

10. Actualidades en la práctica clínica de reconstrucción mamaria



SILVANA MABEL NUÑEZ FADDA*

MIRIAM PARTIDA PÉREZ**

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.372.10>

Resumen

Los cuidados psicológicos en la reconstrucción mamaria marcan una diferencia en el bienestar psicoemocional y la calidad de vida de las pacientes, disminuyendo las evoluciones desfavorables. La importancia de los cirujanos en estos cuidados está poco estudiada en nuestro contexto. *Objetivo:* Para resumir la evidencia actual, se realizó una revisión bibliográfica sobre los aspectos psicológicos relacionados con la reconstrucción mamaria. *Metodología:* Se realizó una revisión de artículos de investigación empírica sobre cuidados psicológicos y reconstrucción mamaria desde 2018 hasta la fecha, seleccionando 27 artículos válidos de acuerdo con los criterios establecidos. *Resultados:* Los temas más relevantes fueron: satisfacción con la reconstrucción, arrepentimiento respecto a la decisión, toma de decisiones compartida, educación sobre la intervención, malestar psicológico y trastornos psiquiátricos previos. *Conclusiones:* Las investigaciones actuales del cuidado psicológico en la reconstrucción mamaria subrayan el papel central del cirujano en la educación previa a la intervención, la toma de

* Doctora de Ciencias para el Desarrollo, la Sustentabilidad y el Turismo. Profesora asociada C, Universidad de Guadalajara, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2775-3101>

** Doctora en Genética. Profesora-investigadora asociada C de la Universidad de Guadalajara, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8082-5624>

decisiones compartida y la construcción de expectativas realistas para prevenir efectos psicoemocionales negativos de los resultados. Se evidencia la falta de datos estadísticos sobre el tema y la necesidad de incrementar la difusión e investigación para elaborar propuestas de cuidados psicológicos sostenibles, adecuadas al contexto nacional, basadas en la evidencia.

Palabras clave: *reconstrucción mamaria, cuidado psicológico, decisión compartida, BREAST-Q.*

Introducción

En este capítulo se revisarán los hallazgos de la literatura científica más reciente sobre los aspectos psicosociales de la reconstrucción mamaria, que guían las recomendaciones de los cuidados psicológicos a cargo del equipo de salud.

Para contextualizar el problema, se resumen los factores asociados al impacto del cáncer de mama y de su tratamiento quirúrgico en el funcionamiento psicosocial de las pacientes y sus familias, y cómo la reconstrucción mamaria influye y es influida por estos factores. Asimismo, se repasan las recomendaciones para mejorar la calidad de la atención en salud de acuerdo con el modelo de atención centrada en el paciente (ACP). A continuación se describe la metodología de la revisión bibliográfica exploratoria y, posteriormente, se presenta un resumen de los resultados. Por último, se discuten los hallazgos, se formulan conclusiones y se proponen recomendaciones para el futuro.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en el mundo, y desde su diagnóstico impacta en el bienestar psicosocial y la salud mental de las personas afectadas, de sus parejas y sus familias. El tratamiento por mastectomía parcial o total produce malestar psicológico, cambia la imagen corporal y disminuye la autoestima de las mujeres. La intensidad del malestar psicológico es muy alta al recibir el diagnóstico, pero disminuye durante la etapa de tratamiento y se estabiliza entre los seis y 12 meses posteriores al tratamiento (Madison et al., 2021). Si bien el malestar psicológico transitorio es una respuesta normal al enfrentar el diagnóstico, su persistencia reduce

el apego y la satisfacción con el tratamiento, interfiere con la toma de decisiones, disminuye el funcionamiento físico, el bienestar y la calidad de vida, y tiene efectos perjudiciales sobre el tratamiento. La angustia en las pacientes con cáncer es un predictor clave de la mortalidad por cáncer y de la calidad de vida (Park et al., 2024) y, en consecuencia, debe evaluarse y monitorearse de forma continua en todos los procesos de diagnóstico y tratamiento subsiguientes.

Se estima que alrededor del 30% de las mujeres que reciben mastectomía sufre problemas psicológicos, que van desde indefensión, culpa, miedo al abandono, sensación de mutilación, cambios negativos en la imagen corporal, disminución de la autoestima, de la percepción de femineidad y atractivo personal y cambios en la sexualidad, hasta problemas de ansiedad y depresión clínicamente diagnosticables (Olivares, 2007; Park et al., 2024).

Pueden producirse cambios en la relación de pareja y en la satisfacción sexual relacionados a cómo las mujeres experimentan su cuerpo. La pérdida de la mama suele percibirse como un daño a su femineidad, aunque la intensidad de la respuesta emocional varía de acuerdo al grupo de edad, a la imagen corporal y a la autoestima previas (Pittermann y Ratke, 2019). Con base a lo expuesto, puede suponerse que la reconstrucción mamaria aliviará gran parte del malestar psicológico y los cambios psicosociales relacionados. Sin embargo, debido a la complejidad de factores implicados y a la diversidad de contextos y situaciones de las pacientes, esta expectativa no siempre se vuelve realidad y alrededor del 20% de las pacientes se muestran insatisfechas o arrepentidas con la reconstrucción (Fortunato et al., 2021).

La reconstrucción mamaria, a diferencia de la mastectomía, es un procedimiento cosmético electivo que puede aminorar los efectos negativos de la pérdida del pecho, pero es también una situación compleja donde se entretienen muchos factores individuales, familiares y culturales, entre otros, que varían ampliamente de una paciente a otra. Se ha confirmado que el proporcionar los cuidados psicológicos adecuados, tanto en el pre como en el postoperatorio, disminuye la presencia de malestar psicológico, de los cuadros de ansiedad y depresión, influye en la satisfacción con los resultados y disminuye el arrepentimiento postreconstrucción mamaria (de Ligt et al., 2018).

