

D. Guerra Díaz,  
M. Barez Villoria,  
N. Viñolas Maulada,  
A. Fernández Cid

# Evaluación psicológica en pacientes con patología mamaria tras intervención quirúrgica

## Psychological evaluation of breast cancer patients after surgery

### SUMMARY

*Fifty women with breast cancer, who had undergone either mastectomy or conservative surgery were evaluated by the General Health Questionnaire (GHQ-28) by a clinical psychologist, two or three days after surgery. One third of the sample presented significant psychopathology whereas the 30% of them presented low-moderated psychopathology. The rest of them had a high-severe psychopathological level. Anxiety was the factor that most of the patients referred during evaluation, interfering with their daily activities. It is concluded that after surgery patients present high levels of anxiety and low levels on depression scales. These results enhance the interest that psychological care will have in treatment planning because anxiety will rebound in coping strategies and in therapeutic compliance.*

Instituto Universitario Dexeus.  
08017 Barcelona.

Correspondencia:  
D. Guerra Díaz.  
Servei de Medicina Psicosomàtica.  
Institut Dexeus.  
Anglí, 45 bis.  
08017 Barcelona.

### Palabras clave

*Cáncer de mama, Mastectomía, Tumorectomía, Evaluación psicológica, Ansiedad.*

### Key words

*Breast cancer, Mastectomy, Tumourectomy, Psychological evaluation, Anxiety.*

### INTRODUCCION

El diagnóstico de cáncer de mama, la intervención quirúrgica de tumorectomía o de mastectomía y el tratamiento que se derive son factores productores de estrés en la mujer. Existe abundante bibliografía sobre las consecuencias emocionales que se derivan de este proceso, apreciándose sintomatología de algún tipo en un 50% de la población con problemas oncológicos.<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6</sup> Específicamente, en el caso de la mastectomía, se produce un conflicto psicológico en el que se mezclan el miedo a la propia enfermedad, el rechazo a la pérdida del pecho y a los efectos secundarios del tratamiento posterior.<sup>7</sup>

La autoestima femenina se ve profundamente alte-

rada debido a la alteración de la imagen corporal y a la pérdida de feminidad y su atractivo sexual; muchas mujeres temen más a la mutilación que a la propia enfermedad.<sup>8</sup> Sin embargo, hay autores que encuentran que la intervención conservadora ocasiona en la mujer más conflictos posteriormente debido al mayor temor a que el cáncer no haya sido erradicado y pueda reproducirse.<sup>9</sup>

Algunos autores sugieren que la experiencia de la mastectomía por cáncer de mama no es diferente, en cuanto a frecuencia e intensidad del trastorno psicológico, a la que ocurre tras otras intervenciones por cáncer con alteración de la imagen corporal.<sup>10, 11</sup>

En general se describen 3 fases en el curso del diagnóstico y tratamiento de un cáncer de mama:<sup>12</sup>

*Fase anticipatoria.* En esta fase se incluye el momento en que la mujer detecta un bulto en la mama y acude al médico para recibir un diagnóstico. En otros casos puede ser el propio médico el que detecta una anomalía en el pecho de la mujer. En cualquier caso, en el momento del diagnóstico de cáncer la mujer experimenta una crisis emocional aguda de intensidad y duración variables.

Esta fase se caracteriza por una elevada ansiedad e incertidumbre. Debido a esto, en el supuesto de que la paciente pueda escoger entre una intervención conservadora o radical, con frecuencia se producen reacciones emocionales en las que la mujer se siente incapacitada para tomar una decisión. Actualmente se afirma que la conservación de la mama y la participación de la paciente en la decisión de conservarla o no mejora el estado psíquico de las enfermas.<sup>13</sup>

*Fase postoperatoria inmediata.* Por lo general se produce una euforia inicial consecuente al alivio que siente la paciente tras la intervención, que es interpretada como la erradicación del mal. Pero se dice que junto a esta satisfacción aparece el sentimiento de deformidad y pérdida de feminidad, sobre todo cuando ha habido una mastectomía.<sup>8</sup>

Probablemente ciertos niveles de ansiedad inicial se correspondan a una adaptación normal y saludable al estrés, aunque una elevación posterior de la ansiedad-depresión, o el mantenimiento de los niveles elevados, sería pronósticamente desfavorable.

