

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS



EVOLUCIÓN PSICOSOCIAL EN PACIENTES
INTERVENIDAS DE CIRUGÍA
ESTÉTICA MAMARIA

Tesis realizada bajo la dirección de los profesores Dña. M^a Ángeles Pérez San Gregorio y D. Agustín Martín Rodríguez en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla, que para la obtención del Grado de Doctora presenta Dña. María Jesús Arias Moreno.

En Sevilla, a 19 de julio de 2013



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN
Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

Camilo José Cela, s/n
Teléf 954 55 78 13 - Fax 954 55 78 07
41018 SEVILLA

**M^a ANGELES PÉREZ SAN GREGORIO, CATEDRÁTICA DE UNIVERSIDAD,
Y AGUSTÍN MARTÍN RODRÍGUEZ, PROFESOR TITULAR DE
UNIVERSIDAD; AMBOS PRETENECIENTES AL DEPARTAMENTO DE
PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS DE
LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA,**

INFORMAN

Que D^a M^a JESÚS ARIAS MORENO ha realizado bajo nuestra dirección la Tesis Doctoral titulada **EVOLUCIÓN PSICOSOCIAL EN PACIENTES INTERVENIDAS DE CIRUGÍA ESTÉTICA MAMARIA**, presentada para optar al título de Doctora en Psicología y que a nuestro juicio, reúne las condiciones exigibles para proceder a su lectura y defensa.

Lo que firmamos a petición de la interesada, para que surta los efectos oportunos allí donde hubiere lugar, en Sevilla, a 17 de julio de 2013.

Fdo.: Dra. D^a M^a Angeles Pérez San Gregorio
DIRECTORA DE TESIS

Fdo.: Dr. D. Agustín Martín Rodríguez
DIRECTOR DE TESIS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN
Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

Fdo.: D^a M^a Jesús Arias Moreno
LA DOCTORANDA

AGRADECIMIENTOS

Quisiera que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas mujeres que han participado desinteresadamente en la realización de esta investigación, ya que, gracias a la confianza que ellas han depositado en nosotros, este estudio ha podido ver la luz.

Debo agradecer de una forma especial a la Directora y al Director de este estudio, la Dra. M^a Ángeles Pérez San Gregorio y el Dr. Agustín Martín Rodríguez, por aceptarme para realizar esta Tesis Doctoral bajo su dirección y por ofrecerme durante todos estos años la orientación, el seguimiento y la supervisión constante de mi investigación. Les agradezco también a ellos el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta Tesis. Y sobre todo, por el apoyo, motivación y confianza que siempre han depositado en mi trabajo. Además de ser excelentes profesionales son unas personas maravillosas. Muchas gracias a los dos por tantas horas de dedicación y esfuerzo.

Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento al Dr. José Ignacio Ortega Martínez, por su importante aporte y participación activa en el desarrollo de esta tesis. Debo destacar, por encima de todo, su disponibilidad y paciencia. Sin su contribución no habría sido posible la realización de esta Tesis Doctoral. Admiro ante todo su calidad humana, la dedicación y el compromiso que adquiere con cada una de sus pacientes, así como la atención que reciben éstas desde el primer momento que visitan la consulta y, después, durante todos los años posteriores a la intervención.

También ha sido una gran ayuda la colaboración de la psicóloga, amiga y excelente persona, Nuria Sánchez Roblas. Por su interés y apoyo en este trabajo. Gracias por estar a mi lado.

A Eli Cabello Domínguez, una futura doctora y maravillosa compañera de viaje a lo largo de estos años. A ella le transmito todo mi ánimo y coraje, y le deseo lo mejor para su futuro.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de mis padres y mis dos hermanos. Sé cuanta ilusión les hace ver finalizada esta investigación y lo orgullosos que se han sentido en todo momento de mí.

Y por último, a mi pequeño Ignacio, por todas las horas que no pude dedicarle mientras realizaba este trabajo.

A vosotros, con todo mi cariño, muchas gracias.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. Antecedentes históricos y justificación del estudio	4
1.2. Mamoplastia de aumento	7
1.2.1. Definición, incidencia y aspectos históricos	7
1.2.2. Técnica quirúrgica y complicaciones	10
1.3. Mastopexia	11
1.3.1. Definición, incidencia y aspectos históricos	11
1.3.2. Técnica quirúrgica y complicaciones	12
1.4. Mamoplastia de reducción	15
1.4.1. Definición, incidencia y aspectos históricos	15
1.4.2. Técnica quirúrgica y complicaciones	18
1.5. Aspectos psicológicos implicados en la cirugía estética mamaria	22
1.5.1. Mamoplastia de aumento	22
1.5.2. Mastopexia	25
1.5.3. Mamoplastia de reducción	26
1.6. Resultados biopsicosociales y satisfacción de las pacientes en la cirugía estética mamaria	32
1.6.1. Mamoplastia de aumento	32
1.6.2. Mamoplastia de reducción	34
1.7. Mamoplastia de aumento y tasa de mortalidad	36
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	39
2.1. Objetivos	39

2.2. Hipótesis	39
3. MATERIAL Y MÉTODO	42
3.1. Participantes	42
3.1.1. Grupo 1: mamoplastia de aumento	42
3.1.2. Grupo 2: mastopexia	43
3.1.3. Grupo 3: mamoplastia de reducción	45
3.2. Instrumentos de evaluación	53
3.2.1. Encuesta Psicosocial Preoperatorio	54
3.2.2. Encuesta Psicosocial Un Mes Postoperatorio	54
3.2.3. Encuesta Psicosocial Seis Meses Postoperatorio	55
3.2.4. Encuesta Psicosocial Un Año Postoperatorio	55
3.2.5. Inventario de Depresión de Beck (BDI)	56
3.2.6. Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	57
3.2.7. Cuestionario de Salud SF-12	58
3.2.8. Escala de Autoconcepto de Tennessee (TSCS)	59
3.2.9. Escala de Clima Social en la Familia (FES)	60
3.3. Procedimiento	61
3.3.1. Selección de los grupos muestrales	61
3.3.2. Procedimiento de aplicación de las pruebas	63
3.3.3. Material Informático	63
3.3.4. Métodos estadísticos	63
4. RESULTADOS	65
4.1. Evolución psicosocial en pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento	65
4.1.1. Salud mental	65
4.1.2. Calidad de vida	65
4.1.3. Autoconcepto	66

