en las pacientes que recibieron cirugía radical frente a las conservadoras y reparadoras. La ansiedad también alcanzó la significación estadística ($F(3/174)=6,432$, $p=0,000$ ($p\leq 0,001$)) es mayor tras las cirugías radicales frente a las cirugías conservadoras, de igual modo, es mayor la ansiedad tras las cirugías profilácticas y reparadoras que tras las cirugías conservadoras. En cuanto a la calidad de vida, el nivel global muestra diferencias significativas ($F(3/164)=2,722$, $p=0,046$ ($p\leq 0,05$)), presentando las mujeres con cirugía reparadora niveles mejores que conservadoras y profilácticas. Las escalas de calidad de vida que también alcanzaron la significación estadística fueron: la escala de rol ($F(3/162)=6,255$, $p=0,000$ ($p\leq 0,001$)) presentando mejores resultados las pacientes sometidas a cirugía conservadora, radical y reparadora que las que recibieron cirugía profiláctica, también aparecen diferencias significativas en la escala emoción ($F(3/161)=4,028$, $p=0,009$ ($p\leq 0,01$)) obteniendo la mejor puntuación las pacientes sometidas a cirugía reparadora frente a las otras tres modalidades quirúrgicas, en la escala social ($F(3/161)=5,491$, $p=0,001$ ($p\leq 0,01$)), obteniendo las pacientes con cirugía profiláctica peor nivel frente al resto de cirugías. De forma específica en relación a los síntomas que alcanzaron la significación estadística, obtuvieron mayor puntuación, por tanto más síntomas, las pacientes sometidas a cirugía profiláctica versus conservadora, radical y reparadora, en fatiga ($F(3/4162)=3697$, $p=0,013$ ($p\leq 0,05$)) y en dolor ($F(3/161)=10,466$,

p=0,000 ($p \leq 0,001$) las pacientes con cirugía profiláctica más que las otras cirugías. Respecto a los síntomas colaterales $F(3/168)=2,786$, $p=0,043$ ($p \leq 0,05$), presentaron mas sintomatología las mujeres con cirugía radical que las reparadoras. En cuanto a la sintomatología de la mama $F(3/168)=2,687$, $p=0,048$ ($p \leq 0,05$) y el brazo $F(3/168)=4,906$, $p=0,003$ ($p \leq 0,01$), las mujeres sometidas a cirugía profiláctica presentan mayores niveles que las mujeres a las que se les practicó cirugía radical y conservadora, así mismo, la sintomatología del brazo es menor en las pacientes

con cirugía conservadora frente a radical y reparadora, y radical y conservadora frente a profiláctica. En cuanto al funcionamiento sexual $F(3/166)=9,042$, $p=0,000$ ($p \leq 0,001$) en las mujeres profilácticas presentaron mejores niveles que en radicales, conservadoras y reparadoras, y también reparadoras y radicales mejor funcionamiento que conservadoras. En relación al disfrute sexual $F(3/61)=3,901$, $p=0,013$ ($p \leq 0,05$) las pacientes profilácticas y radicales presentaron mayores niveles que conservadoras.

Tabla 3. Diferencias entre los distintos tipos de cirugías (radical/conservadora/reparadora/profiláctica) en fase post-quirúrgica. Únicamente se presentan las diferencias significativas.