La elección por parte de la paciente del tratamiento, dentro de ciertos límites y en función del pronóstico que el médico exponga, parece tener un efecto beneficioso sobre el ajuste psicológico. En esta fase es esencial que la paciente obtenga información y aprenda estrategias de afrontamiento al estrés para una posterior adaptación.<sup>13</sup>

Poco se sabe sobre las diferencias emocionales entre las mujeres que han sido sometidas a un tratamiento conservador respecto a las que tuvieron cirugía radical en esta fase postoperatoria inmediata.

*Fase reparadora.* La mujer debe ir adaptándose progresivamente a la nueva situación y al tratamiento. Muchas pacientes aceptan actualmente la mastectomía y se adaptan bien a la situación, pero se estresan ante la radioterapia y quimioterapia, a las que consideran no curativas y perjudiciales.

Esta es la fase en la que pueden aparecer problemas graves de desadaptación caracterizados por la

ansiedad y la depresión que modularán el dolor, el miedo, la disfunción sexual y la adherencia al tratamiento.<sup>14</sup> La aparición de estos factores psicopatológicos estará determinada por la personalidad de la paciente y básicamente por su estilo de afrontamiento al estrés.<sup>15</sup> También se ha descrito que la adaptación al estrés del cáncer depende de la situación familiar y del apoyo social con que cuente la enferma.<sup>16</sup>

Según Ray y Baum existen 3 modos fundamentales de seguimiento y conducción del tratamiento del cáncer de mama:<sup>14</sup>

1. Atención individual de todas las pacientes después del tratamiento primario. Este puede ser impartido por parte del personal especializado, ya sean médicos, enfermeras o psicólogos clínicos. En la fase postoperatoria inmediata es de gran importancia que las pacientes reciban toda la información necesaria y un aprendizaje de estrategias de afrontamiento de la ansiedad: relajación, reestructuración cognitiva y habilidades sociales.
2. Selección de las pacientes de mayor riesgo para darles una ayuda psicológica orientada al manejo del estrés mediante el entrenamiento en habilidades cognitivas y de solución de problemas.
3. Terapia de grupo para todas las pacientes, independientemente de su reacción o riesgo.

En la práctica clínica observamos diferentes reacciones psicológicas en las mujeres recién intervenidas por cáncer de mama. Quisimos evaluar mediante una herramienta de *screening* psicopatológico de validez demostrada, el General Health Questionnaire (GHQ-28),<sup>17</sup> el estado psicológico de estas pacientes en los días recientes tras la operación quirúrgica y a los 6 meses, 1 año y 5 años posteriores a la intervención.

Por otro lado, quisimos observar si existían diferencias psicopatológicas entre las pacientes sometidas a tumorectomía y las mastectomizadas en los días siguientes a la intervención quirúrgica.

Los resultados que presentamos son preliminares y pertenecen a un estudio longitudinal más amplio, que finalizará a los 5 años de la intervención.

## MATERIAL Y METODOS

La muestra evaluada hasta el momento está compuesta por 50 mujeres ingresadas sucesivamente en

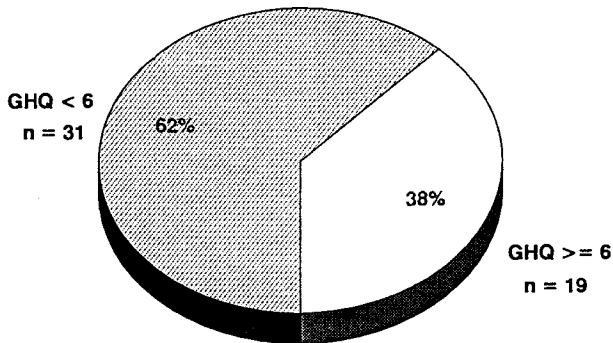


Fig. 1. Resultados GHQ (n = 50). Porcentajes.