Desde los inicios del siglo XXI, el reto de mejorar la calidad de la atención en salud ha llevado a consideraciones y recomendaciones orientadas a un enfoque más relacional y dialógico, centrado en los y las pacientes (Epstein et al., 2011; Institute of Medicine US, 2001; Stewart, 2001). De aquí surge el concepto de *atención centrada en el paciente* (ACP) en la atención médica, que prioriza las necesidades, preferencias, valores y objetivos individuales de cada paciente. Su objetivo principal es garantizar que los pacientes participen activamente en las decisiones sobre su salud, promoviendo una relación de colaboración entre el paciente, la familia y los profesionales de la salud.

Las 10 reglas propuestas por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 2001 describen los principios centrales de la APC, en los que se inscriben los cuidados psicológicos, tanto los implícitos en la relación médico-paciente como en el ámbito especializado psicológico y psiquiátrico. Las reglas propuestas especifican que los pacientes deberían recibir atención oportuna siempre que la necesiten, no sólo presencialmente sino de diversas formas, incluyendo internet, teléfono y otros medios. Los cuidados deben ser personalizados, tomando en cuenta las necesidades y los valores de las pacientes, y designan a la paciente como la fuente de control; esto significa que las pacientes deben recibir la información necesaria y la oportunidad de ejercer el grado de control que elijan sobre las decisiones de atención médica que les afectan, por lo que el sistema de salud debe ser capaz de adaptarse a las diferencias en las preferencias de los pacientes y fomentar la toma de decisiones compartida en el marco de los recursos y esquemas de atención existentes.

También establecen el conocimiento compartido y el libre flujo de información, el acceso sin restricciones de las pacientes a su propia información médica y al conocimiento clínico, así como a la comunicación eficaz con los profesionales de la salud. Asimismo, se recomienda la toma de decisiones basada en la evidencia, es decir, en el mejor conocimiento científico disponible, y garantizar la seguridad reduciendo los riesgos mediante una mayor atención a los sistemas que ayudan a prevenir y mitigar errores perjudiciales. La necesidad de transparencia se refiere a que el sistema de salud debe poner a disposición de las pacientes y sus familias la información que les permita tomar decisiones informadas al seleccionar un plan

de salud, un hospital o una clínica, o al elegir entre tratamientos alternativos. Esto debe incluir información que describa el desempeño del sistema en materia de seguridad, de la práctica basada en la evidencia y de la satisfacción del paciente. También se recomienda que el sistema de salud anticipe las necesidades en lugar de simplemente reaccionar a los eventos; reduzca el desperdicio de recursos y el tiempo de los pacientes, y fomente la cooperación entre profesionales clínicos y una comunicación activa para garantizar el intercambio eficiente de información y la coordinación de la atención.

Sintetizando, las principales características de la ACP son:

- a) Empatía y respeto: se reconocen y se respetan las perspectivas y valores únicos de las pacientes.
- b) Comunicación abierta: se fomenta el diálogo efectivo, asegurando que las pacientes comprendan sus opciones (incluyendo la información y la educación necesarias para la toma de decisiones compartida) y puedan expresar sus preferencias.
- c) Toma de decisiones compartida: los pacientes y los profesionales de la salud trabajan juntos para decidir el curso de acción más adecuado.
- d) Apoyo emocional y psicológico: reconocer las necesidades emocionales de la paciente además de las físicas.

Este enfoque promueve una experiencia de atención más humana, y la investigación ha demostrado que mejora la satisfacción de la paciente, la adherencia al tratamiento y los resultados clínicos, reduciendo las tasas de readmisión hospitalaria (Epstein et al., 2011; Stewart, 2001). En el ámbito específico de la reconstrucción mamaria, la mayor parte de las investigaciones respecto a la calidad de la atención y los cuidados psicológicos sigue este enfoque, y han aportado evidencias de que la satisfacción de las pacientes con la información preoperatoria y la calidad de la comunicación con el cirujano influyen significativamente en la satisfacción con los resultados y la calidad de vida luego de la reconstrucción mamaria, por lo que se recomienda desarrollar métodos que mejoren la información y la relación cirujano-paciente para optimizar los resultados con estas pacientes (Ho et al., 2013).

Metodología de la revisión de la literatura

¿Qué nos dice la investigación empírica actual respecto a los factores psicosociales que deben tomarse en cuenta para el cuidado psicológico en la reconstrucción mamaria? Para responder a esta pregunta, se definió como objetivo resumir y organizar los hallazgos de una revisión bibliográfica exploratoria sobre los factores psicosociales relacionados al cuidado en la reconstrucción mamaria, abarcando el periodo de 2018 a 2024.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Google Scholar, Scopus, Web of Science y PubMed, con los motores de búsqueda: psychosocial factors and breast reconstruction; psychological care and breast reconstruction; factores psicosociales en la reconstrucción mamaria, y cuidado psicológico en la reconstrucción mamaria. Estos términos se buscaron en los títulos, resúmenes, palabras clave y el texto de los artículos. Como especificador, se utilizó el intervalo temporal 2018-2024. Se incluyeron artículos de investigación empírica en español e inglés, así como revisiones bibliográficas sistemáticas y revisiones sistemáticas exploratorias (*scoping reviews*). Se excluyeron los libros, los capítulos de libro y las tesis de grado. En cuanto a la relevancia, se incluyeron los artículos que contaran con al menos dos citas en otros artículos científicos.

