

Perfil psicológico prequirúrgico de las mujeres con riesgo aumentado de cáncer de mama

Sofía Luque Suárez^{1*}; María Eugenia Olivares Crespo²; Helena Olivera Pérez-Frade³; Juana María Brenes Sánchez⁴; Amanda López Picado⁵; Miriam de la Puente Yagüe⁶; Jorge Ruíz Rodríguez⁷; Blanca González Palomares⁸; María Herrera de la Muela⁹

Recibido: 8 de abril de 2022 / aceptado el 20 de julio de 2022

Resumen. Objetivo: analizar los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, imagen corporal y calidad de vida en un grupo de mujeres con vulnerabilidad genética de cáncer de mama que se iban a someter a una mastectomía reductora de riesgo. Método: 184 mujeres participaron en este estudio, todas ellas tenían riesgo aumentado de cáncer de mama, bien por ser portadoras de una mutación BRCA1/2 o por agregación familiar. Los instrumentos utilizados fueron: Escala de Ansiedad y Depresión

- 1 Sofía Luque Suárez. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. ORCID: 0000-0002-7835-893X
E-mail: soluque@ucm.es.
- 2 María Eugenia Olivares Crespo. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Unidad de patología mamaria. Instituto de salud de la mujer José Botella Llusia. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ORCID: 0000-0002-3559-4094
E-mail: meolivares@cop.es
- 3 Helena Olivera Pérez-Frade^c. Instituto Investigación Sanitaria San Carlos. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. Madrid, España
E-mail: helena.olivera@salud.madrid.org
- 4 Juana María Brenes Sánchez. Unidad de patología mamaria. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. Dirección: Calle del Profesor Martín Lagos, s/n, 28040. Madrid, España^b. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.
E-mail: jmbrenes@ucm.es
- 5 Amanda López Picado. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Internacional de la Rioja, Logroño, España. ORCID: 0000-0002-5649-296X
E-mail: amanda.picado@salud.madrid.org.
- 6 Miriam de la Puente Yagüe. Unidad de patología mamaria. Hospital Clínico San Carlos, Madrid. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España. ORCID: 0000-0003-3125-4874
E-mail: miriam.puente@salud.madrid.org
- 7 Jorge Ruíz Rodríguez. Unidad de patología mamaria. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Ciudad Universitaria, Pl. de Ramón y Cajal, s/n, 28040 Madrid, España.
E-mail: jorru02@ucm.es
- 8 Blanca González Palomares. Unidad de patología mamaria. Instituto de salud de la mujer José Botella Llusia. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España^b. ORCID: 0000-0003-2692-0617.
E-mail: blanca.gonzalez@salud.madrid.org
- 9 María Herrera de la Muela^b. Unidad de patología mamaria. Instituto de salud de la mujer José Botella Llusia. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ORCID: 0000-0003-1603-5358
E-mail: maria.herrera@salud.madrid.org
- * Dirección de correspondencia: Sofía Luque Suárez. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas, Ctra. de Húmera, s/n, 28223 Pozuelo de Alarcón, Madrid, España.
Email: soluque@ucm.es

Hospitalaria, Escala de Imagen Corporal, European Organisation for Research and Treatment of Cancer calidad de vida oncológica C30 y BR23. Resultados: Los resultados de este estudio mostraron que las participantes presentaban niveles clínicos en sintomatología ansiosa y subclínicos en sintomatología depresiva. Sin embargo, se encontraban en niveles normativos en imagen corporal y calidad de vida. Las participantes con antecedentes oncológicos manifestaban, mayor insatisfacción con la imagen corporal, niveles inferiores en las escalas de funcionamiento físico, cognitivo y global de la calidad de vida, así como mayor fatiga, dolor general, en el brazo y en la mama en comparación con las mujeres sin diagnósticos previos. Conclusiones: Las mujeres sin mutación poseían mayor sintomatología en la mama y en el brazo que las mujeres con mutación, las cuales presentaban más dificultades económicas que las mujeres no portadoras. Evidenciando la necesidad de realizar una intervención psicológica antes de la cirugía especialmente en este colectivo.

Palabras clave: Cáncer de mama, BRCA1/2, mastectomía reductora de riesgo, calidad de vida, ansiedad, depresión, imagen corporal.