el Instituto Dexeus de Barcelona por un diagnóstico confirmado de cáncer de mama. A 30 de estas mujeres se les realizó una mastectomía radical con linfadenectomía y a las 20 restantes una tumorectomía con linfadenectomía. Todas ellas habían sido informadas del diagnóstico e intervención que se les iba a aplicar.

Las edades están comprendidas entre los 30 y 75 años, el 90% de ellas estaban casadas o emparejadas y en su mayoría pertenecían a una clase social media-alta.

Las pacientes fueron entrevistadas por un psicólogo clínico a los 2 ó 3 días de la intervención quirúrgica. Durante la entrevista se realizó una evaluación psicopatológica mediante la administración del GHQ en su versión de 28 ítems. El cuestionario está compuesto por 4 escalas mediante las que se evalúan: a)

síntomas somáticos; b) grado de ansiedad e insomnio; c) capacidad en la realización de las actividades cotidianas, y d) depresión e ideación autolítica. Las respuestas al cuestionario se refieren al último mes transcurrido, incluida la semana de la intervención.

Se realizó estudio estadístico con el objetivo de determinar el índice psicopatológico, tomando como punto de corte de la población general la puntuación 6/7, teniendo en cuenta los resultados de otros estudios.<sup>17, 18</sup>

## RESULTADOS

Observamos en las figuras 1 y 2 que 19 mujeres del total de la muestra (38%) presentaron psicopatología significativa. El 37% de éstas tuvieron una puntuación entre 6 y 7, que podríamos considerar como psicopatología moderada, pero el 63% restante obtuvo puntuaciones superiores a 8, indicadoras de psicopatología moderada-grave (fig. 3).

La puntuación media en el GHQ de toda la muestra (n = 50) fue de  $\bar{x} = 5,14$  y la media de la muestra que presentaba psicopatología (n = 19) fue de  $\bar{x} = 9,52$  (fig. 4).

Los resultados del estudio estadístico por escalas indican que donde más cantidad de mujeres puntuaron fue en la escala de ansiedad (n = 37), es decir, el 74% de la muestra (fig. 5), obteniendo una puntuación media de  $\bar{x} = 3,37$  (fig. 6).

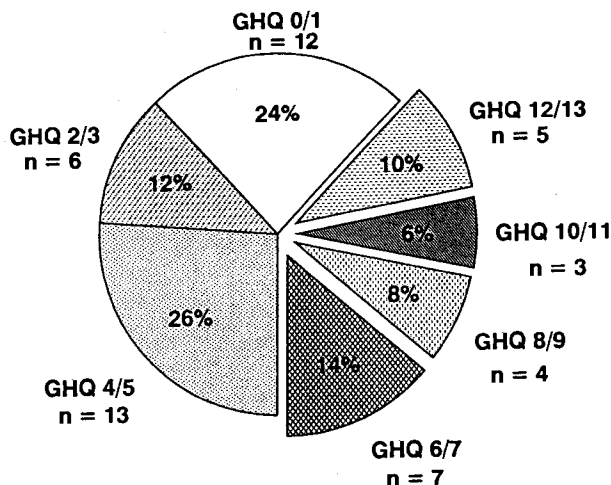


Fig. 2. Resultados GHQ (n = 50). Puntuaciones y porcentajes.