Resultados y discusión

Como resultado de la búsqueda, se identificaron 27 artículos, 16 de investigación original, ocho revisiones sistemáticas, cuatro con metaanálisis y dos revisiones sistemáticas exploratorias. Se encontraron 23 artículos en inglés y cuatro en español. Respecto a las regiones de procedencia, 10 pertenecían a América del Norte (ocho de Estados Unidos y dos de México), tres a América del Sur (Argentina, Chile y Uruguay), nueve a Asia (Arabia Saudita, China, Corea del Sur, Indonesia, Japón, Malasia y Taiwán) y cinco a Europa (Austria, Holanda, Italia, Reino Unido y Suecia).

Siguiendo los lineamientos de la ACP, la mayoría de la literatura revisada pone de relieve la importancia del reporte de los resultados por parte de

las pacientes. Para estandarizar su medición se desarrollaron varias escalas, de las cuales la más utilizada y validada es la Breast-Q® de Pusic et al. (Jara et al., 2020; Saiga et al., 2023). La escala tiene diferentes módulos, uno de ellos es específico para la reconstrucción mamaria. El módulo recoge información y evalúa la percepción subjetiva de la paciente de los resultados estéticos, y la mejoría en el bienestar físico, psicológico y social.

La parte preoperatoria de la escala consta de 35 ítems que evalúan la percepción del bienestar físico, el bienestar psicológico, el bienestar sexual, la satisfacción con las mamas y la satisfacción con el abdomen. Esta evaluación se repite en el postoperatorio, añadiendo ítems sobre la satisfacción con reconstrucción del pezón, con implantes, satisfacción con la información recibida, satisfacción con el/la cirujano, satisfacción con el equipo médico y con personal administrativo, sumando un total de 96 reactivos (Jara et al., 2020). Sus resultados permiten evaluar la satisfacción con la mama, la calidad de la atención recibida y la calidad de vida de la paciente luego de la cirugía (Alshammary et al., 2019; Davies et al., 2021; Gallegos et al., 2019; Jara et al., 2020; Martínez-López et al., 2021; Zong et al., 2023).

Otro factor muy explorado en las investigaciones de reporte de resultado por las pacientes es el arrepentimiento por la decisión de tratamiento. También se ha desarrollado una escala estandarizada de autorreporte (la Escala de arrepentimiento con la decisión) para medir el arrepentimiento con la decisión médica, lo que ha permitido realizar estudios cuantitativos del tema (Cai y Momeni, 2022; Fortunato et al., 2021; Jones et al., 2023; Kuo et al., 2019; Liu et al., 2025). El arrepentimiento por una decisión se define como una emoción displacentera con remordimiento o angustia por una decisión, que se presenta cuando las personas sienten que su situación habría sido mejor si hubiese tomado una decisión diferente (Liu et al., 2025).

El arrepentimiento representa una carga psicológica y emocional para las pacientes, que aumenta su malestar psicológico, ya que pueden culparse a sí mismas (autorrecriminación), al cirujano o a la práctica clínica, lo que puede tener consecuencias psicológicas y económicas adversas para todas las partes involucradas. Las expectativas no cumplidas, la falta de comprensión del procedimiento y las complicaciones postoperatorias contribuyen a la experiencia de arrepentimiento, y la educación preoperatoria,

las herramientas de toma de decisiones y las complicaciones postoperatorias son los factores de mayor influencia (Jones et al., 2023). Las investigaciones y revisiones coinciden en que el arrepentimiento se asocia a una disminución del bienestar y de la calidad de vida (Liu et al., 2025) y también a la insatisfacción y a las dificultades en relación con el equipo de profesionales de la salud (Fortunato et al., 2021).

Tanto investigaciones empíricas como revisiones sistemáticas confirmaron que la participación de las pacientes en la toma de decisiones y los cuidados se asocia con mejores resultados, medidos objetivamente con el uso de las escalas ya mencionadas, diferenciando los dominios específicos de satisfacción (con la mama, con el cirujano, con la información recibida) y calidad de vida (física, psicológica, sexual) y el arrepentimiento. Cabe destacar las coincidencias de los resultados mostrando que la comunicación con el cirujano, el apoyo en la toma de decisiones compartidas, que pueden incluir a la pareja de la paciente (Kuo et al., 2019), y la información recibida influyen más sobre la satisfacción, la calidad de vida y el arrepentimiento con el tratamiento que el tipo de intervención escogido (Cai y Momeni, 2022; Li et al., 2021; Liu et al., 2025; Saldanha et al., 2021).

Resumiendo los hallazgos de la revisión bibliográfica, se enumerarán los aspectos del cuidado psicológico que debe tomar en cuenta el equipo de salud a cargo de la reconstrucción mamaria, incluyendo a los médicos, profesionistas de enfermería y de salud mental, desarrollando de manera más detallada los puntos que sólo pueden ser cubiertos por los cirujanos a cargo de la reconstrucción, referentes a la información y preparación previa, ayuda en la toma de decisiones y construcción de expectativas realistas.

Apoyo emocional

Es importante proporcionar un espacio seguro para que la persona exprese sus emociones, temores y expectativas relacionadas con el proceso de reconstrucción, lo cual involucra tanto a los cirujanos como al resto de los integrantes de los equipos de salud. Además, el bienestar en los vínculos familiares y sociales disminuye la probabilidad de que las mujeres se aislen socialmente. Tanto la información proporcionada como la participación

activa en la toma de decisiones y el autocuidado podrían disminuir el uso inadecuado de afrontamientos como la vulnerabilidad al daño y la enfermedad, el miedo a la dependencia, la pérdida de autonomía y de confianza en sí misma, que se han correlacionado con disminución de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama (Protesoni y Grillé, 2022). Contar con una sólida red de apoyo es crucial. Familiares o amigos pueden ayudar no sólo en el cuidado físico, sino también brindando ánimo y compañía durante la recuperación.