Variable	
edad	$F(3/407)=7,579$, $p=0,000$ ($p \leq 0,001$)
tratamiento previo	$F(3/409)=17,040$, $p=0,000$ ($p \leq 0,001$)
nº de parentesco	$F(3/416)=11,608$, $p=0,000$ ($p \leq 0,001$)
parentesco mama	$F(3/416)=17,625$, $p=0,000$ ($p \leq 0,001$)
parentesco ginecológico	$F(3/416)=4,769$, $p=0,003$ ($p \leq 0,01$)
QLQC30-GLOBAL	$F(3/164)=2,722$, $p=0,046$ ($p \leq 0,05$)
QLQC30-ROL	$F(3/162)=6,255$, $p=0,000$ ($p \leq 0,001$)
QLQC30-EMOCION	$F(3/161)=4,028$, $p=0,009$ ($p \leq 0,01$)
QLQC30-SOCIAL	$F(3/161)=5,491$, $p=0,001$ ($p \leq 0,01$)
QLQC30-FATIGA	$F(3/162)=3,697$, $p=0,013$ ($p \leq 0,05$)
QLQC30-DOLOR	$F(3/161)=10,466$, $p=0,000$ ($p \leq 0,001$)
QLQBR23-FUNCIONAMIENTO SEXUAL	$F(3/166)= 9,042$, $p=0,000$ ($p \leq 0,001$)
QLQBR23-DISFRUTE SEXUAL	$F(3/61)=3,901$, $p=0,013$ ($p \leq 0,05$)
QLQBR23-COLATERALES	$F(3/168)=2,786$, $p=0,043$ ($p \leq 0,05$)
QLQBR23-MAMA	$F(3/168)=2,687$, $p=0,048$ ($p \leq 0,05$)
QLQBR23-BRAZO	$F(3/168)=4,906$, $p=0,003$ ($p \leq 0,01$)
BIS-TOTAL	$F(3/170)=2,977$, $p=0,033$ ($p \leq 0,05$)
HAD-ANSIEDAD	$F(3/174)=6,432$, $p=0,000$ ($p \leq 0,001$)

