

Creencias y opiniones acerca del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama

Beliefs and opinions about breast cancer surgical treatment

*Carmen Regina Victoria García-Viniegras, Maritza González Blanco,
Felicia Miriam González Llana, Hugo Alexis Cantero Ronquillo,
Armando Seuc Jo, María del Carmen Llantá Abreu y María Josefa Cintero¹*

RESUMEN

El presente estudio pretendió identificar los elementos psicológicos que pueden contribuir a explicar la causa de que muchas mujeres con cáncer de mama aún sean sometidas a mastectomías, siendo un hecho que la evidencia científica apunta cada día más hacia la elección de cirugías conservadoras. Se analizan las preferencias de las enfermas, así como la percepción de las consecuencias de este tipo de intervenciones. Se entrevistó a 459 mujeres, 180 de las cuales eran pacientes con cáncer de mama intervenidas quirúrgicamente y 135 recién diagnosticadas, atendidas en algunos hospitales clínico-quirúrgicos. Además, se estudió a 144 jóvenes sanas. Se discuten los resultados a la luz de la importancia de los factores ajenos a la evidencia científica, que en muchas ocasiones pueden determinar la elección de un camino terapéutico u otro. Se recomienda que el personal de salud asuma con toda responsabilidad la tarea de educar a la población, en especial a la femenina, con el fin de borrar la imagen social de que el tratamiento quirúrgico radical es prácticamente la única o la mejor alternativa de tratamiento de esta enfermedad.

Palabras clave: Creencias, opiniones y actitudes; Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama; Mastectomía.

ABSTRACT

The present study tries to identify psychological factors which contribute to explain why many women with breast cancer still undergo mastectomy. However, scientific evidence show that it is not the only valid treatment. Women preferences and their perceptions of surgical interventions consequences are analyzed. 459 women were interviewed, 180 were surgical cases and 135 new cases of breast cancer. Also, 144 young healthy women were surveyed. Results are discussed in light of importance of factors not related to scientific evidence. It is recommended to perform educational programs to women, as well as postgraduate courses to physicians, who must face breast cancer treatment in order to eliminate the social image of mastectomy as the best option or as the single choice to cope with this disease.

Key words: Beliefs, opinions, and attitudes; Breast cancer; Surgical treatment; Mastectomy.

¹ Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad Miguel Enríquez, Ramón Pintó 202, Municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba, tel. 5376-91-24-14, correo electrónico: crvictor@infomed.sld.cu. Artículo recibido el 1 de septiembre de 2008 y aceptado el 23 de febrero de 2009.

INTRODUCCIÓN

La psicología de la salud reconoce que el comportamiento saludable contiene un grupo de atributos de naturaleza cognitiva, tales como creencias, expectativas, motivaciones, valores y percepciones, así como elementos afectivos y características de personalidad, que se expresan en estados emocionales y afectivos, otros rasgos y patrones de comportamiento externo, es decir, acciones y hábitos relacionados con el incremento, mantenimiento y restauración de la salud (Díaz-Llánez, 2005). En el caso del hombre enfermo, estas creencias, emociones y patrones influyen en su comportamiento ante la enfermedad, en cómo asume el rol de enfermo, en qué medida se involucra en el control de la enfermedad y en las decisiones terapéuticas que el personal de atención sanitaria le plantea. Tal es el caso de los pacientes que deben ser sometidos a una intervención quirúrgica, decisión en la que interviene no sólo la capacitación científico-técnica del equipo médico, sino también lo que el paciente conoce y espera del tratamiento a emplear. En ocasiones, los avances diagnósticos o terapéuticos en el campo de la medicina no son del todo aceptados por la población objetivo, pues están condicionados por determinadas creencias u opiniones que se construyen sobre la base de un conjunto de influencias culturales y, en particular, por la influencia educativa del propio sistema de salud de una zona o país.

Hace ya muchos años que se ha cambiado la concepción de que el tratamiento quirúrgico radical es prácticamente la única o la mejor alternativa de tratamiento del cáncer de mama. Los avances en cuanto al conocimiento de las características biológicas de este tipo de cáncer y el incremento en la detección de cánceres tempranos mediante el análisis mamográfico a poblaciones de riesgo, o a la población general femenina, han permitido dichos cambios en las conductas terapéuticas. Así, ocupan hoy la atención de los especialistas la cirugía conservadora de mama, el concepto de "ganglio centinela" y el papel de la mastectomía conservadora de piel con reconstrucción inmediata. A favor de la cirugía conservadora, se tiene hoy el conocimiento de la biología del cáncer de mama, que es la que dicta los principios para su manejo quirúrgico.