Sumario: 1. Introducción 2. Método 3. Resultados 4. Discusión 5. Conclusiones 6. Notas 7. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Luque Suárez S, Olivares Crespo ME, Olivera Pérez-Frade H, Brenes Sánchez JM, López Picado A, Puente Yagüe M, Ruíz Rodríguez J, González Palomares B, Herrera de la Muela M. Perfil psicológico prequirúrgico de las mujeres con riesgo aumentado de cáncer de mama. *Psicooncología* 2022; 19: 255-268. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.84039>

[en] Preoperative psychological profile of women with increased risk of breast cancer

Abstract. Aim: analyze depressive and anxiety symptomatology, body image and quality of life in a group of women with genetic vulnerability to breast cancer who were going to undergo a risk-reducing mastectomy. Method: 184 women participated in this study, all of whom had an increased risk of breast cancer, either because they were BRCA1/2 mutation carriers or because they had several affected relatives. The psychological instruments used were: Hospital Anxiety and Depression Scale, Body Image Scale, European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Questionnaire Core 30 and BR23. Results: The results of this study showed that the participants presented clinical anxiety symptomatology and subclinical depressive symptomatology. However, all the sample were at normative levels in body image and quality of life. Participants with previous diagnosis of cancer showed, higher dissatisfaction with their body image, lower levels on the scales of physical, and cognitive and global functioning on quality of life, as well as higher fatigue, more general pain also in the breast and in the arm compared to women without diagnosis. Conclusions: BRCA1/2 non-mutation carriers showed more symptomatology in the breast and in the arm fatigue than BRCA1/2 mutation carriers. BRCA1/2 mutation carriers had more economic difficulties than non-carriers. It is highly recommended a psychological intervention before a risk-reducing surgery.

Keywords: Breast cancer, BRCA1/2, risk-reducing mastectomy, quality of life, anxiety, depression, body image.

1. Introducción

Se estima que entre el 5 y el 10% de los casos de cáncer de mama tienen origen genético⁽¹⁾. Este tipo de casos se enmarcan en el síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario (CMOH). Los genes que confieren mayor riesgo de desarrollar CMOH son el BRCA1 y BRCA2⁽²⁾. En población española la presencia de este tipo de mutaciones tiene asociado un riesgo de aparición del cáncer de mama en mujeres

sin un diagnóstico oncológico previo del 52% y 47% para BRCA1 y BRCA2 respectivamente⁽³⁾.

El cáncer de mama asociado a este tipo de mutaciones tiene una serie de particularidades: aparece en edades más tempranas, se da de forma bilateral, multifocal y multicéntrico. Además, el riesgo de desarrollar cáncer de mama contralateral es superior al 30% en los diez años posteriores al primer diagnóstico personal⁽⁴⁾. También, estas mutaciones incrementan la probabilidad de desarrollar otros tipos de cáncer entre los que cabe citar: ovario, próstata y páncreas⁽⁵⁾.

Existen diferentes procedimientos que ayudan a disminuir esta vulnerabilidad genética los cuales abarcan desde la mastectomía bilateral reductora de riesgo (MBRR), salpingooforectomía reductora de riesgo (SORR), quimioprevención hasta pruebas de seguimiento/cribado⁽⁶⁾.

Las mujeres portadoras de una mutación en los genes BRCA1/2 sin un diagnóstico previo de cáncer de mama, que optan por una MBRR reducen hasta un 90% la probabilidad de aparición de esta enfermedad⁽⁷⁾. Para las portadoras BRCA1/2 con un diagnóstico previo de cáncer de mama, la supervivencia general es del 89% a los diez años después de la mastectomía contralateral reductora de riesgo (MCRR)⁽⁸⁾.

Sin embargo, cada opción quirúrgica conlleva diferentes beneficios e inconvenientes, que cada mujer califica de manera subjetiva. Lo mismo se aplica a la cirugía reparadora, la planificación familiar y los pasos para manejar los efectos secundarios derivados de estas intervenciones⁽⁹⁾.

Las mujeres que optan por estos procedimientos se enfrentan a cambios que afectan a su apariencia física⁽¹⁰⁾, causando también un impacto a nivel psicológico⁽¹¹⁾. Razdan et al.⁽¹²⁾ sugirió que el distress antes de la cirugía puede predecir la imagen corporal y la calidad de vida postquirúrgica.

Por ello, el primer objetivo de este estudio fue analizar los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, imagen corporal y calidad de vida en un grupo de mujeres con vulnerabilidad genética de cáncer de mama que se iban a someter a una mastectomía reductora de riesgo. El segundo objetivo de este estudio fue estudiar si existían diferencias entre las mujeres que presentaban antecedentes oncológicos previos frente a las que no y en las variables: sintomatología ansiosa y depresiva, imagen corporal y calidad de vida. Y por último, examinar si existían diferencias entre las mujeres que poseían mutación patogénica BRCA1/2 frente a las que no, en las variables psicológicas anteriormente citadas. Se hipotetiza que las mujeres que presentan antecedentes oncológicos previos y que las mujeres portadoras de una mutación patogénica BRCA1/2 presentarán mayor sintomatología ansiosa-depresiva, peor imagen corporal y calidad de vida.