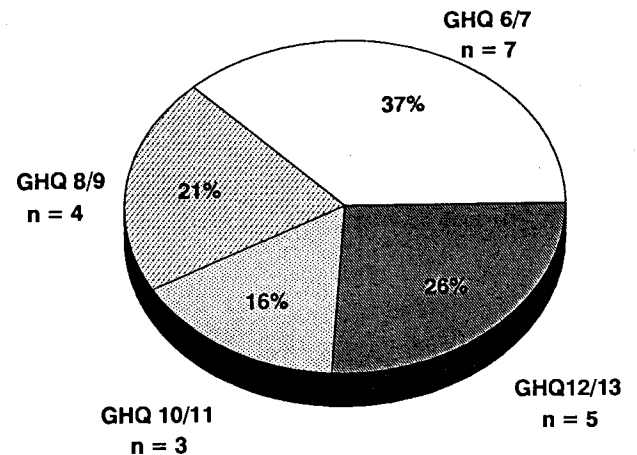


Fig. 3. Resultados GHQ en pacientes con psicopatología (n = 19). Porcentajes.

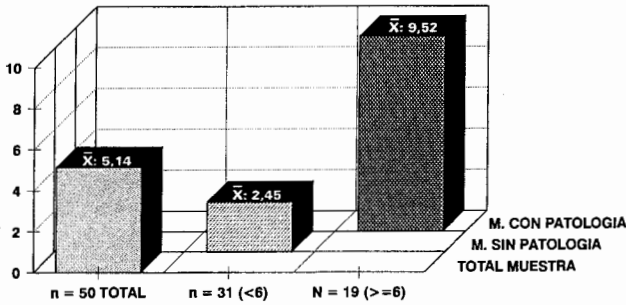


Fig. 4. Resultados GHQ (n = 50). Puntuaciones medias.

La escala de depresión es aquella en la que menos mujeres puntuaron; no obstante, la puntuación media fue mayor que en las escalas de actividad y síntomas somáticos.

En la figura 7 podemos observar que del total de puntuaciones en el GHQ el 49% de las puntuaciones corresponde a las escalas de ansiedad, distribuyéndose el resto de puntos entre las otras 3 escalas sin diferencias significativas.

Al comparar el grupo de mujeres mastectomizadas (n = 30) con el de tumorectomizadas (n = 20) observamos que la cantidad de mujeres que puntuaron por encima del punto de corte<sup>6</sup> fue similar en ambos grupos (37 y 40%) (fig. 8). No se hallaron diferencias significativas entre las puntuaciones medias de ambos grupos (figs. 9 y 10), aunque fue algo superior en las mujeres mastectomizadas, tanto en la escala de ansiedad como en la de síntomas somáticos y la de depresión, no siendo así en la escala de actividad cotidiana (fig. 11).

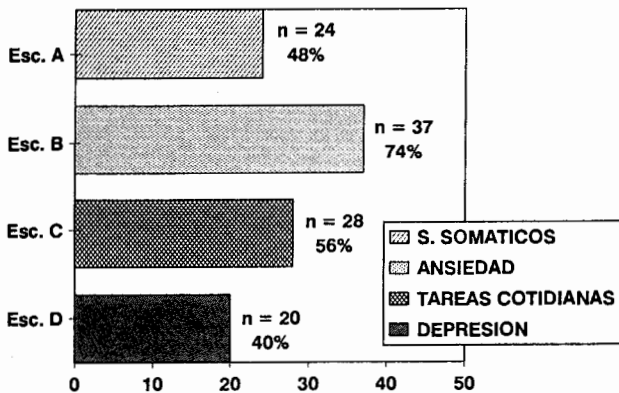


Fig. 5. Resultados GHQ (n = 50). Frecuencias y porcentajes por escalas.

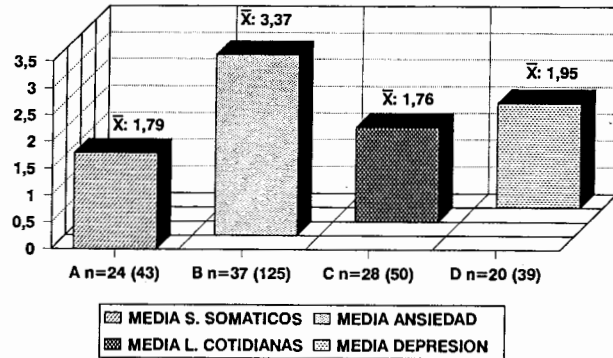


Fig. 6. Resultados GHQ. Puntuaciones medias por escalas.