4.1.4. Relaciones familiares	67
4.2. Evolución psicosocial en pacientes intervenidas de mastopexia	68
4.2.1. Salud mental	68
4.2.2. Calidad de vida	69
4.2.3. Autoconcepto	70
4.2.4. Relaciones familiares	71
4.3. Evolución psicosocial en pacientes intervenidas de mamoplastia de reducción	71
4.3.1. Salud mental	71
4.3.2. Calidad de vida	72
4.3.3. Autoconcepto	73
4.3.4. Relaciones familiares	74
4.4. Comparación de la evolución psicosocial en función de la cirugía estética mamaria	74
4.4.1. Salud mental	74
4.4.2. Calidad de vida	75
4.4.3. Autoconcepto	76
4.4.4. Relaciones familiares	77
5. DISCUSIÓN	88
6. CONCLUSIONES	98
7. REFERENCIAS	101
8. ANEXOS	119
Anexo 1. Encuesta Psicosocial Preoperatorio	119
Anexo 2. Encuesta Psicosocial Un Mes Postoperatorio	122
Anexo 3. Encuesta Psicosocial Seis Meses Postoperatorio	125
Anexo 4. Encuesta Psicosocial Un Año Postoperatorio	127
Anexo 5. Inventario de Depresión de Beck (BDI)	130

Anexo 6. Escala de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)	132
Anexo 7. Cuestionario de Salud SF-12	134
Anexo 8. Escala de Autoconcepto de Tennessee (TSCS)	136
Anexo 9. Escala de Clima Social en la Familia (FES)	137
Anexo 10. Hoja de Información y Consentimiento Informado	138

“La cirugía estética no se refiere a la belleza, sino a la identidad. Para una mujer que se encuentra dentro de un cuerpo que no siente como suyo, la cirugía estética constituye una forma de renegociar su identidad”.

Davies, K. (1995).
*Reshaping the female body: The dilemma
of cosmetic surgery* (p. 216).
New York, NY: Routledge.

RESUMEN

RESUMEN

Evolución psicosocial en mujeres intervenidas de cirugía estética mamaria

Objetivo: Analizar, por un lado, la evolución psicosocial (salud mental, calidad de vida, autoconcepto y relaciones familiares) en pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento, mastopexia y mamoplastia de reducción en función de las siguientes fases temporales: preoperatoria y postoperatoria (1 mes, 6 meses y 12 meses). Y por otro lado, comparar dicha evolución psicosocial según el tipo de cirugía estética mamaria.

Método: Se seleccionaron tres grupos: 1) 63 mujeres que se sometieron a una mamoplastia de aumento con una edad media de 28.38 años ($DT= 7.39$ años); 2) 42 mujeres que se sometieron a una mastopexia con una edad media de 33.86 años ($DT= 6.68$ años); y 3) 28 mujeres que se sometieron a una mamoplastia de reducción con una edad media de 37.39 años ($DT= 11.45$ años). Todas las pacientes fueron intervenidas entre noviembre de 2008 y octubre de 2011 en el Hospital Nisa Aljarafe de Sevilla, bajo anestesia general, y por un único especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Los instrumentos de evaluación empleados fueron los siguientes: *Encuesta Psicosocial sobre datos sociodemográficos y clínicos*, *Inventario de Depresión de Beck* (BDI), *Escala de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI), *Cuestionario de Salud* (SF-12), *Escala de Autoconcepto de Tennessee* (TSCS), y *Escala de Clima Social en la Familia* (FES). Todas las pacientes fueron evaluadas en cuatro momentos temporales diferentes: fase preoperatoria (en el intervalo de los siete días anteriores a la intervención quirúrgica) y fases postoperatorias (al mes, a los 6 meses y a los 12 meses de la intervención quirúrgica; coincidiendo estos periodos con la revisión médica de las pacientes). A nivel estadístico y para analizar la evolución psicosocial en las pacientes intervenidas de cirugía estética mamaria, aplicamos en cada grupo de mujeres (mamoplastia de aumento, mastopexia y mamoplastia de reducción) un “análisis de varianza con medidas repetidas”. En aquellas dimensiones que resultaron significativas, para saber en qué momentos temporales se hallaban las diferencias, realizamos “comparaciones a posteriori” (comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo). Además, para controlar la tasa de error, tanto los niveles críticos como los intervalos de confianza, se ajustaron mediante la “corrección de Bonferroni”. Cuando no se pudo asumir la esfericidad, se registró el valor de “Greenhouse-Geisser Epsilon”. También se calculó el “tamaño de efecto” (d de Cohen) para conocer la relevancia de las diferencias halladas (grandes, medianas, pequeñas y nulas). Para comparar dicha evolución psicosocial en función del tipo de cirugía estética mamaria, tal y como se plantea en el cuarto objetivo, aplicamos un “análisis mixto de covarianza (ANCOVA)” en el que analizamos la influencia de dos variables independientes: tipo de cirugía (mamoplastia de aumento, mastopexia y mamoplastia de reducción) y tiempo (fase preoperatoria y 1 mes, 6 meses y 12 meses postoperatorios). Se delimitó como covariable, la edad.

Resultados y Conclusiones: Con relación a los tres primeros objetivos del estudio y teniendo en cuenta exclusivamente los tamaños de efecto relevantes (medianos y grandes), podemos resumir los principales hallazgos en los siguientes:

a) *Comparación fase preoperatoria con 1 mes postoperatorio:*

a.1) *Mamoplastia de aumento:* en el preoperatorio, las pacientes presentaban peor salud mental (depresión, $d=0.52$; ansiedad estado, $d=0.76$; ansiedad rasgo, $d=0.54$), mejor calidad de vida (dolor corporal, $d=1.38$; función física, $d=0.53$; rol físico, $d=1.49$) y peor autoconcepto (autoestima física, $d=-0.90$; autoconcepto físico total, $d=-0.65$).

a.2) *Mastopexia:* en el preoperatorio, las pacientes presentaban peor salud mental (depresión, $d=0.71$; ansiedad estado, $d=0.79$; ansiedad rasgo, $d=0.54$), mejor calidad de vida (dolor corporal, $d=1.43$; vitalidad, $d=0.64$; función física, $d=0.52$; función social, $d=0.50$; rol físico, $d=1.72$) y peor autoconcepto (autoestima física, $d=-0.64$; autoconcepto físico total, $d=-0.44$).

a.3) *Mamoplastia de reducción:* en el preoperatorio, las pacientes presentaban peor salud mental (depresión, $d=0.50$; ansiedad estado, $d=0.73$; ansiedad rasgo, $d=0.65$), mejor calidad de vida (dolor corporal, $d=0.79$; función física, $d=0.61$; rol físico, $d=1.81$) y peor autoconcepto (autoestima física, $d=-0.58$; autoconcepto físico total, $d=-0.52$).

b) *Comparación fase preoperatoria con 6 meses postoperatorio:*

b.1) *Mamoplastia de aumento:* en el preoperatorio, las pacientes presentaban peor salud mental (depresión, $d=0.70$; ansiedad estado, $d=0.86$; ansiedad rasgo, $d=0.63$) y peor autoconcepto (autoestima física, $d=-0.94$; autoconcepto físico total, $d=-0.64$).