La cirugía del cáncer de mama ha seguido una clara evolución hacia una menor agresividad, y actualmente es posible una cirugía conservadora en la mayoría de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en los países occidentales. Los inicios de esta posición conservadora surgen en 1936, cuando Patey (1936/1967) describe la mastectomía radical modificada (MRM). Posteriores investigaciones han continuado demostrando la conveniencia de la MRM como alternativa a la mastectomía radical en el carcinoma de mama en estadios I y II (Madden, Kandalaft y Bourque, 1972; Patey, 1936/1967; Wangenstein, 1950).

A partir de 1973, con los estudios de Veronessi y su equipo, se demostraron las bondades de abordajes menos invasivos en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama (Veronessi, Sacozzi y Del Vecchio, 1981; Veronessi, Luini y Del Vecchio, 1993; Veronessi, Cascinelli, Mariani y cols., 2002). Mediante sólidos estudios, la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) ha demostrado también las bondades de la cirugía conservadora (cfr. Van Dongen, Bartelink y Fentiman, 1992).

El estudio más importante que establece la comparación entre la cirugía conservadora y la radical comenzó en los Estados Unidos en 1976 por el National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABBP-B06), encabezado por el doctor Bernard Fisher, el cual en aquel momento cambió el paradigma del concepto de diseminación del cáncer de mama y vuelve a lo ya expresado por Galeno siglos atrás: que el cáncer de mama es una enfermedad sistémica desde su inicio y que la cirugía desempeña un papel en el control local de la enfermedad limitado al nivel sistémico (Fisher, Anderson, Bryant y cols., 2002). Se ha pasado así de tener que justificar, hace unos pocos años, un tratamiento conservador, a justificar hoy la propia mastectomía.

Hace más de una década quedó establecido que el tratamiento conservador de la mama es un método apropiado para pacientes con cáncer de mama en estadio I, y en algunos casos en estadio II, y que es preferible porque, conservando la mama, proporciona además una supervivencia equivalente a la mastectomía. Sin embargo, la repercusión de tales recomendaciones ha sido siempre menor a la esperada.

La evidencia es clara: la mastectomía radical es equivalente a la cirugía conservadora de mama, o sea, la tumorectomía, con márgenes libres de al menos un centímetro del tumor más radioterapia. Las contraindicaciones para la cirugía conservadora son evidentes: tumores multicéntricos, imposibilidad para recibir radioterapia por embarazo o por haber recibido radioterapia previamente en el área, o bien una relación entre el tamaño del tumor y de la mama que impide obtener un resultado cosmético satisfactorio; aun así, no existe una dimensión determinada del tumor que contraindique la cirugía conservadora.

Hace veinte años, la mayoría de las pacientes con cáncer de mama eran diagnosticadas cuando los tumores tenían más de dos centímetros; en la actualidad, gran proporción de los casos se diagnostican cuando los tumores son más pequeños. Cabe hacer notar que ésta ha sido una poderosa razón para el desarrollo de técnicas conservadoras en el tratamiento del cáncer de mama. También han contribuido a este desarrollo las fallas de los tratamientos radicales, así como la demanda frecuente de las mujeres para conservar las mamas y la consiguiente mejoría en la calidad de vida (Foster, 2003).

Así, es posible constatar que la cirugía conservadora es actualmente la terapia de elección en las pacientes con cáncer de mama en estadios tempranos, y numerosos estudios demuestran las bondades de esta forma de tratamiento. Entre ellos, puede citarse el de Algara, Valls, Foro, Reig y La Cruz (1999), quienes estudiaron una serie de 397 pacientes en el Hospital La Esperanza de Barcelona tratadas con terapia conservadora y radioterapia sobre la mama y el área de nudos linfáticos (cuando esto fue necesario). Se compararon los resultados obtenidos en diferentes grupos de riesgo y según la forma de expansión del tumor primario, sin que se observaran diferencias significativas según el modo de incidir en el tumor primario (radioterapia externa o braquiterapia). Los autores concluyen que no se puede plantear la existencia de un subgrupo de pacientes en las cuales estuviera contraindicada la cirugía conservadora.