Variable	<i>post-hoc (DMS)</i>				
	grupo	Media	grupo	Media	Significación
Edad	radical	56	profiláctica	48	p=0,010 (p≤0,01)
	radical	56	reparadora	48	p=0,002 (p≤0,05)
	conservadora	58	profiláctica	48	p=0,001 (p≤0,001)
	conservadora	58	reparadora	48	p=0,000 (p≤0,001)
Tratamiento previo	radical	0,56	conservadora	0,26	p=0,000 (p≤0,001)
	radical	0,56	profiláctica	0,10	p=0,000 (p≤0,001)
	radical	0,56	reparadora	0,21	p=0,000 (p≤0,001)
Nº parentesco	radical	1,18	profiláctica	2,81	p=0,000 (p≤0,001)
	conservadora	1,03	profiláctica	2,81	p=0,000 (p≤0,001)
	profiláctica	2,81	reparadora	1,19	p=0,000 (p≤0,001)
Parientes mama	radical	0,42	profiláctica	1,71	p=0,000 (p≤0,001)
	conservadora	0,39	profiláctica	1,71	p=0,000 (p≤0,001)
	profiláctica	1,71	reparadora	0,45	p=0,000 (p≤0,001)
Parientes ginecológico	radical	0,09	profiláctica	0,33	p=0,001 (p≤0,001)
	conservadora	0,06	profiláctica	0,33	p=0,000 (p≤0,001)
	profiláctica	0,33	reparadora	0,13	p=0,024 (p≤0,05)
QLQC30-GLOBAL	conservadora	55,24	reparadora	66,66	p=0,037 (p≤0,05)
	profiláctica	46,66	reparadora	66,66	p=0,016 (p≤0,05)
QLQC30-ROL	radical	71,46	profiláctica	35,00	p=0,000 (p≤0,001)
	conservadora	75,27	profiláctica	35,00	p=0,000 (p≤0,001)
	profiláctica	35,00	reparadora	62,50	p=0,014 (p≤0,05)
QLQC30-EMOCION	radical	74,08	reparadora	86,66	p=0,028 (p≤0,05)
	conservadora	66,94	reparadora	86,66	p=0,001 (p≤0,001)
	profiláctica	69,16	reparadora	86,66	p=0,046 (p≤0,05)
QLQC30-SOCIAL	radical	72,60	profiláctica	41,66	p=0,001 (p≤0,001)
	conservadora	78,53	profiláctica	41,66	p=0,000 (p≤0,001)
	profiláctica	41,66	reparadora	75,00	p=0,002 (p≤0,01)
QLQC30-FATIGA	radical	26,78	profiláctica	42,22	p=0,041 (p≤0,05)
	radical	26,78	reparadora	14,44	p=0,029 (p≤0,05)
	conservadora	24,25	profiláctica	42,22	p=0,019 (p≤0,05)
	profiláctica	42,22	reparadora	14,44	p=0,001 (p≤0,001)
QLQC30-DOLOR	radical	21,23	profiláctica	60,00	p=0,000 (p≤0,001)
	conservadora	21,46	profiláctica	60,00	p=0,000 (p≤0,001)
	profiláctica	60,00	reparadora	25,00	p=0,000 (p≤0,001)
QLQBR23-FUNCIONAMIENTO SEXUAL	radical	17,12	conservadora	5,98	p=0,003 (p≤0,01)
	radical	17,12	profiláctica	37,87	p=0,003 (p≤0,01)
	conservadora	5,98	profiláctica	37,87	p=0,000 (p≤0,001)
	conservadora	5,98	reparadora	21,66	p=0,004 (p≤0,01)
	profiláctica	37,87	reparadora	21,66	p=0,043 (p≤0,05)
QLQBR23-DISFRUTE SEXUAL	radical	41,37	conservadora	19,29	p=0,031 (p≤0,05)
	conservadora	19,29	profiláctica	66,66	p=0,002 (p≤0,01)
QLQBR23-COLATERAL	radical	20,14	reparadora	13,33	p=0,047 (p≤0,05)
QLQBR23-MAMA	radical	22,71	profiláctica	34,09	p=0,030 (p≤0,05)
	conservadora	19,61	profiláctica	34,09	p=0,006 (p≤0,01)
QLQBR23-BRAZO	radical	22,07	conservadora	15,38	p=0,019 (p≤0,05)
	radical	22,07	profiláctica	33,33	p=0,036 (p≤0,05)
	conservadora	15,38	profiláctica	33,33	p=0,001 (p≤0,001)
	conservadora	15,38	reparadora	24,44	p=0,033 (p≤0,05)
BIS-TOTAL	radical	8,15	conservadora	6,11	p=0,020 (p≤0,05)
	radical	8,15	reparadora	4,95	p=0,014 (p≤0,05)
HAD-ANSIEDAD	radical	11,93	conservadora	10,57	p=0,001 (p≤0,001)
	conservadora	10,57	profiláctica	12,27	p=0,025 (p≤0,05)
	conservadora	10,57	reparadora	12,58	p=0,001 (p≤0,001)

Diferencias entre dos grupos (radical/conservadora vs. reparadora / profiláctica) en fase post-quirúrgica

Respecto a las diferencias encontradas entre los grupos de mujeres que recibieron cirugía radical o conservadora (R/C) de mama frente a las que se les practicó cirugía reparadora o profiláctica (R/P), este último grupo presenta menor edad $t(104,233)=-7,137, p=0,000$ ($p \leq 0,001$), así como, un mayor número de familiares diagnosticados de cáncer $t(59,043)=-2,983, p=0,004$ ($p \leq 0,01$) tanto de mama $t(55,011)=-2,853, p=0,006$ ($p \leq 0,01$) como ginecológico $t(57,229)=-2,065, p=0,043$ ($p \leq 0,05$), mayor ansiedad $t(53,270)=-$