b.2) *Mastopexia:* en el preoperatorio, las pacientes presentaban peor salud mental (depresión, $d=0.73$; ansiedad estado, $d=0.76$) y peor autoconcepto (autoestima física, $d=-0.83$; autoconcepto físico total, $d=-0.63$).

b.3) *Mamoplastia de reducción:* en el preoperatorio, las pacientes presentaban peor salud mental (depresión, $d=0.50$; ansiedad estado, $d=0.51$; ansiedad rasgo, $d=0.50$), peor calidad de vida (dolor corporal, $d=-0.50$) y peor autoconcepto (autoestima física, $d=-0.62$; autoconcepto físico total, $d=-0.63$).

c) *Comparación fase preoperatoria con 12 meses postoperatorio:*

c.1) *Mamoplastia de aumento:* en el preoperatorio, las pacientes presentaban peor salud mental (depresión, $d=0.60$; ansiedad estado, $d=0.70$; ansiedad rasgo, $d=0.61$) y peor autoconcepto (autoestima física, $d=-0.87$; autoconcepto físico total, $d=-0.63$).

c.2) *Mastopexia:* en el preoperatorio, las pacientes presentaban peor salud mental (depresión, $d=0.91$; ansiedad estado, $d=0.88$; ansiedad rasgo, $d=0.68$) y peor autoconcepto (autoestima física, $d=-0.82$; autoconcepto físico total, $d=-0.64$).

c.3) *Mamoplastia de reducción*: en el preoperatorio, las pacientes presentaban peor salud mental (ansiedad estado, $d=0.66$; ansiedad rasgo, $d=0.59$) y peor autoconcepto (autoconcepto físico, $d=-0.56$; autoestima física, $d=-0.76$; autocomportamiento físico, $d=-0.59$; autoconcepto físico total, $d=-0.80$).

Respecto al cuarto y último objetivo, hallamos que las diversas fases temporales no ejercen un efecto diferencial en el tipo de cirugía estética mamaria, presentando la misma evolución psicológica (salud mental, calidad de vida, autoconcepto y relaciones familiares) en todas las variables estudiadas, excepto en la variable “cohesión” ($p=.001$). En esta última, las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento presentan puntuaciones más elevadas en las fases postoperatorias que en el periodo preoperatorio; no hallándose cambios en el tiempo en las pacientes intervenidas de mastopexia y mamoplastia de reducción.

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes históricos y justificación del estudio.

La mama de la mujer representa la crianza y la nutrición, pero también es el símbolo universal de la feminidad, del amor y de la sexualidad. El interés de la mujer por el aspecto de sus mamas no es exclusivo de la era moderna. Se han encontrado dibujos en cuevas, fechados en el año 3.000 a.C. (Edgerton, Meyer, & Jacobson, 1961), en los que aparecen mujeres con una especie de prótesis mamarias externas, similares a los sujetadores y corsés actuales, con el objetivo de modificar el aspecto de sus mamas (Peters, 1981). Sin embargo, el interés de la sociedad por la mama de la mujer no ha sido constante a lo largo de la historia. Ejemplo de ello fueron los últimos siglos de la Edad Media, entre el XII y el XV, cuando la influencia de la Iglesia Católica en la Europa de aquella época provocó la ocultación que se hizo de la mama de la mujer, sólo reproducida en la pintura religiosa a través de la Virgen María amamantando a Jesús. Hubo que esperar hasta la llegada del Renacimiento, en el siglo XV, para volver a ver públicamente el escote femenino, de lo cuál pueden encontrarse abundantes muestras en la pintura y escultura de la época. La Revolución Francesa, en 1789, supuso el impulso definitivo en la exhibición pública de la mama de la mujer.

No puede hablarse de un “volumen ideal” de la mama, ya que, además de las diferencias notables existentes entre unas y otras mujeres, éste se encuentra influido por factores como la época histórica, el área geográfica, la moda, la industria cinematográfica, etc. A lo largo de la historia cada civilización ha establecido su propio patrón estético con relación al cuerpo de la mujer, en general, y al volumen de su mama, en particular. Ateniéndonos a la civilización occidental, por ejemplo, a comienzos del siglo XIX la figura femenina considerada como bella era pequeña y en forma de reloj de arena, variando a lo largo de ese siglo hacia un cuerpo más alto y fornido. Durante los primeros años del siglo XX la belleza en el cuerpo de la mujer se relacionaba con una figura alta y similar a una estatua, con unas mamas de tamaño considerable (Steele, 1985). En la tercera década de ese siglo, sin embargo, la diseñadora francesa Coco Chanel rompe con el estereotipo de mujer y consigue extender el gusto por la mujer delgada y con la mama pequeña, casi con aspecto andrógino. Exponentes de esta tendencia fueron algunas de las más famosas actrices de la época: Greta Garbo, Katherine Hepburn, etc. Durante los años 50 y 60, y debido en parte a la influencia de la industria del espectáculo y de cierto tipo de prensa, como la revista *Playboy*, el prototipo de mujer atractiva se desplaza hacia aquella con curvas sinuosas y mamas voluminosas, manifestación de lo cuál podemos encontrarlo en iconos como Marilyn Monroe o Sofía Loren. En la década de los 70 el concepto de belleza vuelve a aproximarse al de la mujer delgada y con la mama más bien pequeña, teniendo a la modelo Twiggy como uno de sus mayores exponentes. A mediados de la década de los 80 se extiende entre las mujeres la práctica del deporte, costumbre que alcanza la época actual. El cuerpo de mujer considerado atractivo pasa a ser más atlético. Paralelamente, y posiblemente debido a la influencia de la cultura norteamericana a través del cine, televisión y otros medios de comunicación, se

observa que las nuevas generaciones de veinteañeras prefieren un pecho más grande que sus madres, e incluso que sus hermanas mayores, cuando tenían su misma edad.

La insatisfacción con su propio cuerpo lleva a muchas personas a adoptar ciertas decisiones con el objetivo de mejorar su aspecto físico. Esta búsqueda comienza por medidas sencillas, como la elección de una determinada vestimenta, continúa con acciones más difíciles de mantener en el tiempo, como la realización de ejercicio físico y un cambio en el hábito nutricional, y llega a culminar, en ocasiones, con algún tipo de tratamiento médico-estético o, incluso, una intervención de cirugía estética.

