

FACETAS PSICOEMOCIONALES DE LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA TRAS MASTECTOMÍA

Lic. Susana Handelsman

Si pensamos en un órgano del cuerpo de la mujer que ha trascendido ampliamente su función nos centraremos sin duda, en la mama. Lejos de focalizarse en la función nutricia, la mama, es símbolo de la feminidad, la belleza, la fecundidad, el erotismo. Su estética favorece un lugar de privilegio en múltiples obras a lo largo de la historia del arte. Pero no debemos olvidar que además, simboliza sufrimiento cuando abordamos las enfermedades que la afectan.

El tema que nos convoca, los avatares psicoemocionales de la reconstrucción mamaria luego de la mastectomía por enfermedad oncológica, podría tener un punto de partida en el tratamiento que se ha dado a lo largo de la historia humana a la afección oncológica de la mama.

El archivo más antiguo del que se tiene noticias es un Papiro encontrado en Tebas (papiro de Edwing Smith), confeccionado 1600 años a.C., en el que se registran abscesos, traumatismos, heridas infectadas y se proporcionan instrucciones en torno a tumores en las mamas. Claro que entonces los dos únicos tratamientos disponibles eran, quemar la lesión con fuego o extirparla mediante instrumentos cortantes. (Montero Ruiz, s.f.)

Estos métodos, que tuvieron vigencia por más de 2000 años, son sostenidos por la medicina de la Grecia clásica, la antigua Roma, el Medioevo y el Renacimiento. A modo de digresión, diremos que durante la Edad Media, la medicina se limitó a los monasterios surgiendo la costumbre de invocar santos para cada enfermedad. Así, fue designada Santa Águeda como patrona de las enfermedades mamarias ya que en el siglo III en Sicilia fue martirizada por oponerse a los requerimientos amorosos del gobernador Quintiliano quien la castigó arrancándole las mamas con unas tijeras de hierro; la santa ofreció a Dios en una bandeja de oro sus mamas que milagrosamente le fueron repuestas. (Montero Ruiz, s.f.)

En el siglo XVIII la técnica de amputación mamaria, va creciendo en importancia y comienza a realizarse la mastectomía radical (Jean Louis Petit [1674-1758]). Llegando al Siglo XIX se habla de una nueva época en la cirugía del cáncer de mama; aparecen trabajos en los que se diferencian procesos malignos y procesos benignos; el descubrimiento de la anestesia y la antisepsia abre nuevos rumbos en la cirugía mamaria. William Halsted

(1852-1922) presenta su técnica proponiendo extirpación en una pieza de todo el músculo incluyendo el pectoral, haciendo además, una minuciosa limpieza de la axila. (Uriburu, s.f.)

En el año 1896 Tansini en la Universidad de Padua, comunica la primera mastectomía radical con cirugía reconstructiva, utilizando un colgajo músculo-cutáneo del dorsal ancho.

Durante el siglo XX numerosas contribuciones están destinadas a perfeccionar la técnica. La técnica de Halsted fue el método primario de tratamiento de los cánceres operables por más de 80 años, agregándose nuevas terapéuticas como la Radioterapia, Quimioterapia y Hormonoterapia y métodos diagnósticos como el estudio anatomopatológico.

Tras la Primera Guerra Mundial se comienza a cuestionar la mastectomía radical en todas las pacientes como forma de tratamiento en cáncer de mama. En 1963, Cronin y Gerow realizan reconstrucción postquirúrgica utilizando silicona con ese propósito.

Siguiendo al Dr. Eduardo González, sabemos que la cirugía reconstructiva fue ocupando, a lo largo del tiempo, un lugar fundamental en la terapéutica del cáncer de mama. En sus inicios, la técnica tenía lugar en forma diferida, esto es, meses o años después de la mastectomía; para pasar con los años, a practicarse de manera inmediata.

El mismo especialista, comenta la configuración de dos períodos en el desarrollo de las técnicas de reconstrucción. Hasta 1977, dice, se utilizaban sólo los implantes para la reconstrucción mamaria incorporándose posteriormente, en 1982, los expansores tisulares y diversas técnicas con tejidos autólogos. En una segunda instancia, cobra preponderancia el perfeccionamiento estético y la disminución de morbilidad en los procedimientos.