Evaluación temprana del nivel de malestar psicológico

En las pacientes que están considerando la reconstrucción mamaria es relevante medir el malestar psicológico (*psychological distress*) que puede hacerse con una escala sencilla y corta, para identificar y referir a tratamiento psiquiátrico a quienes presenten niveles altos, relacionados con trastornos de ansiedad y depresión, ya que éstos por sí mismo disminuyen la calidad de vida, determinan menor satisfacción con los resultados, mayor arrepentimiento con la decisión médica y pueden agravarse luego de la cirugía, además de disminuir la esperanza de vida (Park et al., 2024). En el estudio de Shamsunder et al. (2023) en Estados Unidos, se encontró que el 50% de las pacientes incluidas tenía al menos un diagnóstico psiquiátrico, con menor bienestar psicosocial y sexual y peores resultados en la satisfacción con la cirugía reconstructiva. Una revisión sistemática con metaanálisis (Tang et al., 2024) calculó la presencia de malestar psicológico significativo en 50% de las pacientes, relacionado al estado emocional previo, al daño a la imagen corporal, al afrontamiento negativo y a la evitación de la comunicación. Por el contrario, el malestar disminuía con el apoyo social y el afrontamiento positivo. Esto subraya la necesidad de equipos interdisciplinarios en el cuidado de las pacientes con cáncer de mama en cualquier etapa del tratamiento, incluidas las que van a recibir reconstrucción mamaria.

Preparación previa, toma de decisiones y expectativas realistas

Éstas son las tareas de cuidado en las que el cirujano es irremplazable, dirigidas a ayudar a la persona a comprender el proceso quirúrgico, los posibles resultados y el tiempo de recuperación, para apoyar en la toma de decisiones, reducir la incertidumbre y generar mayor confianza.

Educación sobre el proceso quirúrgico

Es fundamental que la paciente reciba información completa y clara sobre las etapas de la cirugía, incluyendo el tipo de técnica que se usará, los tiempos de recuperación y las posibles complicaciones. La comprensión previa de cuáles serán los resultados inmediatos de la cirugía, por ejemplo, la inflamación y las cicatrices, ayuda a prevenir el impacto emocional negativo de éstos. La educación sobre el proceso quirúrgico es esencial para que las personas se sientan preparadas, seguras y en control durante la reconstrucción mamaria y comprende los siguientes puntos:

- a. *Explicación detallada del procedimiento*: los médicos deben describir los pasos de la cirugía, incluyendo cómo se realiza la reconstrucción (implantes, colgajos de tejido, etc.). Es importante discutir la duración de la intervención y cómo será la experiencia en el quirófano, desde la anestesia hasta el despertar.
- b. *Opciones disponibles*: es fundamental que la paciente conozca las opciones de reconstrucción, como el uso de implantes o de tejido autólogo, así como las ventajas y desventajas de cada método. La elección debe basarse en factores como el estado de salud, los objetivos, valores y preferencias personales, así como en las recomendaciones médicas, por lo que el proceso ideal es la decisión compartida. Por ejemplo, se ha demostrado que proporcionar información a la paciente y discutir las ventajas y desventajas de la reconstrucción mamaria para la toma de decisiones compartidas aumenta considerablemente la probabili-

- dad de realizar la reconstrucción mamaria inmediata (de Ligt et al., 2018) y aumenta la satisfacción con los resultados.
- c. *Resultados esperados y limitaciones*: los médicos deben aclarar cómo lucirá la zona después de la cirugía, considerando cicatrices, diferencias en la simetría y textura. También se debe hablar de los resultados a corto y largo plazos, incluyendo posibles ajustes o procedimientos secundarios, si son necesarios.
 - d. *Complicaciones y riesgos potenciales*: es crucial que la paciente esté informada sobre las posibles complicaciones, como infecciones, problemas con los implantes, cicatrización irregular o reacciones a la anestesia. Conocer estos riesgos la ayudará a tomar decisiones informadas y a estar preparada en caso de que ocurran.
 - e. *Cuidados postoperatorios*: detallar el proceso de recuperación: tiempo de reposo, actividades que se deben evitar, manejo del dolor, cuidado de las heridas quirúrgicas y la necesidad de ayuda suficiente en el hogar al darse el alta hospitalaria. También es importante saber cuándo contactar al médico ante síntomas inusuales.
 - f. *Apoyo con imágenes y recursos visuales*: los médicos a menudo utilizan imágenes o diagramas para explicar el procedimiento y mostrar ejemplos de casos anteriores. Esto ayuda a que la paciente tenga una idea más clara de lo que puede esperar.
 - g. *Aclaración de dudas*: las pacientes deben sentirse cómodas al hacer preguntas y aclarar cualquier preocupación. Es un momento para resolver mitos o información errónea que puedan haber escuchado. El tiempo que el médico dedique a estas conversaciones es un factor que marca una gran diferencia en la satisfacción de las pacientes con la elección realizada.

Como se desprende de esta descripción, hay muchos puntos por atender y pueden requerir un tiempo considerable. Asimismo, hay evidencia de que las pacientes no suelen recordar más que parcialmente lo que se habla con su cirujano, y puede haber diferencias en la comprensión de los aspectos más técnicos al tomar decisiones (Wang et al., 2022). Por ello, se ha elaborado material de apoyo, ya sea impreso o virtual, para que las pacientes puedan repasar la información disponible, e incluso se han diseñado apli-

caciones para asistir en la toma de decisiones, con resultados alentadores (Fang et al., 2021). En un estudio sobre la toma de decisiones compartidas de Hasak et al. (2017) se señala que, aunque la autogestión de la información a través de internet puede ayudar a las pacientes, también es posible que la falta de fiabilidad de las fuentes tenga efectos desalentadores, por lo que es necesario que la información sea recomendada por el equipo médico.