$3,056, p=0,003$ ($p \leq 0,01$), mayor calidad de vida en el factor emocional $t(160)=-2,148, p=0,033$ ($p \leq 0,05$), y mejor funcionamiento sexual $t(38,592)=-3,036, p=0,004$ ($p \leq 0,01$) y disfrute sexual $t(60)=-2,310, p=0,024$ ($p \leq 0,05$), coincidiendo estos datos con los trabajos publicados en este área de conocimiento. Así mismo, el grupo de mujeres que se sometieron a cirugía reparadora o profiláctica presentaron más dolor $t(36,306)=-2,816, p=0,008$ ($p \leq 0,01$), más síntomas en la mama $t(167)=-2,004, p=0,047$ ($p \leq 0,05$) y en el brazo $t(38,722)=-2,235, p=0,031$ ($p \leq 0,05$), y peor funcionamiento en la escala de calidad de vida social $t(160)=2,044, p=0,045$ ($p \leq 0,05$) y de rol $t(36,591)=2,831, p=0,007$ ($p \leq 0,01$).

Tabla 4. Diferencias entre dos grupos (radical/conservadora vs. reparadora /profiláctica) en fase post-quirúrgica. Únicamente se presentan las diferencias significativas.

Variable		Cirugía radical/conservadora			Cirugía reparadora/profiláctica		
		N	Media	dt	N	Media	dt
edad	t (104,233) =-7,139, p=0,000	358	57	13	50	48	7
Nº de parientes	t (59,043) =-2,983, p=0,004	365	1,10	1,27	52	1,85	1,74
Nº parientes con ca. mama	t (55,011) =-2,853, p=0,006	365	0,40	0,72	52	0,96	1,38
Nº de parientes con ca. ginecológico	t (57,229) =-2,065, p=0,043	365	0,08	0,29	52	0,21	0,45
QLQC30-ROL	t (36,591) =2,831, p=0,007	133	73,18	26,97	30	53,33	36,19
QLQC30-EMOCION	t(160)=-2,148, p=0,033	132	70,89	22,87	30	80,83	22,86
QLQC30-SOCIAL	t(160)=2,044, p=0,045	132	75,25	25,84	30	63,88	33,92
QLQC30-DOLOR	t (36,306) =-2,816, p=0,008	132	21,33	20,52	30	36,66	28,16
QLQC30-FUNCION SEXUAL	t (38,592) =-3,036, p=0,004	136	11,88	20,67	31	27,41	26,71
QLQC30-DISFRUTE SEXUAL	t(60)=-2,310, p=0,024	48	32,63	34,02	14	57,14	37,95
QLQBR23-MAMA	T(167)=-2,004, p=0,047	138	21,25	15,85	31	27,68	17,39
QLQBR23-BRAZO	t (38,722) =-2,235, p=0,031	138	18,92	15,90	31	27,59	20,25
HAD-ANSIEDAD	t (53,270) =-3,056, p=0,003	145	11,26	2,49	30	12,47	1,85

Diferencias dos grupos (recibir vs. no recibir tratamiento oncológico previo) en fase post-quirúrgico

Con respecto a recibir o no tratamiento oncológico previo a la cirugía actual, existen variables que han alcanzado la significación estadística al comparar ambos tipos de pacientes, siendo las pacientes que han recibido tratamiento previo más jóvenes $t(352,662)=-5,314$, $p=0,000$ ($p \leq 0,001$) y las que presentan más efectos colaterales $t(147,860)=-2,032$, $p=0,044$ ($p \leq 0,05$) y más alteración de la imagen corporal global $t(157,876)=-3,348$, $p=0,001$ ($p \leq 0,001$). Mientras que las pacientes que no recibieron tratamiento previo mostraron menor alteración en lo referente a imagen, medido como escala de calidad de vida $t(149,373)=2,983$, $p=0,003$ ($p \leq 0,05$)

Diferencias en un mismo sujeto en momentos diferentes de medida (pre/post tratamiento reparador y profiláctico)

Las pacientes sometidas a tratamiento reparador y profiláctico, fueron valoradas antes y después de la cirugía mostrando mejores niveles de calidad de vida global previo a la cirugía $t(12)=-2,250$, $p=0,044$ ($p \leq 0,05$), así como, en las escalas de funcionamiento físico $t(11)=-5,977$, $p=0,000$ ($p \leq 0,001$), de rol $t(11)=-4,207$, $p=0,001$ ($p \leq 0,001$) y social $t(11)=-2,729$, $p=0,020$