Siendo entonces la mastectomía una opción de tratamiento quirúrgico empleada en gran cantidad de casos, asumimos que el desarrollo de técnicas de reconstrucción, hace su aporte a la recuperación psicoemocional de las pacientes en favor de una mejor calidad de vida como lo expondremos seguidamente.

La importancia asignada a la apariencia física en nuestra sociedad, transforma al cuerpo en instrumento para acceder al éxito social y laboral. Por otra parte, según lo plantea Fernández (2004), la satisfacción de cada sujeto en relación a su propio cuerpo, define el concepto e imagen que se tiene de sí mismo, así como la forma de relacionarse con el medio.

Dado que el cáncer de mama y sus tratamientos pueden alterar el aspecto físico de quien lo padece dejando cicatrices, amputaciones, deformidades, asimetrías; muchas mujeres

sometidas a mastectomía sufren gran impacto emocional a la vez que atraviesan una crisis con gran vulnerabilidad psicológica. Siguiendo a M. E. Olivares (2005), padecen alteración de la imagen corporal, sentimientos de mutilación, disminuyen su autoestima, se sienten menos femeninas y menos atractivas, reducen su actividad sexual, padecen ansiedad, depresión, indefensión, culpa, miedo a la recurrencia y al abandono.

El poder aceptar los cambios que sufre su cuerpo, integrarlos en una nueva imagen corporal y superar las limitaciones que la enfermedad conlleva, influirá sobre el ajuste emocional, el bienestar y el desempeño social. Esto nos obliga a interesarnos en la reconstrucción, que si es posible, surge como alternativa a lo que se vivencia como pérdida produciendo angustia, incertidumbre y en ocasiones, deteriorando la calidad de vida.

Ciertas consideraciones deben tenerse en cuenta a la hora de decidir la reconstrucción mamaria según lo menciona Die Trill (2003):

- La duración de la cirugía
- El número de procedimientos quirúrgicos necesarios para completar la reconstrucción
- La posibilidad de sufrir complicaciones
- Los resultados estéticos previstos
- Su costo económico

Nuestra tarea como psicooncólogos consistirá en detectar la capacidad de la paciente para afrontar este proceso que requiere algunos ingresos al quirófano, implementando los recursos que nos brinda la psicoprofilaxis quirúrgica; por otra parte tendremos que favorecer en la paciente el desarrollo de un pensamiento realista en relación a los resultados del proceso. En ocasiones las expectativas son elevadas al punto de suponer la recuperación de un cuerpo idéntico al anterior o mejor, colaboraremos en la comprensión y aceptación del resultado estético. La conformidad con los resultados favorecerá la inserción psicosocial además de beneficiar la adherencia al tratamiento y al seguimiento médico. En este orden de cosas, un estudio realizado en México sobre 30 mujeres que decidieron realizar reconstrucción luego de una mastectomía, concluyó que disminuyeron la depresión y angustia que presentaban previamente y la mejoría de su estado emocional se relacionó con mayor apego al tratamiento y a su recuperación. (Morales de Olivera y otros, 2010)

Ahora bien, ¿qué motiva a las pacientes a realizar o no una cirugía reparadora?

Las principales razones que motivan a una mujer a optar por esta cirugía, al decir de Olivares (2007) y Edström et al (2005), son:

- Cuestiones relacionadas con la imagen corporal, entre ellas: no estar mutilada, rescatar la femineidad, sentirse anímicamente mejor, no tener evidencia permanente de haber padecido cáncer
- No necesitar utilizar prótesis externas, favoreciendo el uso de algunas prendas de vestir.
- La recomendación de sus cirujanos.

Menor influencia tienen los factores relacionados con la pareja y la actividad sexual. (Edström et al, 2005)

¿Qué razones llevan a las mujeres a no aceptar la opción reparadora?

- No ser esencial para el bienestar físico y/o emocional.
- Carecer de información sobre el procedimiento.
- Rechazar la prótesis como antinatural.
- Temor al implante de silicona.
- No se les ofreció la opción.
- Considerarlo un tema banal o pensarse muy mayor para la esa cirugía.
- Necesidad de intervención sobre la mama sana.
- Miedo al dolor asociado al procedimiento.