También para Moreno de Miguel, Pérez, Sánchez y Rodríguez (1998) la cirugía conservadora, asociada a los tratamientos complementarios (radiaciones ionizantes, quimioterapia y hormonote-

rapia) del cáncer de mama en estadios I y II, constituye una buena opción de tratamiento, con resultados de sobrevida e intervalo libre de enfermedad aceptables y una mejor calidad de vida. Estos autores aclaran que el término “conservación” no significa extirpar de forma incompleta el tumor; el tratamiento deberá ser radical desde el punto de vista oncológico, aunque no se ampute la mama. Dicha cirugía debe garantizar una mínima mutilación, una estética adecuada, la máxima información y el máximo control local.

Hepp y Baeza (1999), al analizar la evolución de los casos intervenidos quirúrgicamente durante veinte años en el Servicio de Radiomedicina de Santiago de Chile, defienden el tratamiento conservador en el cáncer de mama, especialmente cuando se realiza un diagnóstico precoz del mismo.

Morrow (2001) analizó el tratamiento quirúrgico de 16,643 mujeres en estadios I y II, candidatas potenciales a cirugía conservadora de la mama. Dicha cirugía fue realizada en tan sólo 42.6% de los casos. Los factores que más se asociaron a la conservación mamaria fueron tener tumores T1, vivir en la región geográfica del noreste de Estados Unidos y carecer de componente intraductal intenso. Se administró radioterapia a 86% de las pacientes tratadas con cirugía conservadora. El autor concluye que, pese a la intensa evidencia científica en apoyo del uso de cirugía conservadora de la mama, la mayoría de las mujeres norteamericanas candidatas a este tratamiento continuaban siendo tratadas con mastectomía. También en España importantes estudios epidemiológicos realizados a través del Proyecto Álamo arrojaron similares resultados al estudiar a 15 mil mujeres diagnosticadas en los períodos 1990-1993 y 1994-1997 (Martín, Llombart, Lluch y cols., 2004).

Además, las ventajas psicosociales destacan la conveniencia del empleo de la cirugía conservadora. Arraras, Illarramendi, Manterola y cols. (2003) demostraron que los niveles de calidad de vida son superiores en aquellas pacientes sometidas a este tipo de cirugía. Victoria y González (2007), al estudiar los niveles de bienestar psicológico (entendido como satisfacción con la vida y predominio de estados emocionales positivos) en un grupo de pacientes sometidas a cirugía radical, y compararlos con los niveles de bienestar psicológico en pacientes sometidas a cirugía conservadora, encon-

traron en estas últimas mejores niveles en todas las áreas de la vida.

Actualmente, no existen argumentos en contra de la cirugía conservadora: es clara su equivalencia –desde el punto de vista de la evolución clínica– con la cirugía radical mutilante. Los esfuerzos se orientan a expandir su aplicación mediante la utilización de terapias de inducción para reducir el tamaño tumoral y así hacerlo accesible a lumpectomía, o bien la exploración de nuevas formas de administración de radioterapia.

Luego de una rigurosa revisión sistemática, Martín y cols. (2004) concluyeron que está demostrado que la mastectomía radical tipo Halsted y la radical modificada son igualmente eficaces en términos de supervivencia, por lo que la segunda es la terapia de elección en las enfermas que precisan cirugía radical. Para respaldar esta afirmación, el índice de consenso resultó del cien por ciento. Además, en tumores menores de tres centímetros, la cirugía conservadora de la mama, seguida de radioterapia, obtiene los mismos resultados que la cirugía radical, por lo que –salvo contraindicaciones– es el tratamiento de elección para estas pacientes (Martín y cols., 2004).

A pesar de todas estas evidencias científicas, la mastectomía continúa siendo un procedimiento utilizado frecuentemente por los cirujanos. En un estudio publicado recientemente por el Proyecto Álamo en España, Martín y cols. (2004) hallaron que la cirugía era el procedimiento aplicado con mayor frecuencia (90.7% de los casos) entre las pacientes con estadios I, II y III de la enfermedad, siendo la mastectomía el tipo de tratamiento quirúrgico más usual (79.7%).

Aunque hoy es abrumadora la evidencia de las ventajas de la cirugía conservadora, hay una considerable resistencia a aceptarla. Es probable que esta fuerte inclinación de los cirujanos se exprese de alguna manera en las opciones que ofrecen a las pacientes que enfrentan la opción quirúrgica. Estudiando 321 casos, Clauson, Hsieh, Acharya, Rademaker y Morrow (2002) constataron que a casi un tercio de las pacientes que iban a ser sometidas a cirugía se les había ofrecido únicamente la mastectomía en la consulta inicial.