En los resultados de la búsqueda bibliográfica, sólo un estudio cualitativo realizado en Corea del Sur investigó sobre los factores que influyen en los cirujanos plásticos respecto a la elección del procedimiento en la reconstrucción mamaria (Yun et al., 2024).

Establecer expectativas realistas

La preparación psicológica y emocional debe incluir explicaciones claras y comprensibles sobre que la cirugía puede restaurar la apariencia de la mama, pero no será idéntica al aspecto previo a la mastectomía. Para este fin, el o la cirujano deben tomar en cuenta el informar sobre:

- a. *Los resultados visuales*: diferencias en la forma, la simetría y la textura del tejido. Pueden apoyarse en fotografías de resultados reales de casos similares.
- b. *Aspectos funcionales*: la sensibilidad del tejido reconstruido no será igual a la original y es importante aceptar que estas limitaciones forman parte del proceso de recuperación.
- c. *Tiempos de recuperación*: informar sobre los tiempos esperables de recuperación, que van desde semanas a meses, según la técnica escogida, para disminuir la ansiedad y fortalecer la paciencia.
- d. *Riesgos potenciales*, tales como posibles complicaciones o la necesidad de revisiones quirúrgicas.
- e. *Resultados emocionales*: si bien la reconstrucción mamaria puede mejorar la confianza y la autoestima, no siempre alivia por completo los retos emocionales, por lo que puede requerirse apoyo psicológico para resolverlos.

- f. *Ajustes y procedimientos secundarios*: en algunos casos, puede ser necesario realizar cirugías complementarias para mejorar los resultados estéticos o funcionales.

Acompañamiento psicológico profesional

Se debe contar con profesionistas de la salud mental (psicología y psiquiatría) con especialización en salud y procesos oncológicos para ayudar a manejar el estrés, la ansiedad y los cambios en la autoimagen consecuentes a las cirugías en las pacientes que lo requieran, así como para proporcionar el tratamiento especializado de trastornos psiquiátricos preexistentes o concurrentes (Shamsunder et al., 2023; Tang et al, 2024). Un seguimiento psicológico adecuado puede mitigar el impacto negativo en caso de que las expectativas no se cumplan, ayudando a las pacientes a procesar sus emociones y a enfocarse en aspectos positivos. Los programas de asesoramiento también pueden facilitar la aceptación de los resultados a largo plazo. La terapia grupal o de apoyo puede ampliar la red de apoyo social, ya que participar en grupos con personas que han atravesado una experiencia similar puede resultar reconfortante y enriquecedor.

Seguimiento continuo

Es importante que el equipo esté disponible para el acompañamiento durante todo el proceso, desde antes de la cirugía hasta la recuperación, para abordar de manera temprana cualquier dificultad emocional que pueda surgir.

Malestar psicológico y reconstrucción mamaria

La satisfacción con los resultados de la reconstrucción mamaria desempeña un papel crucial en el bienestar psicológico de las pacientes. En relación con esto, se ha recalcado la necesidad de diferenciar entre la percepción del ci-

rujano sobre los resultados de la reconstrucción y la percepción subjetiva de la paciente, que pueden no coincidir. Tomando en cuenta el reporte de resultados de la paciente, han surgido las escalas estandarizadas ya referidas, con las cuales se han podido medir y comprobar modelos explicativos de los resultados favorables o desfavorables de la reconstrucción en cuanto al malestar psicológico, identificando las siguientes relaciones:

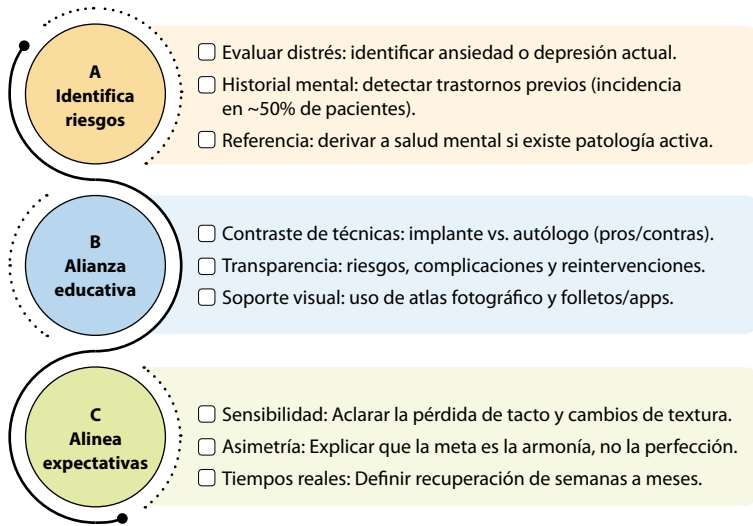
- a. *Autoimagen y autoestima.* Cuando las pacientes están satisfechas con el resultado, a menudo experimentan mejoras significativas en su autoimagen y autoestima, y se sienten más cómodas con su cuerpo después del procedimiento. Por el contrario, una insatisfacción con la apariencia estética o funcional puede llevar a sentimientos de frustración, incomodidad o incluso a la depresión.
- b. *Reducción de la ansiedad y el estrés.* La satisfacción con los resultados puede aliviar gran parte de la ansiedad que surge del proceso quirúrgico y de las preocupaciones sobre cómo se verán después. Si el resultado no cumple con las expectativas, puede intensificar el estrés, especialmente si las expectativas iniciales no estaban bien definidas.
- c. *Impacto en la calidad de vida.* Los estudios revisados muestran que las pacientes satisfechas con su reconstrucción reportan una mejoría en su calidad de vida, especialmente en la psicológica y la sexual (Gallegos et al., 2019; Martínez-López et al., 2021; Santosa et al., 2018; Shauly et al., 2023; Sungkar et al., 2024). En contraste, la insatisfacción puede generar aislamiento social o dificultades para adaptarse a su nueva apariencia, así como el arrepentimiento de la decisión tomada (Jones et al., 2023; Liu et al., 2025).

