

DESPUÉS DE LA MASTECTOMÍA: LA CALIDAD DE VIDA

ARGELIA MELET

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA, HOSPITAL ONCOLÓGICO PADRE MACHADO, CARACAS, VENEZUELA

Constantemente acudimos al concepto de “Calidad de Vida” cuando abordamos el complejo proceso que viven los pacientes aquejados por enfermedades crónicas, las cuales implican cierto nivel de discapacidad en algunas áreas de su existencia. Sin embargo, no es fácil comprender algo aparentemente tan simple como la calidad de vida, pues muchas veces no tenemos claro a qué exactamente nos referimos.

A lo largo de este artículo, trataremos de poner en claro el concepto y sus dimensiones, así como examinaremos ciertas interrogantes sobre el tema, de importancia crucial en las pacientes mastectomizadas.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el concepto de calidad de vida es algo muy amplio, que está “influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales del entorno”⁽¹⁾. Se

diferencia del término “nivel de vida”, que tiende a ser un concepto más social, y traduce aspectos como educación, condiciones de vivienda, ingresos individuales, derechos humanos, etc.

En cambio, la calidad de vida tiene su máxima expresión en lo que se refiere a la salud, entendida como el bienestar bio-psico-social de la persona. Esta definición es bien conocida en el ambiente médico, por lo que no es menester extendernos en explicaciones sobre ella. Menos conocidas son las dimensiones que integra la idea de calidad de vida, que precisamos a continuación:

1. Es un concepto subjetivo, propio de cada persona y relacionado con la felicidad individual (“¿Por qué soy feliz? Porque tengo calidad de vida. ¿Por qué tengo calidad de vida? Porque soy feliz”).
2. Es universal, porque es un valor común a todas las culturas.
3. Es holístico, porque visualiza al ser humano como un todo, de acuerdo al modelo bio-psico-social.
4. Es dinámico, porque puede cambiar en períodos cortos de tiempo: a veces somos más felices, otras lo somos menos.
5. Es interdependiente, pues los aspectos físicos, psicológicos y sociales interactúan entre sí y se influyen mutuamente. Por ejemplo, si estamos enfermos, nos sentimos

Recibido: 18/01/2005 Revisado: 25/01/2005

Aceptado para Publicación: 10/02/2005

Correspondencia: Dra. Argelia Melet
Servicio de Psiquiatría, Hospital Oncológico “Padre Machado”, Av. Alejandro Calvo Lairet, Urb. El Cementerio, Caracas, Venezuela
E mail: argeliamm@cantv.net

psicológicamente mal y a la inversa. Igual sucede con nuestras relaciones o roles en la vida. Si estos se alteran, ello repercutirá en nuestro bienestar emocional ⁽¹⁾.

Asegurar una buena calidad de vida desde el diagnóstico.

Es bien conocido el impacto que el diagnóstico de cáncer de mama produce en una mujer. Por ello, ese primer contacto es ya, de por sí, un aspecto que influirá en la visión que la paciente tiene de su futuro. Es muy importante ofrecer información y ayudar a tomar la mejor decisión de tratamiento en su caso particular. En este sentido, generalmente es el cirujano quien debe aportarla, diseñando un cuadro realista, pero esperanzador. Son innumerables los casos de mujeres que se sintieron marcadas negativamente por una actitud sentida como "brutal" por parte del médico. Esas huellas permanecen por largo tiempo en su psiquis, y muy probablemente influirán en su respuesta a los tratamientos.

Por esa razón, citaremos los cuatro tipos de reacciones femeninas que Rowland y Holland ⁽²⁾ describieron frente al diagnóstico:

1. Tipo I: La mujer que pide al médico que decida por ella: usualmente es una persona mayor, que está acostumbrada a aceptar autoridad. Espera que el doctor asuma la decisión y podría interpretar la falta de recomendaciones como un enfoque inadecuado.
2. Tipo II: La mujer que exige cierto tipo de procedimiento. Puede ser una joven, que ha consultado en diversas partes y ya ha tomado su decisión. Esta paciente debe tratarse como una participante activa en la decisión y puede requerir información médica detallada, incluyendo estudios científicos.
3. Tipo III: La que no puede decidir: Se siente amenazada por el diagnóstico y puede necesitar ayuda psiquiátrica o psicológica

para ayudarla a manejar sus temores y su toma de decisión.

4. Tipo IV: La mujer que expresa: " Dadas las opciones, sus recomendaciones y mis preferencias, yo escojo...". Es la respuesta de una paciente madura que, aunque ansiosa, es capaz de interactuar con el médico para llegar a una decisión bien pensada. En este caso, la presentación de información, apoyada en publicaciones y discusiones, conduce a una decisión.