## DISCUSION

Las pacientes entrevistadas manifiestan tener pocos síntomas de depresión, lo cual nos confirma la observación de otros estudios en los que se relata una euforia reactiva tras haber sido intervenidas de cáncer de mama.<sup>1</sup> Las reacciones depresivas acostumbran a aparecer más tarde cuando la mujer ya se encuentra en su casa y debe reiniciar las actividades cotidianas, así como en aquellos casos en los que se prescribe un tratamiento a base de quimio o radioterapia.

Por otro lado, no encontramos diferencias significativas entre las pacientes mastectomizadas y las tumorectomizadas.

Aunque el número de los grupos es pequeño y diferente, no podemos concluir que haya diferencias, pero sí que observamos una tendencia a referir mayor ansiedad entre las mujeres que fueron mastectomizadas.

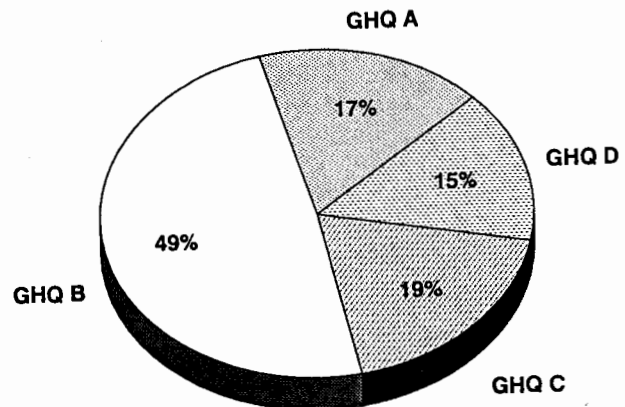


Fig. 7. Resultados GHQ (n = 50). Distribución de puntuaciones por escalas.

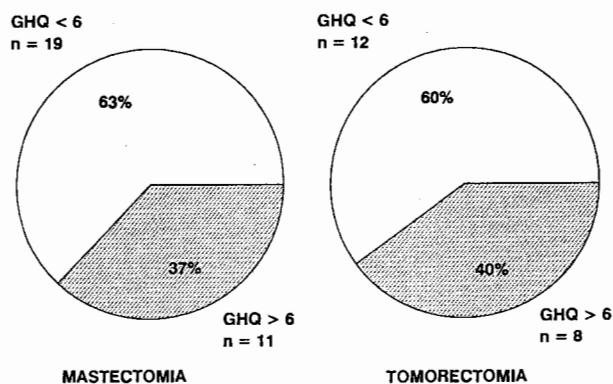


Fig. 8. Resultados GHQ. Puntuaciones y porcentajes (mastectomía-tumorectomía).

Probablemente la escala de actividades cotidianas no sea una escala muy precisa en la evaluación del estado de estas pacientes en el momento en que fueron evaluadas, ya que se les pregunta por sus tareas diarias, las cuales, indudablemente, han disminuido o han variado en los días anteriores a la intervención y durante el ingreso. Será interesante conocer qué diferencias encontramos entre los 2 grupos en las diferentes escalas al cabo de los 6 meses, el año o los 5 años de haber sido intervenidas.