Asimismo, la revisión pone en relieve que las diferencias en los resultados entre países y regiones involucran aspectos raciales y culturales, por lo que, si bien los resultados de investigaciones realizadas en otros países son muy informativos, se necesitan encuestas y datos específicos de cada país para guiar eficientemente la toma de decisiones (Saiga et al., 2023).

En el estudio cualitativo de Boman et al. (2018) emergieron como temas principales para las pacientes los encuentros personales y respetuosos que

fortalecieron la seguridad de ser percibidas como seres humanos, el deseo de participar en las decisiones sobre el tratamiento, así como los esfuerzos realizados para gestionar el autocuidado en beneficio del bienestar. Para que esto sea posible, se requiere un aprendizaje y comprensión compartidos con el personal de salud, lo que implica la capacitación del personal de salud y el acceso a largo plazo a la atención médica ambulatoria y hospitalaria, elementos que no siempre son fáciles de conseguir, dependiendo de los contextos geográficos y los recursos disponibles en ellos, en particular de la disponibilidad de tiempo, que está muy limitada en la atención pública de la salud.

Figura 10.1. Check list de *Intervención psico-quirúrgica en la reconstrucción mamaria*



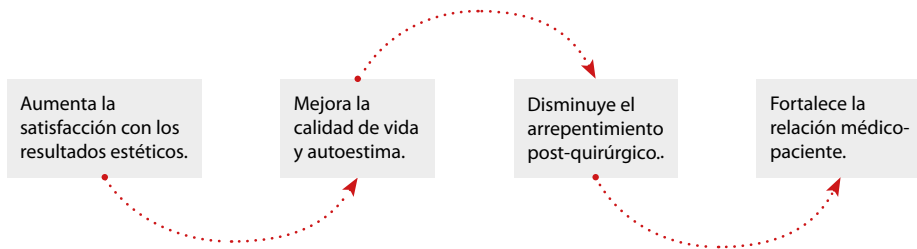
Fuente: elaboración propia con base en Nuñez Fadda y Partida Pérez (2024).

En la figura 10.1 se presenta el algoritmo de intervención psico-quirúrgica en la reconstrucción mamaria. El gráfico sintetiza el rol crítico del cirujano plástico en la prevención del arrepentimiento quirúrgico y la optimización del bienestar psicoemocional. Se estructuran tres fases clave: (A) *screening*: identificación de vulnerabilidades psicopatológicas previas; (B) alianza educativa: provisión de material didáctico y soporte visual para mi-

tigar la pérdida de información por estrés; y (C) gestión de expectativas: alineación de resultados estéticos y funcionales con la realidad clínica. El uso de medidas de resultado reportadas por el paciente, como el Breast-Q®, se establece como el estándar de oro para evaluar el éxito integral del procedimiento.

Cuando el cirujano implementa estas medidas psicológicas (véase la figura 10.2).

Figura 10.2. Resultados del cuidado integral



Fuente: elaboración propia con base en Nuñez Fadda y Partida Pérez (2024).

Conclusiones, recomendaciones y trabajo futuro

La reconstrucción mamaria es un proceso emocionalmente estresante para mujeres que ya están sujetas a los retos asociados al cáncer de mama. Por eso los cuidados psicológicos son fundamentales en esta etapa. Los cuidados psicológicos incluyen a todo el equipo de salud, para el cual se recomienda el trabajo interdisciplinario. Mientras que algunas medidas de tratamiento y apoyo requieren de psicólogos de enlace y psiquiatra, en este capítulo se han revisado los elementos a cargo del cirujano que influyen en los resultados psicoemocionales de la reconstrucción mamaria, especialmente en la satisfacción con el resultado o el arrepentimiento respecto a la decisión, que, como se ha revisado en los resultados, tienen un gran impacto en la calidad de vida y la relación con el equipo médico. Según la evidencia de investigación más reciente, estos elementos son: brindar información clara y suficiente de acuerdo a las necesidades de la paciente y ayudar a la toma de

decisiones compartidas, con expectativas realistas sobre los resultados de la reconstrucción mamaria.

En resumen, la percepción subjetiva de las pacientes sobre el resultado de la reconstrucción es tan importante como el resultado médico en sí. La comunicación clara entre paciente y médico, incluyendo información detallada, resolución de dudas, toma de decisiones compartida y construcción de expectativas realistas, es componente clave del cuidado psicológico para minimizar el malestar psicológico y promover un mayor bienestar en relación con la reconstrucción mamaria.

Tomando en cuenta los resultados de la revisión, se proponen las siguientes recomendaciones:

En primer lugar, desde el punto de vista de la aplicación clínica, es importante dar mayor difusión al conocimiento sobre los cuidados psicológicos que sólo pueden ser realizados por el equipo médico, en especial por las y los cirujanos. Es posible que una buena cantidad de ellos ya forme parte de las prácticas habituales de los equipos quirúrgicos, pero éstas no están documentadas, ni tampoco su eficacia en la satisfacción/arrepentimiento con la reconstrucción, ni en la calidad de vida relacionada con la salud de las pacientes.

No sólo a nivel nacional, sino también en la literatura médica en general, se carece de estadísticas o datos sobre cuánto y cómo encaran los cirujanos estas tareas de cuidados, que plantean retos y oportunidades. ¿Las consideran realizables? ¿En qué medida, o bajo qué condiciones? ¿Cuál es su experiencia y percepción subjetiva respecto a la toma de decisiones para la reconstrucción mamaria? ¿De qué manera la satisfacción o el arrepentimiento de las pacientes incide en el bienestar de los cirujanos? Estas y otras preguntas constituyen un campo de investigación inexplorado que puede aportar conocimiento valioso para la atención centrada en las pacientes, aportando evidencias sobre cuáles son las prácticas de cuidado psicoemocional más efectivas y eficientes para las pacientes y el equipo a cargo de la reconstrucción.