La Cirugía Plástica, Estética y Reparadora es la especialidad médica cuyo objetivo es mejorar la forma y/o función del organismo tratando los defectos ocasionados por traumatismos, malformaciones congénitas o extirpaciones por cáncer. La palabra plástica proviene de la palabra griega “*plastikos*”, que significa “crear forma”. La Cirugía Estética es la parcela, dentro de la Cirugía Plástica, que tiene como objetivo mejorar el aspecto físico del individuo. Su objetivo inmediato no es mejorar la función de una parte del cuerpo, sino su forma. Y su objetivo final, mejorar la calidad de vida de la persona a través de un incremento en su bienestar psicológico (McCarthy, 1990).

A principios de la década de los 90, con un poco de retraso respecto a otros países occidentales, comienza a crecer de forma exponencial en nuestro país el interés de la persona, especialmente el de la mujer, por su imagen corporal, lo que redundó en un mayor cuidado de su aspecto físico. Este hecho, unido a la mejoría del nivel de vida, explica el auge y popularización que tuvo la cirugía estética en España durante esos años y que, considerando la crisis económica que estamos viviendo y lo prescindible del gasto que supone, podríamos decir que aún persiste en cierta medida.

Durante las dos últimas décadas se ha producido un incremento del número de intervenciones de cirugía estética en todo el mundo. En España no disponemos de estadísticas de este tipo pero sabemos que, según la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos (*American Society of Plastic Surgeons*, 2013), en Estados Unidos se realizaron, a lo largo de 2012, casi 15 millones de procedimientos médicos estéticos, quirúrgicos y no quirúrgicos, de los cuáles casi 1.6 millones fueron intervenciones de cirugía estética (<http://www.plasticsurgery.org/Documents/news-resources/statistics/2012-Plastic-Surgery-Statistics/Cosmetic-Procedure-Trends-2012.pdf>). Estas cifras suponen, respecto al año anterior, un incremento del 5% de los procedimientos no quirúrgicos y, por primera vez en muchos años, y sin duda debido a la crisis económica, una reducción del número de procedimientos quirúrgicos del 2%.

La cirugía estética dejó de ser hace tiempo coto exclusivo de ricas y famosas. Desde el comienzo del auge de la cirugía estética, mujeres y hombres, jóvenes y mayores (Sarwer *et al.*, 2005a) de diferentes clases socioeconómicas (Didie & Sarwer, 2003) de todo el mundo se someten anualmente a alguna intervención de cirugía estética con el objetivo de mejorar su aspecto físico.

Dentro de las diferentes intervenciones de cirugía estética, la cirugía mamaria en la mujer (aumento, reducción y elevación) ocupa el primer lugar en frecuencia. En concreto, según el último informe publicado por la Sociedad Internacional de Cirugía Estética Plástica (*International Society of Aesthetic Plastic Surgery*, 2012), la cirugía mamaria femenina constituyó casi el 33% de todas las intervenciones de cirugía estética realizadas en todo el mundo en el año 2011, con un número total de 2.077.602 pacientes intervenidas ([http://www.isaps.org/files/html-contents/Downloads/ISAPS%20Results %20-%20Procedures%20in%202011.pdf](http://www.isaps.org/files/html-contents/Downloads/ISAPS%20Results%20-%20Procedures%20in%202011.pdf)).

El crecimiento experimentado por la cirugía estética ha provocado que los profesionales de la salud mental hayan dirigido su atención hacia los aspectos psicológicos de aquellas personas que se someten a una intervención quirúrgica de este tipo. Considerando, además, el número y diversidad de personas que se someten a intervenciones de cirugía estética cada año, es fácil entender que en ellas pueden detectarse muchos de los trastornos psiquiátricos menores conocidos e incluso, a veces, mayores.

Numerosos autores han estudiado la relación existente entre la cirugía estética y la imagen corporal, no sólo respecto a la insatisfacción que los pacientes de cirugía estética presentan sobre su imagen corporal antes de la intervención, sino también respecto a la mejoría que experimenta ésta después de la intervención (Anderson & Franke, 2008). Sin embargo, por una parte, todavía no se conoce perfectamente la relación existente entre la mayoría de estos trastornos y la satisfacción postoperatoria de las personas que se han sometido a una intervención de este tipo, y por otra parte, esta relación sigue siendo controvertida en la mayoría de los casos (Anderson & Franke, 2008).

La insatisfacción de la persona con su imagen corporal desempeña un papel fundamental en el origen y desarrollo de diversos trastornos psicológicos, entre los que se incluyen la ansiedad, la depresión, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de identidad de género.

El trastorno psicológico más frecuente relacionado con la cirugía estética es la dismorfofobia. La persona que la sufre muestra una preocupación excesiva en relación con un defecto leve, o incluso imaginario, de su aspecto físico, provocándole una grave alteración de su comportamiento diario (Sarwer, 2002). La dismorfofobia puede llevar a la persona que la padece, en un intento de reducir el estrés relacionado con su aspecto físico, a someterse a una intervención quirúrgica. Es importante que se tenga presente este trastorno en la actividad diaria de una consulta de cirugía plástica por dos razones fundamentales: primera, porque del 7 al 10% de los pacientes que acuden a ella lo sufren; y segunda, porque este trastorno no sólo puede no mejorar después de la intervención quirúrgica sino que, con frecuencia, empeora (Philips, 1996).

Hasta la fecha se han publicado pocos estudios que hayan comparado, desde el punto de vista psicológico, la diferente evolución que presentan las pacientes sometidas a los tres tipos de cirugía estética mamaria: mamoplastia de aumento, mastopexia y mamoplastia de reducción. Por eso consideramos relevante el estudio de

la influencia que, tanto el tipo de intervención quirúrgica, como el tiempo transcurrido desde la misma, pueden ejercer sobre determinadas variables psicosociales como la ansiedad, la depresión, las relaciones familiares, el autoconcepto y la calidad de vida de estas pacientes.

1.2. Mamoplastia de aumento

1.2.1. Definición, incidencia y aspectos históricos

La mamoplastia de aumento es la intervención quirúrgica dirigida a tratar la disminución del volumen de la mama en la mujer, conocida en medicina como hipoplasia mamaria. La hipoplasia mamaria afecta a un número significativo de mujeres en todo el mundo. Se desconoce su tasa de incidencia real pero se estima que, hasta el año 2002, de 2 a 3 millones de mujeres en todo el mundo se habían sometido a una intervención quirúrgica para resolver este problema (Kjoller *et al.*, 2002). Datos más recientes procedentes de la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos (<http://www.plasticsurgery.org/news-and-resources/2012-plastic-surgery-statistics-.html>) informan que durante el año 2012 se realizaron en Estados Unidos casi 300.000 mamoplastias de aumento, lo que la sigue convirtiendo en la intervención de cirugía estética más frecuente en ese país desde el año 2006 (*American Society of Plastic Surgeons*, 2013).