2. Método

Muestra

Entre enero de 2011 y diciembre de 2021, 184 mujeres se sometieron a una mastectomía reductora de riesgo en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Todas las mujeres de este estudio tenían riesgo aumentado de cáncer de mama, bien por ser portadoras de una mutación BRCA1/2 o por tener varios familiares afectados

(agregación familiar). Finalmente, 171 participantes cumplimentaron todos los instrumentos de evaluación, los cuales, fueron aplicados entre quince días y un mes antes de la intervención.

Diseño

El diseño de este estudio fue transversal e incidental.

Variables e instrumentos

- Sintomatología Ansiosa y Depresiva. *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (HADS) adaptada al español⁽¹³⁾. Este instrumento está compuesto por 14 ítems con opción de respuesta tipo *Likert* de 0 a 3. Este instrumento consta de dos escalas: sintomatología ansiosa y depresiva. El índice de fiabilidad de esta escala es igual a 0,80 para la escala de sintomatología ansiosa y de 0,85 para la escala de sintomatología depresiva. Una puntuación menor a 8 indica niveles normativos de sintomatología ansiosa/depresiva, entre 8 y 10 posible caso de sintomatología clínica y a partir de 11 sintomatología clínica.
- Imagen Corporal. *Escala de Imagen Corporal* (BIS) en su versión española⁽¹⁴⁾. Esta escala consta de 10 ítems con formato de respuesta en escala *Likert* de cuatro alternativas, con un rango de 0 (“nada”) a 3 (“mucho”). Este instrumento mide el impacto de la cirugía en la autoconsciencia corporal, atractivo físico/sexual, insatisfacción con el cuerpo/cicatrices y dificultad para verse desnuda. A mayor puntuación mayor grado de problemática. El índice de fiabilidad de esta escala es igual a 0,93.
- Calidad de vida oncológica general. *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Questionnaire Core 30* (EORTC QLC-C30), validada al español⁽¹⁵⁾. Este instrumento evalúa la calidad de vida oncológica. Esta compuesto de dos escalas: funcionamiento y síntomas. En la escala de funcionamiento se encuentran las siguientes subescalas: físico, cognitivo, rol, emocional, social y global. En la escala de síntomas se encuentran las siguientes áreas: dolor, fatiga, náuseas, diarrea, estreñimiento, disnea, insomnio, pérdida de apetito y dificultades económicas. Los valores de los coeficientes fiabilidad de este instrumento oscilan entre 0,70-0,89.
- Calidad de vida oncológica específica para cáncer de mama. *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Breast 23* (EORTC QLQ BR23); en su versión española⁽¹⁵⁾, que es un anexo de la EORTC QLQ-C30, desarrollado de manera específica para cuantificar la calidad de vida en el cáncer de mama. Este instrumento se compone de 23 ítem de tipo *Likert* que se estructuran en dos escalas: funcionamiento y sintomatología. En la escala de funcionamiento se encuentran las siguientes subescalas: imagen corporal, funcionamiento sexual, disfrute sexual y perspectiva sobre el futuro. En la escala de síntomas se encuentran las siguientes áreas: quimioterapia, síntomas en el brazo, síntomas en la mama y caída de pelo. Los coeficientes alfa de Cronbach estaban comprendidos entre 0,74 y 0,82.

Procedimiento

Ante la sospecha de una mujer con riesgo aumentado o portadora de una mutación en los genes BRCA1/2, esta paciente es remitida desde la unidad de patología mamaria para que se le realice una evaluación psicológica prequirúrgica. Se solicitó una acreditación al Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid para el uso de estos datos asistenciales, así como la aprobación del consentimiento informado para el seguimiento y estudios longitudinales de dichas pacientes.

Análisis estadísticos

Se utilizaron análisis descriptivos, la prueba *t* de Student para muestras independientes y Chi-cuadrado utilizando el programa SPSS versión 25. Para calcular el tamaño del efecto se utilizó la *d* de Cohen.

3. Resultados

La muestra estaba compuesta por 184 mujeres con una edad media de 47,65 años. En cuanto al nivel de estudios el 46,16% (n=85) de las mujeres poseía estudios superiores, siendo este el tipo de estudios más predominante. Respecto al estado civil el 64,4% (n=118) de las mujeres estaban casadas o conviviendo con pareja estable y el 67,4% (n=124) de la muestra poseía descendencia (ver tabla 1).