A pesar de no haber finalizado el estudio y de que se debe ampliar la muestra, podemos decir que un porcentaje muy elevado del total de mujeres intervenidas quirúrgicamente de cáncer de mama referían síntomas de ansiedad significativos. Estos resultados se asemejan a los de otros estudios en los que se hallaron síntomas de ansiedad significativos en las semanas siguientes a la intervención quirúrgica.<sup>19</sup>

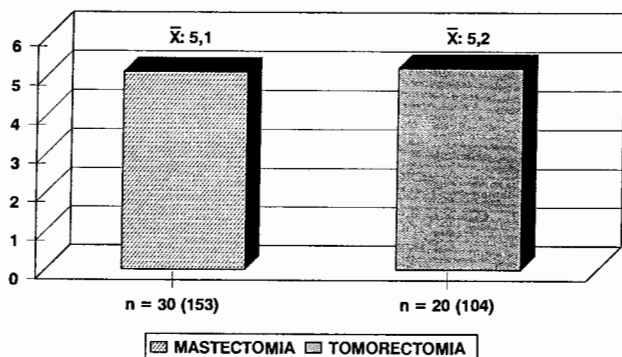


Fig. 9. Resultados GHQ. Puntuaciones medias en mastectomía y tumorectomía.

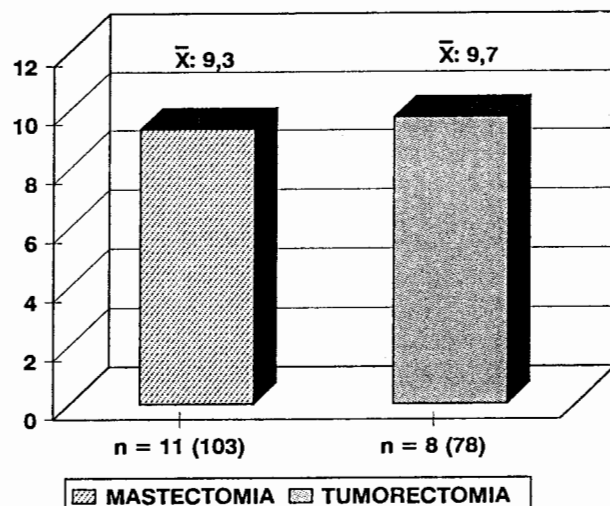


Fig. 10. Puntuaciones medias en patología (mastectomía-tumorectomía).

La ansiedad interferirá con la capacidad de aprendizaje de la paciente; por tanto, tendrá más dificultad para atender a la información por parte del profesional médico. De igual forma una ansiedad elevada puede hacer que la paciente sienta mayor temor a la radioterapia o quimioterapia pautada por su médico y que, por tanto, haya menor adherencia al tratamiento. También el dolor está mediatizado por la ansiedad, las pacientes refieren mayor grado de dolor subjetivo cuando poseen niveles elevados de ansiedad.<sup>18</sup> Al igual que otros autores, creemos necesaria la enseñanza de estrategias de afrontamiento de la ansiedad a las pacientes con cáncer de mama por igual que a otros pacientes oncológicos, antes de ser intervenidas si es posible, o tras la intervención quirúrgica, sea del tipo que sea.<sup>20</sup>

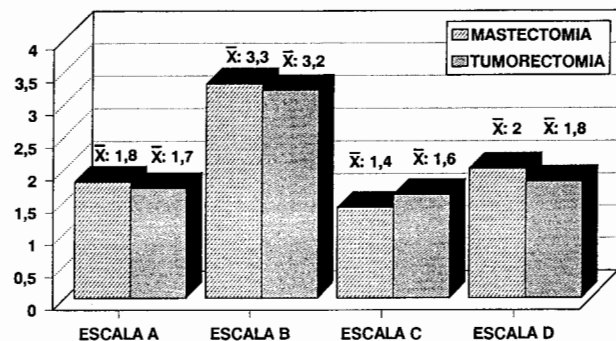


Fig. 11. Resultados GHQ. Medias por escalas en tumorectomía y mastectomía.