En mi opinión, la paciente que resulta más incómoda para el médico es la del tipo II, porque de cierta manera desafía la omnisapiencia y omnipotencia del doctor, pudiendo despertar actitudes de contratransferencia en él (sentirse cuestionado, y por tanto experimentar cierto rechazo por la paciente) Esto debe ser hecho consciente por el médico, para evitar tratos poco gentiles hacia ella.

En cualquiera de los casos citados, la relación médico/paciente será la regla de oro para llegar a una decisión satisfactoria para la mujer y por tanto, para su calidad de vida a futuro. Y ello implica la participación de un equipo integrado y bien compenetrado entre ellos y la paciente (cirujano, oncólogo, radioterapeuta, cirujano reconstructivo y psiquiatra-psicólogo).

Después de los tratamientos: la calidad de vida.

En un artículo de Bobin y col. ⁽³⁾, cuyo objetivo es discutir la pertinencia de hablarles de "curación" a las mujeres con cáncer de seno, se revisan los variados efectos que producen los tratamientos sobre la calidad de vida de las pacientes. Aquí sólo examinaremos tres de los tratados en el artículo: la imagen corporal, la sexualidad y las alteraciones en la cognición.

La imagen corporal.

Indudablemente, mientras más mutilante sea

la cirugía, mayores serán las alteraciones emocionales, pero a largo plazo la mayoría de las mujeres se adapta al cambio de su imagen corporal.

En cuanto a la reconstrucción inmediata, que ha sido postulada como una técnica que permite evitar el trauma psíquico de la mastectomía, las evidencias parecen ser controversiales, y puede ser que se interprete como una suerte de “premio de consolación” a cambio de aceptar la mutilación, en una mujer angustiada por el diagnóstico de un cáncer que ella quiere ver desaparecer lo antes posible. En ese momento, la mujer puede no entender lo que le dice el cirujano, lo que explicaría los fracasos psicológicos a largo plazo de algunas reconstrucciones. Asimismo, se han reportado ⁽⁴⁾ mayores alteraciones del humor y menor bienestar en mujeres sometidas a reconstrucción, en un estudio comparativo entre pacientes que sufrieron cirugía conservadora, mastectomía sola, y mastectomía con reconstrucción. Estas diferencias permanecieron 18 meses después de la cirugía.

Parece ser, por el contrario, que la reconstrucción diferida es vivida en un contexto psicológico diferente, muy positivo, porque es la mujer quien decide por sí misma, después de haber hecho el duelo por su seno. En estos casos, más del 80 % de las mujeres se sienten felices del resultado, con una buena integración de su esquema corporal ⁽⁵⁻¹¹⁾. No se trata, por supuesto, de condenar la reconstrucción inmediata, pues, de hecho, muchas mujeres la piden, pero podría concluirse que las motivaciones de la mujer y el estado psicológico en el momento de decidir la reconstrucción, deben tomarse seriamente en cuenta, si se quiere evitar un problema emocional, tal vez grave, aún con buenos resultados estéticos. En otras palabras, la reconstrucción del seno no necesariamente reconstruye la autoestima. De allí que las pacientes que eligen hacérsela, deberían tener una preparación psicológica previa.

Sexualidad y calidad de vida.

Para una gran cantidad de mujeres, los tratamientos de quimioterapia apagan el deseo sexual, y su preocupación consiste en la obvia alteración de las relaciones de pareja. En otros casos, es la alteración de la imagen corporal lo que bloquea la intimidad: además de la pérdida del cabello, se vive el drama de ese espacio vacío. La mujer no quiere ser vista o tocada por su compañero, porque se siente disminuida ante él. Es bien conocida la resistencia a ese primer contacto con el espejo, que refleja con elocuencia una realidad que se rechaza. Al parecer, la reconstrucción no mejora grandemente estos bloqueos psicológicos en muchos casos, porque es el diagnóstico de cáncer el que altera las relaciones en parejas que no se complementaban adecuadamente. El compañero puede sentir temor al “contagio”, a tocar el seno tratado, o incluso a mirarlo. Estas disfunciones sexuales pueden terminar en la separación en un 20 % de los casos ^(12,13).

No cabe duda de que el papel del compañero es muy importante. El será un agente decisivo en el proceso de superación del trauma psíquico de la mujer. Lamentablemente, en mi experiencia, no siempre será suficiente su comprensión y estímulo, porque en algunas pacientes la herida narcisista es difícil de superar, aún con reconstrucción. En estos casos es imprescindible la ayuda especializada. Debe tenerse en cuenta, además, el impacto físico de una menopausia violenta (sequedad vaginal, grados diversos de incontinencia urinaria), que pueden vivirse como una especie de “envejecimiento” inesperado, con la consecuente sensación de pérdida del atractivo sexual.