Respecto a las variables clínicas, 60,86% de las participantes presentaban una mutación patogénica en los genes BRCA1/2 (n=112). En cuanto a los antecedentes oncológicos personales el 71,19% (n=131) de la muestra tenía antecedentes oncológicos personales. El 93,5% (n=172) de la muestra poseía antecedentes oncológicos familiares. Cabe destacar que un 42,8 % de las participantes tenían entre 4-8 familiares afectados. Respecto a los antecedentes psicopatológicos, el 41,31 % (n=78) de las participantes referían antecedentes psicopatológicos (ver tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y de salud

Edad (años) Media (DT), rango	47,65 (9,25), (23-69)
Nivel de estudios	
Primarios	16,30%(n=30)
Medios	37,50% (n=69)
Universitarios	46,16% (n=85)
Estado civil	
Soltera	27,71% (n=51)
Casada/conviviendo con pareja	64,13% (n=118)
Separada/divorciada	8,15% (n=15)

N° Hijos	0	32,60% (n=60)
	1	20,10% (n=37)
	2	34,23% (n=63)
	3	10,32% (n=19)
	4	2,75% (n=5)
	Mutación	
	No	39,13% (n=72)
	BRCA1	28,26% (n=52)
	BRCA2	32,60% (n=60)
Antecedentes oncológicos personales		
	Si	71,19% (n=131)
	No	28,81% (n=53)
Antecedentes oncológicos familiares		
	0	6,5% (n=12)
	1-3	48,9 % (n=90)
	4-8	42,8 % (n=79)
	9-16	1,6 % (n=3)
Antecedentes psicopatológicos		
	Ausencia	58,69% (n=108)
	Presencia	41,31%(n=78)

*Nota. (N=184 que se sometieron a mastectomía reductora de riesgo)

Tabla 2. Tabla cruzada entre pacientes con mutación (ausencia/presencia) y de diagnósticos personales oncológicos (ausencia/presencia).

		MUTACIÓN GENÉTICA		X ²	p
		NO	SÍ		
DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO	NO	16	55	2,85	0,10
	Residuos corregidos	-1,7	1,7		
	SÍ	39	74		
	Residuos corregidos	1,7	-1,7		

*Nota. (N=184 que se sometieron a mastectomía reductora de riesgo)

En cuanto a las variables psicológicas, los resultados de este estudio muestran que la puntuación media de las participantes en sintomatología ansiosa se encontraba en

niveles clínicos (Ver tabla 3). El 20,9% de la muestra presentaba niveles normales, el 36% mostraba sintomatología subclínica y el 43,1% presentaba sintomatología clínica.

Tabla 3. Características psicológicas generales de la muestra.

Variables		Media (DT)	
Sintomatología ansiosa		12,34 (3,29)	
Niveles normales		20,9% (N=36)	
Caso probable de ansiedad		36% (N=62)	
Sintomatología Clínica		43,1% (N=73)	
Sintomatología depresiva		10,12 (3,10)	
Niveles normales		69,2% (N=118)	
Caso probable de depresión		19,3% (N=33)	
Sintomatología Clínica		11,5% (N=20)	
Imagen corporal		3,60 (5,29)	
Calidad de vida oncológica general	Escalas de funcionamiento	Físico	92,43 (12,39)
		Cognitivo	80,00 (22,68)
		Emocional	73,50 (21,39)
		Rol	87,15 (22,57)
		Social	82,73 (23,70)
		Global	70,44 (22,84)
	Escalas de síntomas	Dolor	19,62 (23,80)
		Fatiga	18,76 (26,06)
		Náuseas	2,92 (8,15)
		Diarrea	4,50 (12,53)
		Estreñimiento	20,85 (29,59)
		Disnea	6,43 (17,82)
		Insomnio	27,05 (29,87)
		Pérdida de apetito	7,99 (18,64)
Dificultades económicas	6,98 (19,98)		
Calidad de vida específica cáncer de mama	Escalas de funcionamiento	Imagen corporal	13,97 (21,83)
		Funcionamiento sexual	31,91 (25,49)
		Disfrute sexual	55,92 (33,94)
		Perspectiva sobre el futuro	60,51 (34,34)
	Escalas de síntomas	Quimioterapia	13,35 (13,01)
		Síntomas en el brazo	12,55 (15,83)
		Síntomas en la mama	12,74 (16,11)
		Caída del pelo	11,11 (24,04)

*Nota. (N=171 con evaluación completa)

En cuanto a la sintomatología depresiva, la puntuación media de las participantes fue 10,12, esta puntuación se encontraba en niveles subclínicos. Un 69,2% se encontraba en baremos normotípicos, un 19,3% de las mujeres presentaba síntomas subclínicos de depresión y un 11,5% cumplía criterios de depresión clínica.

La imagen corporal se encontraba en puntuaciones normales.

Todas las puntuaciones de las diferentes escalas de los instrumentos de calidad de vida oncológica general y específica de cáncer de mama estaban en baremos normativos.