La hipoplasia mamaria puede aparecer de forma aislada o en el contexto de otras malformaciones congénitas de la caja torácica. También puede aparecer de forma primaria, como resultado de una alteración en el proceso de desarrollo de la mama, o secundaria a una involución ocurrida después del parto y exacerbada, en ocasiones, por la lactancia y por pérdidas significativas de peso (Bostwick, 1990a).

La primera intervención quirúrgica realizada con el fin de aumentar el volumen de la mama apareció publicada en 1895. En ella se describe el caso de una mujer que presentaba un defecto secundario a la extirpación previa de un tumor maligno de la mama y su tratamiento mediante la extirpación de un lipoma (tumor benigno de la grasa) localizado en el tronco y su colocación como injerto en la mama (Czerny, 1895). Ya en el siglo XX, Lexer (1921) publicó la utilización de un colgajo (así se denomina en cirugía plástica una porción vascularizada de tejido que se traslada de una parte a otra del cuerpo para reconstruir un defecto determinado) con el objetivo de aumentar el volumen de una mama. Durante las siguientes décadas, varios autores, entre ellos Longacre (1954), describieron con este mismo fin el uso de grasa procedente de otras partes del cuerpo, como la del epiplon (grasa presente en el interior del abdomen, entre las asas intestinales). Sin embargo, los resultados de la utilización de tejido procedente del propio cuerpo fueron impredecibles, en parte debido a las altas probabilidades de reabsorción del tejido, con la consecuente pérdida de volumen de la mama después de la intervención, y en parte debido a la aparición de complicaciones, principalmente de tipo infeccioso (Picha & Batra, 2000).

En la búsqueda de alternativas a la utilización del tejido del propio organismo con el fin de aumentar el volumen de la mama, durante la década de los años 50 comienzan a emplearse con este fin materiales aloplásticos sólidos, como el Ivalon® y el Teflon®. El uso de estos materiales tuvo que abandonarse poco tiempo después debido a la frecuente aparición de complicaciones en las pacientes, como endurecimiento y distorsión de la mama, reacciones locales tisulares, molestias significativas, etc. (Institute of Medicine, 1999).

Además de estos materiales sólidos, durante aquella época se recurrió también a la infiltración en la mama de materiales semisólidos o líquidos, tales como la resina de epoxy, la cera de abejas, la parafina, el petrolato o la silicona líquida (Hinderer, 2003). Esta última apareció en la industria aeronáutica durante la Segunda Guerra Mundial y casi veinte años después se publicó por primera vez su inyección en la mama con el objetivo de aumentar su volumen (Uchida, 1961). La aparición de complicaciones graves y de difícil tratamiento, como infecciones recurrentes, inflamación crónica, intolerancia y extrusión, formación de granulomas e incluso necrosis (Boo-Chai, 1969; Ortiz-Monasterio & Trigos, 1972), provocó que se proscribiera su uso con este fin.

Al igual que la silicona líquida, el gel de silicona también se descubrió durante la Segunda Guerra Mundial y su función inicial fue la de material aislante. En 1963, Cronin y Gerow tuvieron la idea de envolverlo en una membrana fina de elastómero de silicona y utilizarlo como implante médico con el objetivo de aportar un mayor volumen a la mama (Cronin & Gerow, 1963). Es así como nace el implante de mama, tal y como lo conocemos hoy en día, aunque con algunas modificaciones. Desde entonces, el gel de silicona ha sido el material más utilizado para la fabricación de prótesis de mama, el único que ha resistido la prueba del tiempo, y con el que se han fabricado millones de ellas en todo el mundo.

En 1992 surge en los Estados Unidos una controversia sobre la seguridad de los implantes mamarios de gel de silicona, debida a su supuesta capacidad de aumentar la incidencia de cáncer de mama y de ciertas enfermedades autoinmunes, principalmente reumáticas. Esta polémica desembocó en una prohibición temporal en aquél país de su utilización para fines estéticos, no así para la reconstrucción mamaria postcáncer, y en el resto del mundo generó un estrecho seguimiento de la evolución de los implantes ya colocados y de los que se siguieron colocando, ya que aquella prohibición no traspasó las fronteras de los Estados Unidos. La polémica quedó zanjada pocos años después en las conferencias de Consenso 1-5 del Comité Europeo de Control de Calidad y Materiales, durante las cuáles quedó demostrado que el gel de silicona era el material de relleno idóneo para la fabricación de implantes mamarios, el más seguro y el que provocaba un menor número de complicaciones (carcinogénesis, desarrollo de enfermedades autoinmunes, reacción a cuerpo extraño, etc.) (Hinderer, 1994).

Durante los años que duró esta polémica se estudió la viabilidad de otros materiales para la fabricación de prótesis de mama. En 1994 aparecieron implantes mamarios rellenos con un triglicérido derivado del aceite de soja, cuya ventaja fundamental sobre los de silicona era su radiotransparencia y, por tanto, no afectaban a

la interpretación de las mamografías. Sin embargo, estos implantes quedaron prohibidos pocos años después, y tuvieron que explantarse todos los que habían sido colocados hasta ese momento, debido al efecto tóxico que podían ejercer sobre el organismo los productos de la metabolización del aceite de soja en el hígado (Hinderer, 2003; Maxwell & Baker, 2008). Desde el año 2000 está prohibida su utilización, al igual que la de los implantes rellenos de hidrogel (gel de polisacáridos hidratados), presentes en el mercado durante los últimos años de la década de los 90 (Arion, 2001).

A finales del año 2011 se generó una gran alarma social en todo el mundo, incluido nuestro país, debido a la estafa realizada por una marca francesa de implantes mamarios de gel de silicona (PIP) que, después de haber recibido todos los permisos por parte de las autoridades sanitarias para su comercialización, tanto de las de Francia como las de la Unión Europea, modificó su composición sin previo aviso. En concreto, en lugar de utilizar silicona de uso médico para el relleno de los implantes comenzaron a hacerlo con silicona de uso industrial, y además modificaron la composición de su envoltura. Los estudios realizados demostraron que estos cambios, aunque no aumentaban la incidencia del cáncer de mama, sí eran capaces de provocar una mayor reacción inflamatoria local, además de un aumento en el índice de rotura de los implantes. Por este motivo, algunas sociedades médicas especializadas recomendaron la explantación inmediata de todos los implantes colocados, mientras que el consejo de otras fue la retirada únicamente de aquellos implantes sospechosos de haber sufrido una rotura y la vigilancia del resto, que permanecían íntegros. Esta estafa afectó exclusivamente a un número de implantes de esa marca y a ninguna otra más, pero generó un miedo generalizado (azuzado por los medios de comunicación y, hay que decir también, por algún cirujano plástico sin escrúpulos con afán de protagonismo, pero injustificado desde el punto de vista objetivo) en todas las pacientes portadoras de implantes mamarios de gel de silicona, incluso en aquellas a las que se les había colocado otras marcas diferentes de PIP, completamente seguros.