Al enfrentar el cáncer de mama, al igual que lo que sucede ante cualquier otra enfermedad, se con-

sidera de vital importancia la capacidad que tienen las pacientes para aceptar o rechazar los métodos de tratamientos propuestos por los especialistas, los que estarán determinados en gran medida por la acción informativa y educativa que los especialistas del equipo de salud ofrezcan a las pacientes para que puedan decidir de la mejor manera las alternativas de tratamiento que se les planteen.

Por consiguiente, el presente estudio intentó aportar una mayor claridad acerca de los factores que pudieran influir en la elección “viciada” de las pacientes por la cirugía radical. Cabría preguntarse por qué, a pesar de que la cirugía conservadora ha mostrado sus bondades (mejores resultados estéticos, mejor calidad y expectativas de vida), aún se lleva a cabo un elevado número de intervenciones quirúrgicas con la técnica radical. En este estudio se evaluaron las creencias y actitudes de mujeres sanas y enfermas hacia la cirugía de mamas, así como sus preferencias y opiniones al enfrentar dicha opción terapéutica.

MÉTODO

Participantes

Se estudió una muestra opinática de 459 mujeres; de ellas, 120 fueron jóvenes supuestamente sanas, 158 pacientes recién diagnosticadas y 181 pacientes operadas de cáncer de mama. Las jóvenes fueron seleccionadas de la Sede Universitaria Municipal de San Miguel del Padrón, y las pacientes de los hospitales González Coro, Hermanos Ameijeiras, Miguel Enríquez, Manuel Fajardo e Instituto de Oncología y Radiobiología de La Habana.

Procedimiento

A cada una de las mujeres se le aplicó una encuesta que recogía datos generales y conocimientos y actitudes acerca del tratamiento del cáncer de mama. Las encuestas fueron aplicadas por la psicóloga de cada hospital, en algunos casos por la del Servicio de Oncología, y en otros por la del servicio de mamas, específicamente. Cada una de las variables estudiadas se comparó con el grado de escolaridad, la edad, la ocupación y el estado de salud.

RESULTADOS

Las mujeres estudiadas fueron en su mayoría menores de 40 años de edad (46.2%), seguidas en frecuencia por las mujeres entre 40 y 59 años (33.8%), mientras que 20% tenía 60 años o más. El nivel de escolaridad predominante fue el nivel medio, es decir, preuniversitario, en 65.1%. En cuanto a la ocupación, 28.3% eran trabajadoras, 33% estudiantes, 23% amas de casa y 15.5% jubiladas. Entre las mujeres operadas, 64% había sufrido una cirugía radical.

La encuesta no fue respondida por 36 mujeres, por lo que las respuestas analizadas se redujeron a 423 en muchos de los aspectos analizados. La evaluación de las creencias acerca de la cirugía radical mostró que 48.6% de las mujeres opinaba que esta operación era preferible para evitar males mayores, 5.4% dijo que era necesaria en todos los casos y 38% consideró que era aplicable solamente en determinados casos. Clasificando las opiniones emitidas en “adecuadas” (aplicable en determinados casos) o “inadecuadas” (preferible para evitar males mayores o necesaria en todos los casos), hubo un predominio de creencias inadecuadas.

Además, se les interrogó acerca de si resultaba más importante para ellas la conservación de la vida o la de las mamas para analizar la valoración que hacían las mujeres sobre este particular; aunque la pregunta podría parecer ingenua², se pretendió promover el cuestionamiento de la elección, si fuera el caso de que las mujeres tuviesen el conocimiento de que la conservación de la mama no implicaría necesariamente el riesgo de perder la vida. Así, sólo 40 de las 459 mujeres entrevistadas, es decir, 8.8%, pudo plantear que “la vida es más importante, pero no necesariamente hay que elegir”.

En cuanto a la conducta de las mujeres ante la perspectiva de una cirugía radical –tanto para las que ya habían enfrentado dicha situación como para las que se la planteaban como posible–, 51.4% indicó que ante tal situación se requiere de una explicación, y 35% señaló que lo pensaría antes de aceptar, las cuales pueden considerarse como respuestas correctas. Sin embargo, 35% plan-

tea que lo aceptaría sin dudar, lo que entraña una decisión poco participativa de la paciente, que ante el planteamiento médico “acepta” ese tipo de cirugía. Si se recodifica la conducta de las mujeres ante tal planteamiento de la cirugía radical como “adecuada” (requiere una explicación o lo pensaría antes de aceptar) o “inadecuada” (la aceptaría sin dudar o no la aceptaría), se obtienen 61.7% de respuestas adecuadas y 38.3% de inadecuadas.