De aquí se desprende una segunda recomendación, la necesidad de elaborar protocolos de investigación sobre los resultados reportados por las pacientes, incluyendo la satisfacción y el arrepentimiento con la reconstrucción. Aprovechando que existen escalas estandarizadas ya probadas inter-

nacionalmente e incluso adaptadas al español, se podría recabar evidencia que permita fundamentar recomendaciones de cuidados psicológicos basadas en datos empíricos, para fortalecer las buenas prácticas centradas en las pacientes, basadas en evidencia. Como lo indican los hallazgos de las investigaciones revisadas, la idoneidad de los procedimientos escogidos y los cuidados proporcionados deben ajustarse a los aspectos sociodemográficos, culturales y de valores propios de cada paciente y de su contexto particular, por lo que es indispensable contar con datos propios de Latinoamérica y de México. Esta tarea aún está por hacerse, pero es indispensable para proteger y restablecer el bienestar psicológico de las mujeres con cáncer de mama, a la vez que se previene la aparición de trastornos depresivos y de ansiedad que perjudiquen su evolución, para alcanzar una mejora sustantiva en su calidad de vida.

Referencias

- Alshammari, S. M., Aldossary, M. Y., Almutairi, K., Almulhim, A., Alkhazmari, G., Alyaqout, M., y Abrar, H. (2019). Patient-reported outcomes after breast reconstructive surgery: A prospective cross-sectional study. *Annals of medicine and surgery*, 39, 22-25. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2019.02.002>
- Boman, L. E., Sandelin, K., Wengström, Y., y Silén, C. (2018). Patients' participation during treatment and care of breast cancer - a possibility and an imperative. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 37, 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.09.002>
- Cai, L., y Momeni, A. (2022). The Impact of Reconstructive Modality and Postoperative Complications on Decision Regret and Patient-Reported Outcomes following Breast Reconstruction. *Aesthetic plastic surgery*, 46(2), 655-660. <https://doi.org/10.1007/s00266-021-02660-2>
- Davies, C. F., Macefield, R., Avery, K., Blazeby, J. M., y Potter, S. (2021). Patient-Reported Outcome Measures for Post-mastectomy Breast Reconstruction: A Systematic Review of Development and Measurement Properties. *Annals of Surgical Oncology*, 28(1), 386-404. <https://doi.org/10.1245/s10434-020-08736-8>
- de Ligt, K. M., van Bommel, A. C. M., Schreuder, K., Maduro, J. H., Vrancken Peeters, M. T. F. D., Mureau, M. A. M., Siesling, S. (2018). NABON Breast Cancer Audit Working Group. The effect of being informed on receiving immediate breast reconstruction in breast cancer patients. *Eur J Surg Oncol.*, 44(5), 717-724. doi: 10.1016/j.ejso.2018.01.226

- Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S., y Stange, K. C. (2011). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs*, 30(8), 1589-1595. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0240>
- Fang, S. Y., Lin, P. J., y Kuo, Y. L. (2021). Long-Term Effectiveness of a Decision Support App (Pink Journey) for Women Considering Breast Reconstruction Surgery: Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 9(12), e31092. <https://doi.org/10.2196/31092>
- Fortunato, L., Loreti, A., Cortese, G., Spallone, D., Toto, V., Cavaliere, F., Farina, M., La Pinta, M., Manna, E., Detto, L., y Pallara, T. (2021). Regret and Quality of Life After Mastectomy with or Without Reconstruction. *Clinical Breast Cancer*, 21(3), 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2019.11.005>
- Gallegos Sierra, C., Morales Flores, E. A., Villarreal Salgado, J. L., Hernández Gómez, G., Ramos Guerrero, J. A., y Danilla, S. (2019). Calidad de vida en reconstrucción mamaria postmastectomía. Aplicación del instrumento Breast-Q®. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 45(4), 369-376.
- Gargantini, A. C. G., y Martín Casari, L. (2019). Imagen corporal y su influencia en la calidad de vida en mujeres con mastectomía. Comparación entre mujeres con reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida o sin reconstrucción. *Psicooncología*, 16(1), 43-60. <https://doi.org/10.5209/PSIC.63647>
- Hasak, J. M., Myckatyn, T. M., Grabinski, V. F., Philpott, S. E., Parikh, R. P., y Politi, M. C. (2017). Stakeholders' Perspectives on Postmastectomy Breast Reconstruction: Recognizing Ways to Improve Shared Decision Making. *Plastic and reconstructive surgery. Global open*, 5(11), e1569. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000001569>
- Ho, A. L., Klassen, A. F., Cano, S., Scott, A. M., y Pusic, A. L. (2013). Optimizing patient-centered care in breast reconstruction: the importance of preoperative information and patient-physician communication. *Plast Reconstr Surg.*, 132(2), 212e-220e
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>
- Jara, R., Albornoz, C., Valdés, M., Andrades, P., Erazo, C., Danilla, S., y Sepúlveda, S. (2020). Traducción y adaptación transcultural al español (castellano) del instrumento Breast-Q® módulo reconstrucción mamaria. *Revista de cirugía*, 72(2), 126-129.
- Jones, H. E., Cruz, C., Stewart, C., y Losken, A. (2023). Decision regret in plastic surgery: A Summary. *Plast Reconstr Surg Glob Open*, 11: e5098; doi: 10.1097/GOX.0000000000005098
- Kuo, N. T., Kuo, Y. L., Lai, H. W., Ko, N. Y., y Fang, S. Y. (2019). The influence of partner involvement in the decision-making process on body image and decision regret among women receiving breast reconstruction. *Supportive care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 27(5), 1721-1728. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4416-6>
- Li, Y., Wu, X., y Lyu, J. (2021). Patient-reported outcomes and satisfaction with breast reconstruction: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Oncology*, 11, 715486. <https://doi.org/10.3389/fonc.2021.715486>