## RESUMEN

Cincuenta mujeres con patología mamaria maligna, intervenidas de mastectomía o tumorectomía más linfadenectomía, fueron evaluadas mediante el cuestionario de morbilidad psicológica General Health Questionnaire (GHQ-28) por un psicólogo 2 ó 3 días después de la intervención. Un tercio de la muestra presentó patología psicológica significativa, el 30% de ésta presentaba psicopatología leve o moderada y el resto presentó un nivel psicopatológico de moderado a grave. La ansiedad fue el factor que la mayoría de pacientes refirió durante la evaluación, interfiriendo ésta en sus actividades cotidianas. Se concluye que tras la intervención quirúrgica estas pacientes presentaban ansiedad elevada y puntúan poco en las escalas de depresión. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia que la intervención psicológica tendrá en el planteamiento del tratamiento posterior, pues la ansiedad repercutirá en las estrategias de afrontamiento y en la adherencia a las normas terapéuticas.

## REFERENCIAS

1. Watson M, Greer S, Joung J, Inayat Q, Burgess C, Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAL scale. *Psychol Med* 1988; 18: 203-209.
2. Andersen BL, Jochimsen PL. Research design and strategy for studying psychological adjustment to cancer: Reply to Thomas. *J Consult & Clinical Psychology* 1987; 55 (1): 122-134.
3. Feinstein AD. Psychological interventions in the treatment of cancer. *Clin Psychol Rew* 1983; 3: 1-14.
4. Coll FJ, de las Heras M, Navarrete A. Repercusiones psíquicas del cáncer de mama. Efectos psíquicos de la mastectomía. *Psiquis*, 1991; 372: 12.
5. Fallowfield LJ. Counselling for patients with cancer. *Brit Med J* 1988; 297: 727-728.
6. Salvatierra V. Repercusiones psicológicas del cáncer de mama. *Cuad Med Psicopatología* 1995; 33: 21.
7. Renneker A, Cutler M. Psychological problems of adjustment to cancer of the breast. *JAMA* 1952; 148: 833-838.
8. Gillenskold K. Psicología de la amputación de la mama. En: Strömbeck JD, Rosato FE, editores. *Cirugía de la mama*. Barcelona: Salvat, 1990: 177-182.
9. Margaret S, Wellisch DK, Schain WS. Psychosocial outcome in a randomized surgical trial for treatment of primary breast cancer. *Cancer* 1988; 62: 1231-1237.
10. Rosser JE. The interpretation of women's experience: A critical appraisal of literature on breast cancer. *Soc Sci Med* 1982; 15E: 257-265.
11. Worden JW, Weissman AD. The fallacy in postmastectomy depression. *Am J Med & Sci* 1977; 273: 169-175.
12. Bard M, Stutherland AM. Psychosocial impact of cancer and its treatment. IV. Adaptation to radical mastectomy. *Cancer* 1955; 8: 656-672.
13. Shakin E, Rowland J, Holland J. Psychosocial aspects of breast cancer: One nation's approach to an international problem. En: Hoogstraten B, Burn I, Bloom HJG, editores. *Breast cancer. Current treatment of cancer*, UICC, 1990: 89-99.
14. Ray C, Baum M. *Psychological aspects of early breast cancer*. New York: Springer, 1985.
15. Goldberg JA, Scott RN, Davidson PM et al. Psychological morbidity in the first year after breast surgery. *Eur J Surg Oncol* 1992; 18: 327-331.
16. Marshall J, Funch D. Social environment and breast cancer. A cohort analysis of patient survival. *Cancer* 1983; 48: 1546-1550.
17. Goldberg DP. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press, 1974.
18. Benito P. *Sintomatología psiquiátrica y personalidad en la distrofia simpática refleja*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona, 1989.
19. DeHaes JCJ, Van Oostrom MA, Welvaart K. The effect of radical and conservative surgery on the quality of life on early breast cancer patients. *Eur J Surg Oncol* 1986; 12: 337-342.
20. Drogatis LR, Abeloff MD, Melisaratos N. Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *JAMA* 1979; 242: 1504-1508.