Tabla 4. Comparativa ausencia vs. presencia antecedentes oncológicos personales

		Media (DT)	p	d de Cohen
Imagen corporal (BIS)	Con antecedentes	4,42 (5,6)	0,001	0,61
	Sin antecedentes	1,48 (3,79)		
Escalas de funcionamiento (QLQ C30)	Calidad de vida global		0,02	0,54
	Con antecedentes	66,59 (24,41)		
	Sin antecedentes	78,33 (17,82)		
	Funcionamiento físico		0,02	0,45
	Con antecedentes	90,12 (13,41)		
	Sin antecedentes	95,51 (8,80)		
Funcionamiento cognitivo		0,02	0,40	
Con antecedentes	77,37 (23,38)			
Sin antecedentes	86,06 (19,71)			
Escalas de síntomas (QLQ C30)	Fatiga		0,02	0,42
	Con antecedentes	22,31 (27,87)		
	Sin antecedentes	11,93 (20,34)		
	Dolor		0,03	0,35
Con antecedentes	22,40 (24,12)			
Sin antecedentes	13,93 (23,51)			
Escalas de síntomas (BR23)	Dolor en el brazo		0,004	0,49
	Con antecedentes	14,63 (16,36)		
	Sin antecedentes	7,33 (12,88)		
	Dolor mama		0,03	0,38
Con antecedentes	14,15 (16,56)			
Sin antecedentes	8,33 (13,70)			

*Nota. (N=171 con evaluación completa)

Al comparar los datos de las mujeres que han presentado diagnósticos oncológicos previos frente a las que carecían de ellos (ver tabla 4), los datos arrojaron los siguientes resultados, no se encontraron diferencias estadísticamente significativa en las variables sociodemográficas. Respecto a la sintomatología ansiosa y depresiva tampoco alcanzaron la significación estadística. En cuanto a la imagen

corporal, la muestra que presentaba antecedentes oncológicos previos mostraba una insatisfacción significativamente mayor ($p=0,001$) que la muestra que carecía de ellos, esta diferencia estaba acompañada de un tamaño del efecto medio ($d=0,61$). En relación a la variable calidad de vida global, las participantes con historia personal oncológica mostraban puntuaciones significativamente peores ($p=0,02$) a las de las mujeres que carecían de ella, esta diferencia venía acompañada de un tamaño del efecto medio ($d=0,54$). También se observó un deterioro en las mujeres con antecedentes oncológicos personales respecto a las mujeres que carecían de ellos en a las escalas de funcionamiento físico ($p=0,02$) y cognitivo ($p=0,02$) asociado a un tamaño del efecto pequeño-medio ($d=0,45$; $d=0,40$). En cuanto a las escalas de síntomas de la calidad de vida, las participantes con diagnósticos oncológicos presentaban niveles significativamente mayores en fatiga ($p=0,02$) que las mujeres con ausencia de ellos, este resultado estaba acompañado de un tamaño del efecto medio ($d=0,42$). En cuanto a las variables: dolor general, dolor en la mama y en el brazo las mujeres con historia personal oncológica poseían mayores niveles de dolor general ($p=0,03$; $d=0,35$), así como mayor dolor en la mama ($p=0,004$; $d=0,49$), y en el brazo ($p=0,03$; $d=0,38$), que las mujeres sin historia oncológica previa. Estos resultados venían acompañados de tamaños del efecto pequeños-medios.

En esta misma línea en cuanto a las mujeres que presentaban una mutación patogénica BRCA1/2 frente a las que no (ver tabla 5), los datos reflejaron que no se existían diferencias en las variables sociodemográficas, sintomatología ansiosa y depresiva e imagen corporal. En cuanto a la calidad de vida, se halló que las participantes que poseían mutación presentaban dificultades económicas significativamente mayores ($p=0,02$) en comparación con las mujeres que carecían de mutación, este resultado tenía asociado un tamaño del efecto pequeño-medio ($d=0,42$). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en sintomatología vinculada a la mama ($p=0,04$) y en el brazo ($p=0,02$), las mujeres que sin mutación presentaban una sintomatología significativamente más acusada que las que la poseían, el tamaño del efecto de estos resultados fue pequeño ($d=0,39$ y $d=0,35$ y respectivamente).

Tabla 5. Comparativa ausencia vs. presencia mutación.

		Media (DT)	p	d de Cohen
Escalas de síntomas (QLQ30)	Dificultades económicas			
	Con mutación	10,37 (24,80)	0,02	0,42
Sin mutación	2,50 (8,07)			
Escalas de síntomas (BR23)	Dolor en la mama			
	Con mutación	10,18 (13,70)	0,04	0,39
	Sin mutación	16,66 (18,66)		
	Dolor en el brazo			
Con mutación	10,31 (14,98)	0,02	0,35	
Sin mutación	16,01 (16,66)			

*Nota. (N=171 con evaluación completa)

Dada la posible asociación entre las variables independientes (mutación patogénica y diagnósticos oncológicos previos) y sus respectivos dos niveles (ver tabla 2). Tras el análisis, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre dichas variables ($\chi^2=2,85$; $p=0,10$). Evidenciando que no existía relación entre las VVII. Al observar los residuos estandarizados corregidos éstos se encontraban dentro de los baremos normativos. Sin embargo, se advirtió una tendencia ascendente en los grupos de mujeres con mutación y sin diagnósticos y en las mujeres sin mutación y con historia oncológica, indicando que había más mujeres en estos grupos, pero sin relevancia estadística. En los grupos de mujeres sin antecedentes oncológicos ni presencia de mutación patogénica, así como, en el grupo de mujeres con historia oncológica y mutación patogénica se observó una tendencia decreciente, lo cual daba a entender que hay menos mujeres en estos grupos de lo esperado, a pesar de ello, los residuos se encontraban en el rango normativo.