Desde su diseño por Cronin & Gerow en 1963, especialmente durante los últimos quince años, los implantes mamarios de gel de silicona han experimentado diversas modificaciones y mejoras, tanto de las características físicas de su envoltura (superficie lisa o rugosa), como de su forma (prótesis redondas o anatómicas) o de la consistencia de su gel (cada vez más cohesivo).

A pesar de las vicisitudes que ha sufrido a lo largo de su historia, las ventajas del implante de gel de silicona han quedado suficientemente demostradas, especialmente sobre el único otro implante mamario que ha soportado el paso del tiempo: el de suero fisiológico. Las prótesis de suero fisiológico presentan una mayor deflación, más contractura capsular, un tacto menos natural y provocan un ruido similar al borboteo con el movimiento de la mujer. Todo esto ha provocado que los de gel de silicona hayan sido los implantes mamarios más utilizados en todo el mundo a lo largo de la historia, y que lo sigan siendo en la actualidad (Maxwell & Baker, 2008).

1.2.2. Técnica quirúrgica y complicaciones

El implante de mama puede colocarse en dos planos anatómicos diferentes: por delante del músculo pectoral o por detrás de él, es decir, en el plano subglandular y submuscular, respectivamente (Figuras 1a y 1b). Este último presenta un menor índice de contractura capsular y una mayor cobertura de la prótesis en el polo superior, lo que evita que se aprecie a simple vista en la zona del escote (Bostwick, 1990a).

Para alcanzar el plano anatómico donde se coloca el implante existen tres vías de abordaje o incisiones en la piel: en el reborde inferior de la areola (vía periareolar inferior), en el surco submamario (vía submamaria) o a través de la axila (vía axilar). La más frecuentemente utilizada es la incisión periareolar inferior, que tiene como ventaja el dejar una cicatriz más corta y menos visible y proporcionar un mejor acceso quirúrgico al plano donde se coloca el implante (Hammond, 2009a).



Figura 1a. Mamoplastia de aumento submuscular. Antes de la intervención



Figura 1b. Mamoplastia de aumento submuscular. Mismo paciente, un año después de la intervención

La complicación más frecuente de la mamoplastia de aumento es la contractura capsular. Alrededor de cualquier cuerpo extraño que se introduce en el organismo se forma una membrana cicatricial. Sin motivos todavía claros, pero también en relación con la aparición de un hematoma o una infección en el período postoperatorio, la cápsula cicatricial que envuelve al implante mamario se puede contraer, provocando un cambio en el aspecto y en la consistencia de la mama. Existen varios grados de contractura capsular, en función de su intensidad. Baker los clasificó de la siguiente forma: grado I, mama con consistencia normal a la palpación y una forma natural; grado II, mama con un aumento de consistencia a la palpación pero sin distorsión de su forma; grado III, mama con un aumento de consistencia y una visible distorsión de la forma; y grado IV, mama dura, pétrea, fría y hasta dolorosa (LaTrenta, 1994).

Otras complicaciones relacionadas con la mamoplastia de aumento son la rotura del implante, debida en la mayoría de los casos al propio desgaste del material; la aparición de infección, seromas y hematomas, que pueden conducir, en el peor de los casos, a la extrusión del implante; la pérdida de sensibilidad del complejo areola-pezones

o de alguna parte de la piel de la mama; la aparición de asimetría; la galactorrea (secreción de leche por el pezón), que suele ceder espontáneamente; la atrofia del tejido glandular y la deformidad del tórax por la presión mantenida durante mucho tiempo (LaTrenta, 1994).

Por último, y aunque siempre ha existido consenso respecto a que la mamoplastia de aumento no afecta a la lactancia, un estudio reciente indica que la probabilidad de lactancia materna durante el primer mes después del parto para una mujer que ha sido sometida a esta intervención se reduce hasta el 54%, en comparación con el 80% que tiene la población general (Andrade, Coca, & Abra, 2010).

1.3. Mastopexia

1.3.1. Definición, incidencia y aspectos históricos

La mama femenina considerada como ideal en nuestra sociedad, en parte debido a la influencia del cine, la televisión, revistas, cómics, etc., se presenta generalmente con una forma redonda, de consistencia firme, más bien voluminosa, y situada en una posición elevada dentro del tórax. Sin embargo, la realidad es bien distinta. Desde que completa su desarrollo, debido a los cambios de volumen que sufre todos los meses durante el ciclo menstrual, y con la ayuda de la fuerza de la gravedad, la mama va perdiendo firmeza y cae. Esta caída es mayor cuanto más volumen presenta (Jones, 2004).

La involución de la mama a lo largo de la vida de la mujer provoca su caída. Esta caída, denominada *ptosis* en medicina, se debe fundamentalmente a la pérdida de elasticidad de las estructuras anatómicas (piel, fascias y ligamentos) que mantienen a la mama en su localización original dentro del tórax. Diferentes factores, como las grandes oscilaciones de peso y el embarazo, favorecen esa caída y provocan que ésta sea aún mayor (Bostwick, 1990b; Grotting & Chen, 2005; Hammond, 2009b; LaTrenta & Hoffmann, 1994). Aunque siempre se ha reconocido a la lactancia como otro factor predisponente para la caída de la mama, recientemente se ha demostrado que no influye sobre el grado de *ptosis* (Rinker, Veneracion, & Walsh, 2010).

La intervención quirúrgica dirigida a corregir la caída o *ptosis* de la mama se denomina mastopexia, término que proviene de las palabras griegas *mastos* -mama- y *pexia* -fijación-. La mastopexia también se ha beneficiado del crecimiento y expansión de la cirugía estética de los últimos años. Ante la ausencia de datos de este tipo en nuestro país, debemos recurrir a los que aporta la Sociedad Americana de Cirugía Plástica Estética (*American Society for Aesthetic Plastic Surgery*, 2013), que informa que durante el año 2012 se realizaron en los Estados Unidos casi 130.000 intervenciones de mastopexia (<http://www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-2012-Stats.pdf>).

Regnault (1976) estableció los siguientes grados de *ptosis* mamaria en función de la localización del pezón con relación al surco submamario:

- Grado 1 o *ptosis* leve: vista la mama de perfil, el pezón se encuentra a menos de 1 centímetro por debajo del surco submamario.
- Grado 2 o *ptosis* moderada: vista la mama de perfil, el pezón se encuentra de 1 a 3 centímetros por debajo del surco submamario.
- Grado 3 o *ptosis* severa: vista la mama de perfil, el pezón se encuentra a más de 3 centímetros por debajo del surco submamario.
- *Pseudoptosis*: en la vista de perfil, el polo inferior de la mama cae por debajo del surco submamario, aunque el pezón se encuentra por encima de éste.