Alteraciones cognoscitivas y calidad de vida.

Las disfunciones en el área cognoscitiva en mujeres que han sido sometidas a quimioterapia son ciertas, pero poco conocidas. Sabemos, por

información directa de las pacientes, que ellas refieren problemas de memoria, de la capacidad de concentración y del nivel de atención. Se han realizado pocos estudios sobre este particular ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Pero todos coinciden en constatar alteraciones en estos aspectos, además de observar que las disfunciones son mayores en pacientes que reciben quimioterapia por largo tiempo o a dosis elevadas. Se observa asimismo una importante tasa de depresión en los grupos que reciben quimioterapia a dosis altas. Esta alteración de las funciones cognitivas es independiente del grado de depresión y de fatiga, y es difícil precisar su evolución en el tiempo. El impacto real de estas alteraciones varía según el trabajo, y puede ser importante para ciertas categorías socioprofesionales, pudiendo llegar

al abandono de proyectos o cambio de carreras.

Al margen de estas observaciones, hay que recalcar que el retomar la actividad (profesional o laboral) lo antes posible, es con seguridad uno de los medios más eficaces para la reintegración a la vida social normal, lo que redundaría en beneficio de una buena calidad de vida.

Podemos concluir señalando que hoy en día conocemos mejor los problemas que afectan a las mujeres que sobreviven al cáncer de mama. Las respuestas de adaptación son individuales. Pero el apoyo, que incluye a los médicos tratantes, el personal médico y los familiares, sigue siendo decisivo en el objetivo de asegurar la felicidad personal, como síntesis de la calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Calidad de vida. Enciclopedia Libre Universal en español. Disponible en: http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida
2. Rowland JH, Holland JC. Psychological reactions to breast cancer and its treatments. En: Harris JR, Hellman S, Henderson IC, Kinne DW, editores. *Breast Diseases*. 2ª edición. Filadelfia: JB Lippincott; 1991.p.849-866.
3. Bobin JY, Guiochet N, Saez S. Guérie d'un cancer du sein. *Bull Cancer*. 2002;89(6):579-587
4. Nissen MJ, Swenson KK, Ritz LJ, Farrell JB, Sladek ML, Lally RM. Quality of life after breast carcinoma surgery: A comparison of three surgical procedures. *Cancer*. 2001;91(7):1238-1246.
5. Gilboa D, Borenstein A, Floro S, Shafir R, Falach H, Tsur H. Emotional and psychosocial adjustment of women to breast reconstruction and detection of subgroups at risk for psychological morbidity. *Ann Plast Surg*. 1990;25(5):397-401.
6. Stevens LA, McGrath MH, Druss RG, Kister SJ, Gump FE, Forde KA. The psychological impact of immediate breast reconstruction for women with early breast cancer. *Plast Reconstr Surg*. 1984;73(4):619-622.
7. Handel N, Silverstein MJ, Waisman E, Waisman JR. Reasons why mastectomy patients do not have breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 1990;86(6):1118-1122.
8. Kroll SS, Ames F, Singletary SE, Schusterman MA. The oncologic risks of skin preservation at mastectomy when combined with immediate reconstruction of the breast. *Surg Gynecol Obstet*. 1991;172(1):17-20.
9. Pusic A, Thompson TA, Kerrigan CL, Sargeant R, Slezak S, Chang BW, et al. Surgical options for the early-stage breast cancer: Factors associated with patient choice and postoperative quality of life. *Plast Reconstr Surg*. 1999;104(5):1325-1333.

10. Bricout N. Que dire a une femme qui souhaite une reconstruction apres mastectomie? L'avis du plasticien. *Oncologie*. 2001;2:21-32.
11. Bricout N. Reconstruction mammaire: Immediate ou difereé?. *Le sein* 2000;10:141-146.
12. Dorval M, Maunsell E, Taylor-Brown J, Kilpatrick M. Marital stability after breast cancer. *J Natl Cancer Inst*. 1999;91(1):54-59.
13. Ganz PA, Desmond KA, Belin TR, Meyerowitz BE, Rowland JH. Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol*. 1999;17(8):2371-2380.
14. Wieneke MH, Dienst ER. Neuropsychological assesment of cognitive functionary following chemotherapy for breast cancer. *Psycho Oncol*. 1995;4:61-66.
15. Schagen SB, van Dam FS, Muller MJ, Boogerd W, Lindeboom J, Bruning PF. Cognitive deficits after postoperative adjuvant chemotherapy for breast carcinoma. *Cancer*. 1999;85(3):640-650.
16. Brezden CB, Phillips KA, Abdoell M, Bunston T, Tannock IF. Cognitive function in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *J Clin Oncol*. 2000;18(14):2695-2701.