4. Discusión

Los resultados obtenidos mostraron que no existían diferencias en sintomatología ansiosa en ninguna de las variables independientes objeto de estudio. Sin embargo, cabe destacar que la puntuación media en esta variable indicaba niveles de sintomatología clínica. Una investigación mostró que las mujeres que optaban por estas cirugías experimentaban una serie de emociones como miedo, preocupación por los aspectos médicos de la intervención y que se sentían desbordadas y preocupadas por el volumen de citas médicas, así como, por tener que entender múltiples conceptos médicos⁽¹⁶⁾. Sin embargo, un estudio en población española mostraba que los niveles de ansiedad y depresión no aumentaban tras el estudio genético independientemente del resultado⁽¹⁷⁾. Por tanto, sería esperable que tampoco hubiera cambios en estas variables al someterse a un tratamiento reductor de riesgo.

En cuanto a la imagen corporal, las mujeres que presentaban diagnósticos oncológicos previos presentaban una mayor insatisfacción que las mujeres sin antecedentes. Siguiendo la misma línea que estos resultados, un estudio concluyó que aproximadamente el 70% de las mujeres con antecedentes ($n = 44$) mostraban problemas respecto a su atractivo sexual/físico en el primer seguimiento post-quirúrgico. Además, el 62% de las mujeres con antecedentes oncológicos personales estaban insatisfechas con sus cicatrices en la evaluación post-quirúrgico a largo plazo. Otros problemas relacionados con la imagen corporal, como sentirse menos femenina después de la cirugía, dificultades para verse desnuda o sentirse incompleta, también fueron relativamente persistentes a largo plazo⁽¹⁸⁾.

Los resultados obtenidos en cuanto al deterioro de la calidad de vida física en las mujeres con antecedentes oncológicos personales van acorde a los encontrados en una investigación en la cual, las pacientes con cáncer de mama presentaban una calidad de vida muy desfavorable en las funciones físicas en comparación con las mujeres sin antecedentes oncológicos⁽¹⁹⁾. Las diferencias encontradas respecto al deterioro del funcionamiento cognitivo en las mujeres diagnosticadas podrían explicarse por el fenómeno *Cancer and/or Chemotherapy-Related Cognitive Impairment*⁽²⁰⁾ (CRCI). Un estudio longitudinal reveló que entre el 65-75% de los pacientes presentaban un empeoramiento del funcionamiento cognitivo al finalizar la quimioterapia, los pacientes tardaban entre 6 meses y dos años en volver a la línea base. Sin embargo,

un tercio de la muestra presentaba un deterioro cognitivo persistente⁽²¹⁾. Asimismo, las mujeres que poseían historia personal oncológica poseían mayores niveles de fatiga, dolor general, en el brazo y en la mama pudiendo ser estos síntomas secuelas derivadas de los tratamientos quirúrgicos oncológicos^(22, 23). En relación a las diferencias encontradas al comparar las mujeres con o sin mutación patogénica BRCA1/2, la mayor presencia de dificultades económicas que mostraban las mujeres con mutación patogénica BRCA1/2, podría explicarse por el hecho de que como se puede observar en la tabla 2, dentro de la muestra, el grupo de mujeres con mutación y que además presentaba antecedentes oncológicos previos es mucho mayor en comparación al grupo de mujeres con mutación y sin antecedentes oncológicos, pudiendo verse influenciado este resultado por la variable diagnósticos oncológicos. A este respecto, aproximadamente el 40% de las bajas por cáncer de mama que llegan a las consultas del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), terminan en un proceso de incapacidad permanente como consecuencia de las secuelas, consolidadas o no, que podrían estar relacionadas con la pérdida de la funcionalidad de una parte del cuerpo o con la repercusión psicológica del cáncer y los tratamientos realizados⁽²⁴⁾, pudiendo ser este hecho el que explicase estos resultados.

Conocer el estado psicológico prequirúrgico de las pacientes que se someten a un procedimiento reductor puede ayudar a predecir el estado postquirúrgico de las pacientes. Un estudio⁽²⁴⁾ concluyó que las mujeres que presentan una peor imagen corporal antes de empezar el tratamiento oncológico muestran mayor presencia de sintomatología depresiva después del tratamiento. Otras investigaciones^(12, 26-29) hipotetizan que conocer el estado de las variables sintomatología ansiosa y depresiva antes de la cirugía reductora de riesgo podría ser un predictor de la imagen corporal y de la calidad postquirúrgica.