($p \leq 0,05$), derivadas posiblemente de las presiones sociales respecto a la opción quirúrgica elegida. Y más síntomas como dolor $t(11)=2,656$, $p=0,022$ ($p \leq 0,05$), fatiga $t(11)=2,244$, $p=0,046$ ($p \leq 0,05$), en mama $t(11)=2,815$, $p=0,017$ ($p \leq 0,05$) y brazo $t(11)=2,335$, $p=0,039$ ($p \leq 0,05$) y más problemas económicos $t(11)=3,023$, $p=0,012$ ($p \leq 0,05$) en la fase post-quirúrgica, de igual modo la imagen corporal fue peor tras la cirugía $t(11)=2,630$, $p=0,021$ ($p \leq 0,05$), dato esperable, teniendo en cuenta el momento de evaluación.

APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA

Los resultados que de este trabajo se derivan son similares a los propuestos en la literatura actual en esta área de conocimiento. Las pacientes sometidas a cirugía radical presentaron un nivel más elevado de síntomas de ansiedad y una peor imagen corporal. Las mujeres que recibieron cirugía reconstructiva, por el contrario, presentaron mejores niveles en calidad de vida, tanto global, como en la escala de emoción. A las mujeres que se les practicó cirugía conservadora mostraron mejores niveles en la escala de rol de calidad de vida. Por último, las mujeres sometidas a la cirugía profiláctica, presentaron mayores puntuaciones en síntomas como fatiga, dolor, síntomas en la mama y el brazo, peores niveles en las escalas de rol y social, y mayor disfrute sexual. Las cirugías que implican el uso

Tabla 5. **Diferencias dos grupos (recibir vs. no recibir tratamiento oncológico previo) en fase post-quirúrgico. Únicamente se presentan las diferencias significativas.**

Variable		Tratamiento previo no			Tratamiento previo si		
		N	Media	dt	N	Media	dt
Edad	t (352,662)=-5,314, p=0,000	262	59	13	153	52	12,04
QLQBR23-IMAGEN	t (149,373)=2,983, p=0,003	89	81,83	20,27	79	71,20	25,27
QLQBR23-COLATERAL	t (147,860)=-2,032, p=0,044	89	18,56	11,90	80	22,91	15,47
BIS-TOTAL	t (157,876)=-3,348, p=0,001	84	15,67	4,37	85	18,27	5,66

Tabla 6. Diferencias en un mismo sujeto en momentos diferentes de medida (pre/post tratamiento reparador y profiláctico). Únicamente se presentan las diferencias significativas.

Variable		Evaluación pre			Evaluación post		
		N	Media	dt	N	Media	dt
QLQC30-GLOBAL	t(12)=-2,250, p=0,044	13	73,07	19,58	13	55,76	22,91
QLQC30-FUNCIONAMIENTO FISICO	t(11)=-5,977, p=0,000	12	94,44	9,35	12	75,55	16,89
QLQC30-ROL	t(11)=-4,207, p=0,001	12	90,27	13,21	12	38,88	39,78
QLQC30-SOCIAL	t(11)=-2,729, p=0,020	12	90,27	24,05	12	55,55	37,82
QLQC30-FATIGA	t(11)=2,244, p=0,046	12	8,33	16,49	12	27,77	27,82
QLQC30-DOLOR	t(11)=2,656, p=0,022	12	13,88	15,66	12	40,27	30,53
QLQC30-ECONOMI	t(11)=3,023, p=0,012	12	8,33	15,07	12	27,77	27,82
QLQBR23-MAMA	t(11)=2,815, p=0,017	12	8,33	12,81	12	27,77	16,02
QLQBR23-BRAZO	t(11)=2,335, p=0,039	12	10,18	16,72	12	31,48	27,14
BIS-TOTAL	t(11)=2,630, p=0,021	14	4,28	3,83	14	6,36	4,51

de prótesis (profilácticos y de reparadora), fueron utilizadas en mujeres más jóvenes, mostrando mayores niveles de ansiedad y mejor funcionamiento sexual, así como una mayor satisfacción con la atención médica recibida. Los pacientes que recibieron tratamiento médico previo al quirúrgico actual, presentaron más efectos secundarios, peor imagen corporal y presentaban mayor número de cirugías radicales.