La reacción emocional de las mujeres ante la pérdida o posible pérdida de una mama incluyó la pérdida total de atractivo físico (29%), el rechazo hacia el propio cuerpo (14.5%) y depresión, tristeza, desilusión y retraimiento sexual (52.3%).

Analizando la posible asociación de estas actitudes entre el tratamiento quirúrgico radical y las variables edad, nivel de escolaridad y ocupación, así como con el hecho de estar sanas o ser ya enfermas de cáncer de mama, se halló lo siguiente.

Las creencias, consideradas como el componente cognitivo de la actitud, resultaron significativamente asociadas a la edad de las mujeres (Tabla 1). Las creencias inadecuadas predominan en todos los grupos de edad, pero de manera más marcada en las mayores de 60 años, las que ascienden a 80%. La edad también influyó en la manifestación de la conducta, pues las jóvenes mostraron un marcado predominio de conducta adecuada, predominio que se mantiene en menor medida entre las de mediana edad y se invierte significativamente en las mayores. Asimismo, la edad influye en la diferente expresión emocional ante la pérdida de una mama, produciendo en las más jóvenes una imagen de pérdida de atractivo físico, mientras en las de mediana edad y las mayores predominan las reacciones de depresión y de desilusión.

Además, la escolaridad también mostró una influencia en las creencias que tienen las mujeres en este estudio. En la Tabla 2 se observa que el grupo de mujeres con nivel educacional universitario fue el único en el que las creencias inadecuadas no eran las más frecuentes, mientras que en los demás niveles de escolaridad hubo un predominio mayor cuanto más bajo era dicho nivel. La conducta que las mujeres manifestaron (o manifestarían) ante el planteamiento de una cirugía radical resultó inadecuado en una alta proporción

² Es de esperarse que, ante la alternativa de conservar la vida o cualquier otra parte del propio cuerpo, una persona “normal” elija la primera opción.

Tabla 1. Asociación entre creencias y grupos de edad.

Grupos de edad	Creencia inadecuada	Conducta inadecuada	REACCIÓN EMOCIONAL		
			Depresión		
			Pérdida atractivo	Rechazo cuerpo	Desilusión
15 – 39	111 54.1%	53 25.9%	85 41.5%*	43 21.0%	77 37.6%
40 – 59	74 53.2%	60 43.2% *	28 20.1%	5 3.6%	106 76.3%
60 y más	63 79.7%*	49 62.0%*	20 25.3%	2 2.5%	57 72.2%*

* p < 0.05

Tabla 2. Asociación entre creencias y nivel de escolaridad.

Nivel escolar	Creencia inadecuada	Conducta inadecuada	REACCIÓN EMOCIONAL		
			Depresión		
			Pérdida atractivo	Rechazo cuerpo	Desilusión
Primaria	24 80.0% *	19 63.3% *	8 26.7%	0	22 73.3%
Secundaria	44 65.57%	27 40.3%	15 22.4%	3 4.5%	49 73.1%
Media	156 56.1%	95 34.2%	99 35.6%	45 16.3%	134 48.2%
Universitaria	24 50%	21 43.8%	11 22.9%	2 4.2%	35 72.9%

*p < 0.05

entre las mujeres con un bajo nivel de escolaridad (nivel primario), lo que no ocurrió a partir del nivel medio. La reacción emocional ante la pérdida de una mama según el nivel de escolaridad no mostró asociaciones significativas desde el punto de vista estadístico, aunque es posible apreciar en la tabla que en el nivel medio de escolaridad fue el único donde no ocurre un predominio de las reac-

ciones de depresión y desilusión, aumentando por el contrario las de pérdida de atractivo y rechazo del propio cuerpo. Asimismo, la ocupación se asoció significativamente a las creencias acerca de la cirugía radical, pues aunque en todos los grupos predominaron las creencias inadecuadas, esta proporción fue significativamente mayor en las jubiladas (Tabla 3). La conducta manifestada ante el

Tabla 3. Asociación entre creencias y ocupación.

OCUPACIÓN	Creencia inadecuada	Conducta inadecuada	REACCIÓN EMOCIONAL		
			Depresión		
			Pérdida atractivo	Rechazo cuerpo	Desilusión
Ama de casa	52 55.9%	38 40.9%	21 22.6	2 2.2	70 75.3
Estudiante	87 57.2%	37 24.3%	72 47.4	42 27.6	38 25.0
Jubilada	47 74,6% *	33 52,4% *	12 19,0%	3 2,6%	48 76,2%
Trabajadora	62 53,9%	54 47,0%	28 24,3%	3 2,6%	84 73,0%

*p < 0.05

planteamiento de una cirugía radical resultó adecuada con mucha mayor frecuencia entre las estudiantes, no así entre las trabajadoras y las amas de casa; tal proporción se invierte en el caso de las jubiladas. La asociación entre ambas variables resultó estadísticamente significativa. La reacción emocional ante la pérdida de las mamas, que resultó apuntar hacia la depresión en la mayoría de los casos, mostró esa misma tendencia en todos los grupos ocupacionales, excepto en las estudiantes, en quienes predominó la pérdida del atractivo físico. Dicha asociación también resultó estadísticamente significativa al aplicar la prueba de Chi cuadrada.