La principal limitación de este estudio es que se centra a una única institución por lo que los resultados de este estudio han de tomarse con cautela. Sin embargo, no hay que despreciar la dificultad del reclutamiento de la misma debido a su baja incidencia y que este tamaño muestral representa toda la población disponible del hospital.

En cuanto a las implicaciones clínicas de esta investigación, este estudio visibiliza las características psicológicas prequirúrgicas de mujeres con riesgo aumentado de cáncer de mama antes de una cirugía reductora de riesgo, lo cual permite una gran transferencia, así como, una gran relevancia en las repercusiones clínicas dado que como apuntan algunos estudios anteriormente citados, estas variables podrían servir para predecir la calidad de vida postquirúrgica, pero lamentablemente el volumen de estos trabajos es muy escaso.

Además, los resultados obtenidos muestran la necesidad de realizar una intervención psicológica antes de realizar una mastectomía reductora de riesgo debido a que se observa un deterioro en distintas variables psicológicas, sobre todo en el colectivo de las mujeres con predisposición genética y que además presentan antecedentes oncológicos personales.

5. Conclusiones

Los resultados de este estudio mostraron que las participantes presentaban niveles clínicos en sintomatología ansiosa y subclínicos de sintomatología depresiva. Sin embargo, se encontraban en niveles normales tanto en imagen corporal como en calidad de vida.

Las participantes que presentaban diagnósticos oncológicos previos manifestaban una mayor insatisfacción con su imagen corporal, niveles inferiores en diversas escalas de calidad de vida (funcionamiento físico y cognitivo), así como, en la medida global de la calidad de vida; también presentaban mayor sintomatología entre los que cabe citar: fatiga, dolor general, en el brazo y en la mama en comparación con las mujeres sin diagnósticos previos.

Por otro lado, las mujeres sin mutación patogénica, presentaban mayor sintomatología en la mama y en el brazo, que las mujeres con mutación patogénica, las cuales, a su vez, presentaban mayor dificultad económica que las mujeres no portadoras.

6. Notas

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Todos los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

7. Referencias bibliográficas

1. Kurian AW, Hare EE, Mills MA, Kingham KE, McPherson L, Whittemore AS, et al. Clinical evaluation of a multiple-gene sequencing panel for hereditary cancer risk assessment. *J Clin Oncol* 2014; 32: 2001-9. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.53.6607>.
2. Singer, C, Tea, M, Pristauz, G, Hubalek M, Rappaport C, Riedl CC, et al. Clinical Practice Guideline for the prevention and early detection of breast and ovarian cancer in women from HBOC (hereditary breast and ovarian cancer) families. *Wien Klin Wochenschr* 2015;127: 981-6 <https://doi.org/10.1007/s00508-015-0880-x>
3. Milne RL, Osorio A, Cajal TR, Vega A, Llort G, de la Hoya M, et al. The average cumulative risks of breast and ovarian cancer for carriers of mutations in BRCA1 and BRCA2 attending genetic counseling units in Spain. *Clin Cancer Res* 2008;14: 2861-9. <https://doi.org/10.1158/1078-0432.CCR-07-4436>.
4. Graeser MK, Engel C, Rhiem K, Gadzicki D, Bick U, Kast K, et al. Contralateral breast cancer risk in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *J Clin Oncol* 2009;27:5887-92. <https://doi.org/10.1200/JCO.2008.19.9430>.
5. Roy R, Chun J, Powell S. BRCA1 and BRCA2: different roles in a common pathway of genome protection. *Nat Rev Cancer* 2012;12, 68-78. <https://doi.org/10.1038/nrc3181>
6. Clark AS, Domchek SM. Clinical management of hereditary breast cancer syndromes. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 2011; 16, 17–25. <https://doi.org/10.1007/s10911-011-9200-x>
7. Thorat MA, Balasubramanian R. Breast cancer prevention in high-risk women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2020; 65:18-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.11.006>.
8. Evans DG, Ingham SL, Baildam A, Ross GL, Lalloo F, Buchan I, et al. Contralateral mastectomy improves survival in women with BRCA1/2-associated breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2013;140:135–42. <http://dx.doi.org/10.1007/s10549-013-2583-1>.