Con el objeto de colaborar con sus pacientes en la decisión de realizar o no la cirugía de reconstrucción, algunos autores sugieren:

- Aportar información individualizada y comprensible
- Comunicar las posibles consecuencias físicas y psicológicas de la mastectomía y la reconstrucción
- Permitir el tiempo propio de cada paciente para tomar la decisión sobre su operación, escuchar y aclarar dudas que al paciente se le presenten
- Aportar material fotográfico de diferentes procedimientos en mujeres de variadas edades. (Edstöm et al, 2005)

Aquellas mujeres que optaron por una cirugía de reconstrucción suelen presentar elevadas esperanzas en relación a los resultados. En tanto las expectativas depositadas en el proceso no se cumplan, nos veremos frente a una alta posibilidad de peor ajuste psicosocial tras el procedimiento, acompañado de sintomatología propia del distress.

La satisfacción de las pacientes tras el proceso, presentó mejores resultados en los casos de abordaje multidisciplinar que permitió expectativas más realistas y la posibilidad de elaboración psicológica de los resultados.

Por último, en lo referente al momento de realizarla, la reconstrucción mamaria como mencionamos al comienzo, puede ser inmediata o diferida a la mastectomía; existen controversias en cuanto al mayor beneficio psicoemocional que brinda una u otra modalidad.

Hay quienes afirman que la reconstrucción inmediata beneficia la recuperación psicológica de las pacientes sin generar mayores complicaciones; aseveran además que se ve afectada en menor medida la feminidad y autoestima, y se produce menor deterioro a nivel de la imagen corporal

Por otro lado, quienes abogan por la reconstrucción diferida lo hacen considerando que la reconstrucción inmediata expone a un mayor distress psicológico y mayor presión social pues hay poco tiempo entre la asimilación del diagnóstico y el momento de decidir qué tipo de cirugía reparadora se aceptará.

Desde el punto de vista psicológico, en tanto no haya definida indicación médica en cuanto a una modalidad de reconstrucción, trataremos de escuchar en el discurso de la paciente, aquello que para ella es lo conveniente, aceptable, tolerable. De ahí en más procuraremos favorecer su adaptación a los cambios, potenciando sus estrategias de afrontamiento, clarificando alternativas y recursos disponibles para alcanzar resultados que la beneficien psicoemocionalmente aportando a su mejor calidad de vida.

Bibliografía

- Die Trill, M y Die Goyanes, A (2003). 10 - El cáncer de mama. En: Die Trill (comp.) *Psicooncología*. Madrid: Ades Ediciones. pp. 165-181
- Edström, E., Brandberg, Y., Björklund, T., Rylander, R., Lagergren, J., Burell, G., Wickman, M., Sandelin, K. (2005). Quality of life and patient satisfaction in breast reconstruction: a prospective study. *The Breast* (14), pp. 201-208
- Fernández, A. I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Revista Psicooncología*. Vol. 1, Núm. 2-3, pp. 169-180
- González, E. (2003). *Rol de la Reconstrucción mamaria en el tratamiento actual del cáncer de mama*. Recuperado de: <http://www.opcionesginecol.obstet,bases.bireme.br>
- Montero Ruiz, J. (s.f.). Historia del tratamiento del cáncer de mama. Recuperado el 8/3/2012 de: <http://www.uninet.edu>
- Morales de Olivera, J.M., Rodríguez Segura, A., Sosa Jurado, F., Ruiz Eng, R. (2010). Determinación del impacto psicológico de la reconstrucción mamaria inmediata en pacientes postmastectomía por cáncer de mama. En: *Cirugía Plástica*. Vol. 20 N° 2, pp. 73-77
- Olivares, M. E. (2007). Cirugía Mamaria: Aspectos psicológicos. *Revista Psicooncología*. Vol. 4, Num. 2-3, pp.447-464
- Uriburu, J. (h) (s.f.). Historia de la Cirugía mamaria. Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados Hospital Rawson. *La Prensa Médica Argentina*. (30), pp. 1725-1729