Por último, se analizó la posible relación entre las creencias de las mujeres y el hecho de estar

enfermas o no, encontrándose que las que tienen información acerca de la cirugía radical de mamas es prácticamente igual en todos los casos, mientras que la conducta manifestada como adecuada fue significativamente más frecuente en el caso de las sanas (Tabla 4).

En cuanto a su reacción emocional, las mujeres enfermas refirieron con mucha mayor frecuencia respuestas de depresión y desilusión; en las sanas, lo más frecuente fueron las alusiones a la pérdida del atractivo físico e inclusive el rechazo hacia el propio cuerpo. Tal asociación mostró significación estadística.

Tabla 4. Asociación entre creencias y estado de salud.

Estado de salud	Creencia inadecuada	Conducta inadecuada	REACCIÓN EMOCIONAL		
			Depresión		
			Pérdida atractivo	Rechazo cuerpo	Desilusión
Sanas	70 58.3%	30 25.0%	55 45.8% *	35 29.2%	30 25.0%
Enfermas	178 58.7%	132 43.6% *	78 25.7%	15 5.0%	210 69.3% *

* $p < 0.05$

DISCUSIÓN

Lo primero que llama la atención en el presente estudio es que, de manera general, la mayoría de las mujeres opinó que la cirugía radical era siempre preferible para evitar males mayores, no faltando un grupo que afirmó que era necesaria en todos los casos de cáncer. También resulta alarmante que sólo una parte muy pequeña de las mujeres pudiera afirmar que la vida es más importante, pero que no necesariamente había que elegir. Esto implica que las mujeres en su mayoría estaban convencidas de que siempre es preferible la cirugía radical. El temor al cáncer y al estigma social que éste ha llegado a representar, unidos a una inadecuada educación de la población, puede explicar por qué la población femenina prefiere soluciones “radicales”. Un análisis de las representaciones sociales de esta enfermedad permite comprender la razón de que la población, aun la no educada, prefiere “cortar por lo sano”, pues al

parecer es siempre la mejor opción. Partridge (2008) apunta que los médicos que atienden al creciente número de mujeres que sufren cáncer de mama deberían ser conscientes de estas percepciones incorrectas e intentar minimizarlas.

En cuanto a lo que las mujeres refieren que harían frente al planteamiento de la mastectomía radical –lo que puede considerarse como el componente conductual de su actitud–, el que haya más de una tercera parte de quienes “aceptan sin dudar” evidencia una falta de cuestionamiento personal ante la propuesta médica y una falta de involucramiento en las decisiones que atañen a la propia salud. Esto pudo corroborarse al realizar un análisis cualitativo de las respuestas a una pregunta abierta referente a los criterios para decidir tal cirugía. Predominan en estas respuestas los contenidos relativos a una “puesta en manos” del médico, es decir, a cederle al facultativo el derecho absoluto de tal decisión. Al modo de ver de los presentes autores, el que un paciente requiera de una ex-

plicación o de pensarlo antes de aceptar la cirugía radical es no sólo un derecho de las personas afectadas, sino un ideal a alcanzar cuando se atiende a pacientes de manera respetuosa, lo que parece constituir uno de los elementos básicos de la ética médica, que es el principio de la autonomía, que no es más que la facultad que tiene una persona para gobernarse a sí misma. La decisión de una paciente en relación con una intervención médica se basa mucho en la información que ha recibido, la que estará sujeta a su capacidad cognoscitiva y volitiva para actuar de manera autónoma, a sus expectativas de vida tanto social como familiar, y a la esperanza de obtener una mejor calidad de vida (González, Grau y Amarillo, 1997).

Se comprobó que la reacción emocional ante la pérdida de las mamas es predominantemente de tipo depresiva, lo cual ha sido reportado en la literatura, señalándose la pérdida de la autoestima por el deterioro de la imagen corporal.