9. Underhill ML, Crotser CB. Seeking balance: decision support needs of women without cancer and a deleterious BRCA1 or BRCA2 mutation. *J Genet Couns* 2014; 23:350-62. <https://doi.org/10.1007/s10897-013-9667-2>.
10. Jeffers L, Reid J, Fitzsimons D, Morrison PJ, Dempster M. Interventions to improve psychosocial well-being in female BRCA-mutation carriers following risk-reducing surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;10:CD012894. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012894.pub2>.
11. Metcalfe KA, Price MA, Mansfield C, Hallett DC, Lindeman GJ, Fairchild A, et al. Predictors of long-term cancer-related distress among female BRCA1 and BRCA2 mutation carriers without a cancer diagnosis: an international analysis. *Br J Cancer* 2020;123: 268-74. <http://dx.doi.org/10.1038/s41416-020-0861-3>.
12. Razdan SN, Patel V, Jewell S, Mccarthy CM. Quality of life among patients after bilateral prophylactic mastectomy: a systematic review of patient-reported outcomes. *Qual Life Res* 2016;25:1409-21. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1181-6>
13. Ibáñez E, Caro I. La escala Hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la Salud. *Boletín de Psicología*. 1992;36: 43-69.
14. Gómez-Campelo P, Bragado-Álvarez C, Hernández-Lloreda M, Sánchez-Bernardos M. The Spanish version of the Body Image Scale (S-BIS): psychometric properties in a sample of breast and gynaecological cancer patients. *Support Care Cancer* 2015;23:473–81. doi: 10.1007/s00520-014-2383-0
15. Arrarás JI, Illarramendi JJ, Tejedor M, Vera R, Pruja E, Marcos M et al. Quality of life in Spanish breast cancer patients assessed with the EORTC questionnaires. *Rev Oncología* 2000; 3: 100-6. <https://doi.org/10.1007/BF02711461>
16. Wagner JF, Lüdders D, Hoellen F, Rody A, Banz-Jansen C. Treatment anxiety in breast cancer patients. *Arch Gynecol Obstet* 2019;299:1365-71 <https://doi.org/10.1007/s00404-018-05038-z>
17. Bosch N, Junyent N, Gadea N, Brunet J, Ramon y Cajal T, Torres A, et al. What factors may influence psychological well being at three months and one year post BRCA genetic result disclosure? *Breast* 2012;21:755-60. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2012.02.004>.
18. Bai L, Arver B, Johansson H, Sandelin K, Wickman M, Brandberg Y. Body image problems in women with and without breast cancer 6–20 years after bilateral risk-reducing surgery — a prospective follow-up study. *Breast* 2019; 44:120-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2019.01.013>.
19. Mosconi P, Colozza M, De Laurentiis M, De Placido S, Maltoni M. Survival, quality of life and breast cancer. *Ann Oncol* 2001;12 Suppl 3:S15-9. https://doi.org/10.1093/annonc/12.suppl_3.s15. PMID: 11804378.
20. Hurria, Somlo y Ahles. Renaming “Chemobrain”. *Cancer Invest*, 2007;25:6, 373-377, DOI: 10.1080/07357900701506672
21. Vannorsdall T.D. Cognitive changes related to cancer therapy. *Med Clin North Am* 2017;101:1115-34. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.06.006>.
22. Paraskevi T. Quality of life outcomes in patients with breast cancer. *Oncol Rev*. 2012;6:7-10. doi: <https://doi.org/10.4081/oncol.2012.e2>
23. Murgic J, Soldic Z, Vrljic D, Samija I, Kirac I, Bolanca A, Kusic Z. Quality of life of Croatian breast cancer patients receiving adjuvant treatment- comparison to long-term breast cancer survivors. *Coll Antropol* 2012;36:1335–41.
24. Garrido Manzano M.V., López-Guillén García A., Vicente Pardo. J.M. Manual de Práctica Clínica 2015 SESPM Sociedad Española de Patología Mamaria. Capítulo 63 Valoración de la Capacidad Laboral en Pacientes con Cáncer de mama. 2015.

25. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 2013; 31: 782-93. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.40.8922>
26. Kołodziejczyk A, Pawłowski T. Negative body image in breast cancer patients. *Adv Clin Exp Med* 2019;28:1137-42. <https://doi.org/10.17219/acem/103626>.
27. Boughey JC, Hoskin TL, Hartmann LC, Johnson JL, Jacobson SR, Degnim AC, et al. Impact of reconstruction and reoperation on long-term patient-reported satisfaction after contralateral prophylactic mastectomy. *Ann Surg Oncol* 2015;22:401-8. <https://doi.org/10.1245/s10434-014-4053-3>.
28. Metcalfe KA, Eisen A, Wright F, Poll A, Candib A, McCreedy D, et al. Impact of rapid genetic testing for BRCA1 and BRCA2 at time of breast cancer diagnosis on psychosocial functioning. *Breast Cancer Res Treat* 2022;191:631-41. <https://doi.org/10.1007/s10549-021-06457-4>.
29. Unukovych D, Wickman M, Sandelin K, Arver B, Johansson H, Brandberg Y. Associations between reoperations and psychological factors after contralateral risk-reducing mastectomy: a two-year follow-up study. *Int J Breast Cancer* 2016; 20164604852. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/4604852>.