- Liu, Y., Zhang, L., y Wang, H. (2025). The impact of shared decision-making on psychological recovery after breast reconstruction: A longitudinal study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 32(1), 45-58.
- Madison, A. A., Peng, J., Shrout, M. R., Renna, M. E., Alfano, C. M., Povoski, S. P., Lipari, A. M., Agnese, D. M., Carson, W. E., Malarkey, W. B., y Kiecolt-Glaser, J. K. (2021). Distress Trajectories in Black and White Breast Cancer Survivors: From Diagnosis to Survivorship. *Psychoneuroendocrinology*, 131, 105288. <https://doi.org/10.1016/j.psyneu-en.2021.105288>
- Martínez-López, J. C., García-Espinoza, J. A., Flores-Soto, D., Navarro-Delgadillo, C. I., Márquez-Espriella, C., Dávila-Díaz, R., ... y Avalos-Gómez, V. H. (2021). Patient satisfaction index and quality of life measurement with Breast-Q after breast reconstruction in a plastic surgery center in Mexico. *Journal of Biosciences and Medicines*, 9(6), 94-105.
- Núñez Fadda, S. M., y Partida Pérez, M. (2014). Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama: Un enfoque integral. Guadalajara, México: Editorial Universidad de Guadalajara.
- Olivares, M. E. (2007). Cirugía mamaria: aspectos psicológicos. *Psicooncología*, 4(2-3), 447-464.
- Park, J. H., Chun, M., Bae, S. H., Woo, J., Chon, E., y Kim, H. J. (2024). Factors influencing psychological distress among breast cancer survivors using machine learning techniques. *Scientific reports*, 14(1), 15052. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-65132-y>
- Pittermann, A., y Radtke, C. (2019). Psychological Aspects of Breast Reconstruction after Breast Cancer. *Breast care (Basel, Switzerland)*, 14(5), 298-301. <https://doi.org/10.1159/000503024>
- Protesoni, A. L., y Grillé, S. (2022). Esquemas desadaptativos tempranos en mujeres con cáncer de mama y su asociación con la calidad de vida relacionada con la salud. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 12(3), 40-59.
- Saiga, M., Nakagiri, R., Mukai, Y., Matsumoto, H., y Kimata, Y. (2023). Trends and issues in clinical research on satisfaction and quality of life after mastectomy and breast reconstruction: a 5-year scoping review. *International Journal of Clinical Oncology*, 28(7), 847-859. <https://doi.org/10.1007/s10147-023-02347-5>
- Saldanha, I. J., Cao, W., Broyles, J. M., Adam, G. P., Bhuma, M. R., Mehta, S., Dominici, L. S., Pusic, A. L., y Balk, E. M. (2021). *Breast Reconstruction After Mastectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Santosa, K. B., Qi, J., Kim, H. M., et al. (2018). Long-term patient reported outcomes in postmastectomy breast reconstruction. *JAMA Surg.*, 153(10), 891-899.
- Shamsunder, M. G., Chu, J. J., Polanco, T. O., Yin, S., Muniz, R. C., James, M. C., Mehrara, B. J., Pusic, A. L., Voineskos, S., y Nelson, J. A. (2023). The Impact of Psychiatric Diagnoses on Patient-reported Satisfaction and Quality of Life in Postmastectomy Breast Reconstruction. *Annals of surgery*, 277(6), e1313-e1323. <https://doi.org/10.1097/SLA.00000000000005478>
- Shaul, O., Olson, B., Marxen, T., Menon, A., Losken, A., y Patel, K. M. (2023). Direct-to-implant versus autologous tissue transfer: A meta-analysis of patient-reported out-

- comes after immediate breast reconstruction. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery: JPRAS*, 84, 93-106. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2023.05.029>
- Stewart, M. (2001). Towards a Global Definition of Patient-Centred Care. *BMJ*, 322(7284), 444-445.
- Sungkar, A., Yarso, K. Y., Nugroho, D. F., Wahid, D. I., y Permatasari, C. A. (2024). Patients' Satisfaction After Breast Reconstruction Surgery Using Autologous versus Implants: A Meta-Analysis. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 25(4), 1205-1212. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2024.25.4.1205>
- Tang, W. Z., Mangantig, E., Iskandar, Y. H. P., Cheng, S. L., Yusuf, A., y Jia, K. (2024). Prevalence and associated factors of psychological distress among patients with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 14(9), e077067. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077067>
- Wang, H., Liu, J., Bordes, M.C., et al. (2022). The role of psychosocial factors in patients' recollections of breast reconstruction options discussed with their surgeons. *Sci Rep* 12, 7485. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11478-0>
- Yun, J. Y., Jeon, D. N., Jeon, B. J., y Kim, E. K (2024). Factors influencing the decision-making process in breast reconstruction from the perspective of reconstructive surgeons: A qualitative study involving Korean plastic surgeons. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 93, 72-80.
- Zong, A. M., Leibl, K. E., y Weichman, K. E. (2023). Satisfaction with Information Predicts Satisfaction with Outcome and Surgeon in Black and Hispanic Patients Undergoing Breast Reconstruction. *Annals of plastic surgery*, 90(6S suppl. 5), S713-S719. <https://doi.org/10.1097/SAP.000000000000348>