La primera mastopexia fue realizada en 1907 por Girard. Este cirujano ancló la glándula mamaria a la segunda costilla y al músculo pectoral mayor a través de una incisión en el surco submamario (Georgiade, 1990).

A lo largo de la historia han sido numerosos los autores que han descrito técnicas quirúrgicas diferentes para la elevación de la mama (Vrebos & Dupuis, 2000); desde una incisión limitada al reborde de la areola, hasta la técnica de cicatriz en T invertida, pasando por la de cicatriz vertical y la de cicatriz en J. La indicación de qué técnica quirúrgica utilizar en cada paciente depende fundamentalmente del grado de caída que presente.

1.3.2. Técnica quirúrgica y complicaciones

Existen diferentes técnicas quirúrgicas para la corrección de la *ptosis* mamaria. El objetivo de todas ellas es el mismo: la colocación de la areola en una posición más elevada y la remodelación de la mama restante para rellenar su polo superior (Bostwick, 1990b).

Cuando la paciente presenta suficiente volumen en la mama y no desea incrementarlo, la técnica consiste en plicar (doblar) la mama sobre sí misma y fijarla a la pared costal con la intención de evitar en lo posible la recidiva de la *ptosis* (Figuras 2a y 2b). De este modo se consigue elevar la mama sin aumentar su volumen. Es lo que se llama mastopexia pura (Hammond, 2009b).



Figura 2a. Mastopexia pura (sin aumento).
Antes de la intervención



Figura 2b. Mastopexia pura (sin aumento).
Mismo paciente, un año después de la intervención

Si la paciente, además de elevar la mama, desea incrementar su volumen, se debe colocar un implante. De esta manera se consigue rellenar el polo superior, porción más vacía de la mama después de su caída y motivo de queja fundamental en las mujeres que sufren una *ptosis* mamaria. A esta técnica se le conoce con el nombre de mastopexia de aumento (Hammond, 2009c).

El tipo de mastopexia que necesita cada paciente depende del grado de caída que presente su mama (LaTrenta & Hoffmann, 1994). Cuando la *ptosis* es leve, el problema puede resolverse con la colocación de un implante y la extirpación de piel de alrededor de la areola, en forma de "Donuts". Esta técnica se denomina mastopexia circumareolar (Figuras 3a y 3b) y deja una cicatriz únicamente alrededor de la areola.



Figura 3a. Mastopexia de aumento circumareolar.
Antes de la intervención

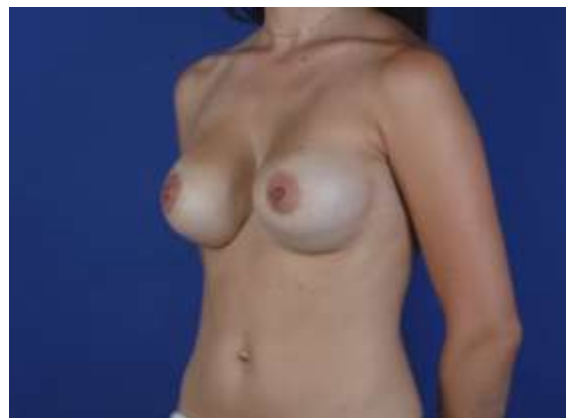


Figura 3b. Mastopexia de aumento circumareolar.
Mismo paciente, un año después de la intervención

En los casos en los que la caída de la mama es mayor se hace necesario elevar aún más la areola, lo que obliga a la extirpación de una elipse vertical de piel en el polo inferior de la mama. Esto deja, además de la cicatriz alrededor de la areola, otra cicatriz vertical desde la areola hasta el surco submamario (Figuras 4a y 4b).



**Figura 4a. Mastopexia de aumento vertical.
Antes de la intervención**



**Figura 4b. Mastopexia de aumento vertical.
Misma paciente, un año después de la intervención**

Quando la ptosis es aún mayor, además de la extirpación de piel en sentido vertical, es necesario extirpar una elipse horizontal en el polo inferior de la mama, dejando una cicatriz horizontal añadida en el surco submamario, además de las anteriores. Por eso esta técnica se conoce con el nombre de mastopexia de cicatriz en T invertida (Figuras 5a y 5b).



**Figura 5a. Mastopexia de aumento en T invertida.
Antes de la intervención**



**Figura 5b. Mastopexia de aumento en T invertida.
Misma paciente, un año después de la intervención**

La longitud de las cicatrices después de una mastopexia depende, en definitiva, de la proporción del volumen de mama a incrementar en relación con la cantidad de piel sobrante. Cuanto mayor sea el volumen que desee añadir la paciente a su mama, más piel será necesaria para cubrirla y menos necesidad de extirpación. Al tener que extirpar menos piel, la longitud de las cicatrices será menor al final de la intervención. Y al contrario, si la paciente desea un incremento pequeño del volumen de su mama, o no desea aumento alguno, más piel sobrará, más piel habrá que extirpar, y consecuentemente, la longitud de las cicatrices será mayor.

Como en cualquier intervención quirúrgica, durante o después de la mastopexia pueden aparecer complicaciones. Algunas de ellas son generales y comunes a cualquier tipo de intervención quirúrgica, ya sea sobre la mama o sobre cualquier otra parte del cuerpo, como la infección, el seroma y el hematoma. Las complicaciones específicas de la mastopexia están relacionadas, por lo general, con la disección quirúrgica necesaria para poder elevar la mama. Por un lado, esta disección provoca la reducción de la llegada de sangre a los tejidos y, consecuentemente, la posibilidad de aparición de un retraso en la cicatrización de la herida o, incluso, la necrosis del complejo areola-pezón. Por otro lado, la sección de pequeñas terminaciones sensitivas que recogen la sensibilidad de la piel de la mama y del complejo areola-pezón puede provocar una disminución en la sensibilidad de esas zonas. Por último, y como siempre que se operan dos estructuras anatómicas pares, como también ocurre con los párpados o las orejas, puede aparecer un cierto grado de asimetría después de la intervención. A estas complicaciones, cuando durante la mastopexia se coloca un implante mamario, hay que añadirles las específicas de la mamoplastia de aumento, ya descritas anteriormente en el apartado 1.2.2 referentes a la contractura capsular, la extrusión y la rotura del implante (LaTrenta, 1994).

La mastopexia comparte con la mamoplastia de reducción la mayoría de sus complicaciones. En el apartado 1.4.2 se hablará de todas ellas con mayor detalle, incluidos los factores que influyen sobre su aparición.