Una de las repercusiones del presente trabajo es la aportación de datos empíricos de una muestra clínica en el ámbito natural en la que se presenta la patología.

Este estudio puede tener una aplicación práctica, ya que orienta a la evaluación y justifica los tratamientos a seguir (patrones conductuales y sintomatología). Permite líneas de actuación futuras encaminadas a comparar esta población con otros grupos de patología crónica, o neoplásicas de diversas localizaciones.

Dado que la muestra es clínica, y por dificultades organizativas y de recursos no ha sido posible realizar valoración psi-

cológica previa al tratamiento quirúrgico en todas las pacientes. Únicamente las pacientes sometidas a cirugía reparadora y profiláctica han sido evaluadas previamente a someterse a la cirugía por lo que se dispone de datos del antes y después del proceso, y en ellos se evidencia un descenso de los niveles de ansiedad tras la cirugía, debido a la intervención psicológica. Y queda por demostrar si los niveles inferiores de algunas variables como la imagen corporal que son más bajos en el presente trabajo en comparación con la literatura existente, se deben también al efecto de la intervención psicológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Poulsen B, Graversen HP, Beckmann J, Blichert-Toft MA Comparative study of post-operative psychosocial function in women with primary operable breast cancer randomized to breast conserving therapy or mastectomy. Eur J Surg Oncol 1997; 23:327-34.

2. Härtl K, Janni W, Kästner R, Sommer H, Strobl B, Rack B, Stauber M. Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Ann Oncol* 2003; 14:1064-71.
3. Anagnostopoulos F, Myrzianni S. Body Image of greek breast cancer patients treated with mastectomy or breast conserving surgery. *J Clin Psychol Med Settings* 2009; 16: 311-21.
4. Prozo C, Carver CS, Noriega V, Harris SD, Robinson DS, Ketcham AS. effects of mastectomy versus lumpectomy on emotional adjustment to breast cancer: A prospective study of the first years postsurgery. *J Clin Oncol* 1992;10:1292-8.
5. Ohsumi S, Shimozuma K, Morita S, Hara F, Takabatake D, Takashima S, et al. Factors Associated with health-related quality of life in breast cancer survivors: influence of the type of surgery. *Jpn J Clin Oncol* 2009; 39(8): 491-6.
6. Fallowfield LJ, Baum M, Maguire GP. Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *Br Med J*. 1986; 293: 1331.
7. Nicholson RM, Leinter S, Sasson EM. A Comparison of the cosmetic and psychological outcome of breast reconstruction, breast conserving surgery and mastectomy without reconstruction. *Breast* 2007.
8. Cocquyt VF, Blondeel PN, Depypere HT, Karlien A, Van De Sijpe KA, Daems KK. Better cosmetic results and comparable quality of life after skin-sparing mastectomy and immediate autologous breast reconstruction compared to breast conservative treatment. *Br J Plast Surg* 2003; 56: 462-70.
9. Al-Ghazal S, Fallowfield L, Blamey W. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer* 2000; 15: 1938-43.
10. Gendy RK, Able JA, Rainsbury RM. Impact Of Skin-sparing mastectomy with immediate reconstruction and breast-sparing reconstruction with miniflaps of the outcomes of oncoplastic breast surgery. *Br J Surg* 2003; 90: 433-9.
11. Fung KW, Lau Y, Fielding R, Or A, Yip AW. The impact of mastectomy, breast conserving treatment and immediate breast reconstruction on the quality of life of Chinese women. *ANZ J Surg* 2001; 71 (4): 202-6.
12. Schover LR, Yetman RJ, Tauson LJ, Meister E, Esselstyn CB, Hermann RE. Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer* 1995; 75(1): 54-64.
13. Rowland 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 Natl Cancer Inst* 2000; 92:1422-9.
14. Nissen MJ, Swenson K, Ritz LJ, Brad Farrell J, Sladek ML, Lally RM. Quality Of Life After Breast Carcinoma Surgery. A comparison of three surgical procedures. *Cancer* 2001; 91(7):1238-45.
15. Schain WS, d'Angelo TM, Dunn ME, Lichler AS, Pierde LJ. Mastectomy versus conservative surgery and radiation therapy. Psychosocial consequences. *Cancer* 1994; 73: 1221-8.
16. Hartmann LC, Schaid DJ, Woods JE, Crotty TP, Myers JL, Arnold PG. Efficacy of Prophylactic Mastectomy In Women With A Family Of Breast Cancer. *N Engl J Med* 1999; 340: 77-84.
17. Recht A. Contralateral prophylactic mastectomy: caveat emptor. *J Clin Oncol* 2009; 27(9): 1347-49.
18. Metcalfe KA, Esplen MJ, Goel V, Narod SA. Psychosocial functioning In women who have undergone bilateral profilactic mastectomy. *Psychooncology* 2004; 13: 14-25.