Con relación a las variables sociodemográficas y a las actitudes de las mujeres estudiadas, se halló una clara relación entre las creencias inadecuadas y la edad de 60 años y más. En efecto, aunque las creencias inadecuadas predominan en todos los grupos de edad, este predominio es significativamente mayor en el grupo mencionado, lo cual apunta a considerar que las mujeres de la tercera edad tienden a presentar concepciones erróneas con una mayor frecuencia que el resto. Ello implica que las mujeres mayores son menos susceptibles a los cambios de mentalidad, la que requiere la aceptación de la cirugía conservadora de la mama, así como la conducta consecuente de pensar la decisión, lo que también se encuentra asociado a la edad. De igual forma, el tercer componente analizado –la reacción emocional– se asoció al grupo de edad, de tal forma que las jóvenes suelen referir más la “pérdida del atractivo físico” como vivencia emocional, mientras que las de mediana edad y las mayores aluden en un alto porcentaje a la depresión o desilusión, lo que se corresponde con una alta valoración del atractivo físico por parte del grupo social de las jóvenes, en una etapa de la vida en la cual la enfermedad se percibe como alejada de sus preocupaciones vitales.

Cabe hacer notar que la escolaridad parece también condicionar las actitudes ante la cirugía radical del cáncer de mama. Las mujeres con me-

nor preparación escolar tienden a demostrar con mayor frecuencia las creencias erróneas, lo cual es perfectamente esperable. El nivel de escolaridad también influyó en las conductas inadecuadas, pero no en el tipo de manifestación emocional, con lo cual se comprueba que no siempre las actitudes manifiestan una coherencia interna total.

Las creencias (adecuadas o no) aparecieron asociadas también a la ocupación. Las mujeres jubiladas, que coinciden con las de edades de 60 años y más, son las que presentaron predominantemente creencias inadecuadas. La pérdida de contactos sociales que se produce con el retiro de la vida laboral puede favorecer una reducción en la incorporación de las novedades en muchos ámbitos de la vida, incluso las que tienen que ver con la salud, lo que, unido a la resistencia a los cambios propia de la edad, explica tales resultados. Por el contrario, en las jóvenes, hay un predominio de conductas adecuadas. El grupo de estudiantes (jóvenes y en su mayoría sanas) refirió una alta proporción de sentimientos de pérdida del atractivo físico ante el hecho o la posibilidad de perder una mama.

De manera especial, se hallaron diferentes proporciones de conductas adecuadas o inadecuadas entre las mujeres sanas y enfermas. Para las sanas, es lógico esperar una conducta adecuada. Hubo resultados desfavorables entre las enfermas que manifiestan depresión y desilusión con una alta frecuencia, no así en el caso de las mujeres sanas, las cuales, al percibir la enfermedad como algo ajeno a ellas, refieren que no enfrentarían la situación con estos estados emocionales tan negativos. Al constatar los índices de depresión en estas enfermas, es posible coincidir con Partridge (2008), que refiere un aumento de la ansiedad y la depresión en mujeres con carcinoma de mama, quienes suelen tener una elevada percepción de riesgo.

En conclusión, predominan en este estudio las creencias inadecuadas, pues casi la mitad de las mujeres consideran que la cirugía radical es preferible para evitar males mayores, y muy pocas mujeres se plantean que conservar la mama no es sinónimo de morir de cáncer. Más de la tercera parte de las mujeres aceptan sin dudar el planteamiento del facultativo acerca de la necesidad de una cirugía radical. Se corrobora asimismo que las mujeres reaccionan con síntomas de depresión en

la mayoría de los casos cuando son sometidas a una cirugía mutiladora, y que son las mujeres mayores las que muestran más creencias erróneas, conductas inadecuadas y reacciones de depresión y desilusión. Mientras que la edad y las creencias, adecuadas o no, parecen asociarse a los niveles de escolaridad, no ocurre así con las reacciones emocionales.

Las mujeres jubiladas son más proclives a tener creencias inadecuadas, a diferencia de las estudiantes. Las creencias acerca de la cirugía radical de mama son similares en las mujeres sanas y en las enfermas, mientras que la conducta calificada como adecuada es propia de las mujeres sanas. Por último, las mujeres enfermas suelen responder emocionalmente con depresión, mientras que

a las sanas lo que parece importarles más es que su atractivo físico se vería afectado.

Por lo anterior, el personal de salud debe brindar información más actualizada y de la forma más adecuada, sobre la base de la evidencia científica, acerca del cáncer de mama y su tratamiento no sólo a las pacientes con esta enfermedad, sino a la población general, de manera que se favorezca una elección libre y consciente ante el tratamiento.