19. Frost M, Slezak J, Tran N, Willians C, Johnson J, Woods J, et al. Satisfaction after contralateral prophylactic mastectomy: the significance of mastectomy type, reconstructive complications, and body appearance. *J Clin Oncol* 2005; 23(31): 7849-56.
20. Hatcher MB, Fallowfield L, A'Hern R. The psychosocial impact of prophylactic mastectomy prospective study. *Br Med J* 2000.
21. Van Oostrom I, Meijeres-Heijboer H, Lodder LN, Duivenvoorden HJ, Gol AR, Seynseve C. Long-term psychological impact of carrying a BRCA1/2 mutation and prophylactic surgery: a 5 year follow-up study. *J Clin Oncol* 2003; 21(20): 3867-74.
22. Tercyak KP, Peshkin BN, Brogan BM, De Marco T, Pennanen MF, Wiley SC. Quality of life after contralateral prophylactic mastectomy in newly diagnosed high-risk breast cancer patients who underwent BRCA1/2 gene testing. *J Clin Oncol* 2007; 25(3): 285-91.
23. Garber J, Glosan M. Contralateral breast cancer in BRCA1/BRCA2 mutation carriers: the store of the other side. *J Clin Oncol*, 2009; 27(35): 5862-4.
24. Van Dijk S, Van Roosmalen M, Otten W, Stalmeier P. Decision making regarding prophylactic mastectomy: Stability of preferences and the impact of anticipated feelings of regret. *J Clin Oncol* 2008; 26(4) 2358-63.
25. Meichenbaum D. Manual de Inoculación de estrés, Barcelona, Martinez Roca, 1987(Original 1985).
26. Moorey S, Greer S. Psychological therapy for patients with cancer. Londres, Heinemann Books, 1989.
27. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scand* 1983; 67: 361-70.
28. Tejero A, Guimerá EM, Farré JM, Peri JM. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depresión Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Dpto Psiquiatría Facultad de Med Barna*. 1986; 13:233-8.
29. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez M. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials. *J Nat Cancer Inst* 1993; 85: 365-76.
30. Spranger M, Groenvold M, Arrarás JI, Franklin J, Velde A, Muller M. The EORTC Breast Cancer Specific Quality Of Life Questionnaire Modulle (Qlq-Br23): First results from A tree country field study. *J Clin Oncol* 1996;14(10): 2756-68.
31. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer* 2001; 37: 189-97.