Las organizaciones femeninas, bajo la orientación de las autoridades sanitarias, debe continuar promoviendo la mayor divulgación de todos los avances científicos que contribuyan a prevenir el cáncer de mama, así como a participar oportunamente en las decisiones del tratamiento.

REFERENCIAS

- Algara L., M., Valls F., A., Foro A., P., Reig C., A. y Lacruz B., M. (1999). Local control and the esthetic results in the conservative treatment of breast cancer. An analysis of 397 consecutive cases. *Revista Clínica Española*, 199, 18-24.
- Arraras U., J.I., Illarramendi M., J.J., Manterola B., A., Tejedor G., M., Vera G., R., Valerdi A., J.J. y Domínguez D., M.A. (2003). Evaluation through the EORTC questionnaires of long-term quality of life in patients with breast cancer in initial stages. *Revista Clínica Española*, 203, 577-581.
- Clauson, J., Hsieh C., Acharya, S., Rademaker, A.W. y Morrow, M. (2002). Results of the Lynn age Second Opinion Program for local therapy in patients with breast carcinoma: changes in the management and determinants of where case is delivered. *Cancer*, 94: 889-894.
- Díaz Ll., G. (2005). El comportamiento en psicología de la salud: "calidad de vida y psicología de la salud". En E. Hernández y J. Grau (Coords.): *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara. Universidad de Guadalajara.
- Fisher, B., Anderson, S., Bryant, J., Margolese, R.G., Deutsch, M., Fisher, E.W., Jeong, J.H. y Wolmark, N. (2002). Twenty-year follow up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 347, 1233-1241.
- Foster, R.S. (2003). Breast cancer detection and treatment. A personal and historical perspective. *Archives of Surgery*, 138, 397-408.
- González P., U., Grau A., J. y Amarillo M., M.A. (1997). La calidad de vida como problema de la bioética: sus particularidades en la salud humana. En J. R. Acosta S. (Ed.): *Bioética desde una perspectiva cubana*. La Habana: Félix Varela.
- Hepp, R. y Baeza, M.R. (1999). Conservative treatment of ductal carcinoma in situ of the breast. *Revista Médica de Chile*, 127, 1345-1350.
- Madden, L., Kandalaft, S. y Bourque, R.A. (1972). Modified radical mastectomy. *Annual Surgery*, July, 176(1), 67.
- Martín, M., Llombart C., A., Lluch, A., Alba, E., Munarriz, B., Tusquets, I., Barnadas, A., Balil, A., Dorta, J. y Pico, C. (2004). Epidemiological study of the GEICAM group about breast cancer in Spain: El Alamo Project. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 122, 12-17.
- Moreno de M., L., Pérez B., I., Sánchez V., I. y Rodríguez D., R. (1998). Cirugía conservadora más radioterapia en el cáncer temprano de mama. *Revista Cubana de Oncología*, 14, 143-148.
- Morrow, M. (2001). Breast. En L. J. Greenfield, M. W. Mulholland, K. T. Oldham, G. B. Zelenock y K. D. Lillemoe (Eds.): *Surgery: Scientific principles and practice* (3rd ed.) (pp. 1334-1372). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Partridge, A. (2008). Risk perceptions and psychosocial outcomes of women with ductal carcinoma in situ: longitudinal results from a cohort study. *Journal of the National Cancer Institute*, 100, 228-229.
- Patey, D.H. (1936/1967). A review of 146 cases of carcinoma of the breast operated on between 1930 and 1943. *British Journal of Cancer*, 21, 260-269.

- Van Dongen, J.A., Bartelink, H. y Fentiman, I.S. (1992). Randomized clinical trial to assess the value of breast conserving therapy in Stage I and II breast cancer: EORTC 10801 trial. *Monographs of the National Cancer Institute*, 11, 15-18.
- Veronessi, U., Cascinelli, N., Mariani, L., Greco, M., Sacozi, R., Luini, A., Aguilar, M. y Marubini, E. (2002). Twenty-year follow up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 347, 1227-1232.
- Veronessi, U., Luini, A. y Del Vecchio, M. (1993). Radiotherapy after breast-preserving surgery in women with localized cancer of the breast. *New England Journal of Medicine*, 328, 1587-1591.
- Veronessi, U., Sacozi, R. y Del Vecchio, M. (1981). Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *New England Journal of Medicine*, 305, 6-11.
- Victoria, G.-V., C.R. y González B., M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25, 72-80.
- Wangensteen, O.H. (1950). Carcinoma of the breast. *Annual Surgery*, 132, 833-843.