1.4. Mamoplastia de reducción

1.4.1. Definición, incidencia y aspectos históricos

La mamoplastia de reducción es la intervención quirúrgica cuyo objetivo es disminuir el volumen de la mama femenina. En nuestro país no disponemos de estadísticas de este tipo, aunque por la Sociedad Americana de Cirugía Plástica Estética (*American Society for Aesthetic Plastic Surgery*, 2013) conocemos, que durante el año 2012 se realizaron en los Estados Unidos aproximadamente 113.000 intervenciones de este tipo (<http://www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-2012-Stats.pdf>).

Bostwick (1990c) describió cuatro tipos de hipertrofia mamaria, cada uno de los cuáles provoca una repercusión diferente sobre la paciente y presenta unas características específicas respecto a la mamoplastia de reducción:

- *Hipertrofia virginal*. Suele aparecer durante la pubertad, entre los 11 y 15 años. El aumento de volumen mamario acrecienta el deterioro de la imagen corporal y la inseguridad en sí misma que, ya de por sí, presenta la mujer en esta época de su vida. Por eso, con la intención de mitigar estos efectos, y aunque la mama puede seguir creciendo durante unos años más, pudiendo ser necesaria una corrección quirúrgica secundaria, la hipertrofia virginal constituye una clara indicación de la mamoplastia de reducción.

La hipertrofia mamaria virginal puede aparecer también unos años más tarde, durante la última etapa de la adolescencia, en cuyo caso el volumen que alcanza la mama no suele ser tan grande como si apareciera en la pubertad. Sin embargo, la repercusión psicológica sobre la mujer que la sufre es la misma. Durante el inicio de la juventud, la chica se enfrenta con su emergente identidad femenina. El gran volumen de sus mamas hace parecer mayores a estas chicas, lo que contrasta con su desarrollo psicológico y la capacidad para enfrentarse a su imagen corporal, que sí corresponden a su edad real. El gran volumen de sus mamas constituye para ellas un motivo de vergüenza y las convierte en foco de atención de sus compañeros, atención para la que no suelen estar preparadas. Lejos de presumir, o al menos encontrarse satisfechas, de tener unas mamas grandes, la mayoría de las chicas de esta edad prefieren pasar desapercibidas dentro del grupo. El volumen de sus mamas les provoca, además, otros problemas de tipo cotidiano: les impide realizar actividad física, les dificulta encontrar la talla de ropa adecuada, les produce incomodidad para llevar ropa ajustada y les impide encontrar un traje de baño que les cubra, o por lo menos no acentúe, sus mamas.

Muchas de estas pacientes presentan sobrepeso antes de la intervención. Este sobrepeso suele desaparecer después de operadas, ya que la motivación originada por el cambio en el aspecto de sus mamas les estimula a hacer dieta y ejercicio. Por esta razón, y a diferencia de otras pacientes de mayor edad, no es conveniente reducir en exceso el volumen mamario en estos casos, con el fin de evitar que el adelgazamiento posterior deje unas mamas demasiado pequeñas. Las pacientes con hipertrofia mamaria virginal son buenas candidatas para la mamoplastia de reducción, ya que suelen incorporar rápidamente el nuevo volumen de sus mamas a su esquema corporal.

- *Hipertrofia postparto.* Las mujeres que la sufren suelen presentar una caída severa de la mama y el consecuente aplanamiento de su polo superior. Por lo general, estas pacientes presentaban, antes de su primer parto, cierto grado de hipertrofia mamaria pero sin caída alguna, con un polo superior relleno. El embarazo, junto con el aumento de peso que suele ocurrir durante la etapa reproductiva, provocaron la caída de esas mamas hipertróficas.

Aquellas pacientes no interesadas en reducir el volumen de sus mamas antes de quedarse embarazadas suelen seguir sin estarlo después del parto. Su objetivo primordial suele ser corregir la caída de la mama y rellenar su polo superior, pero sin reducir el volumen. De hecho, este tipo de pacientes suele solicitar mastopexia pura o, incluso, una mastopexia de aumento, con la intención de rellenar el polo superior, vacío después del parto.

- *Hipertrofia postmenopausia.* Las pacientes con hipertrofia mamaria de más de 45 ó 50 años presentan, con más frecuencia que otras más jóvenes, signos y síntomas físicos asociados al aumento de volumen mamario. La presión de los tirantes del sujetador sobre los hombros puede provocar la compresión de un grupo de nervios que pasan por esa zona y, consecuentemente, la aparición de sintomatología sensitiva y motora en el miembro superior, especialmente acorchamiento de los dedos y/o de parte de la mano. Por otro lado, y debido al contacto de la piel del polo inferior de la mama

con la piel de la parte superior del abdomen, estas pacientes presentan a menudo una irritación o *rash* cutáneo en esa zona.

Las pacientes de estas edades suelen considerar ya sus mamas poco atractivas y suelen mostrar unas expectativas realistas frente a lo que la intervención puede hacer por ellas, y suelen solicitar una reducción de volumen mayor que pacientes más jóvenes, con el objetivo de eliminar toda la sintomatología física que acompaña a la hipertrofia mamaria, incluso tanto como sea suficiente para poder prescindir del sujetador.

- *Pacientes con trastornos de identidad sexual.* El último grupo de pacientes con hipertrofia mamaria lo forman aquellas mujeres que rechazan sus mamas, no tanto por presentar un gran volumen, sino por constituir un símbolo de feminidad. Dentro de él se encuentran las que desean eliminar cualquier vestigio de mama femenina en su cuerpo y buscan un tórax lo más masculino posible. Son las que presentan un trastorno conocido de identidad de género. Sin embargo, existe también un grupo de mujeres que no se muestran tan claras en la manifestación del problema que les preocupa, y que se sentirán insatisfechas después de la intervención quirúrgica si les queda una mama objetivamente proporcionada, o incluso pequeña, y querrán una mama aún menor. Estas mujeres no pueden considerarse como transexuales pero algunas pueden presentar un trastorno oculto de identidad de género. Por lo tanto, en este grupo de pacientes resulta imprescindible la realización de una evaluación psicológica antes de ser intervenidas.

Para encontrar los antecedentes de la mamoplastia de reducción hay que remontarse hasta el siglo VI, cuando Paulus Aegineta, un cirujano bizantino que trabajaba en Alejandría, describió una técnica para el tratamiento de una mama masculina que parecía femenina (Letterman & Schurter, 1976). La siguiente referencia histórica, también con la misma indicación, se debe al médico cordobés Albucasis (Hinderer, 2003), que vivió en Medina Azahara entre los siglos X y XI. Como puede verse, las primeras mamoplastias de reducción de la historia no se realizaron en mujeres, sino en hombres que presentaban ginecomastia, es decir, unas mamas aumentadas de volumen.

Hay que saltar hasta el siglo XIX para encontrar la primera publicación de una reducción del volumen mamario en la mujer (Dieffenbach, 1848). A partir de esta fecha se suceden las publicaciones de diferentes técnicas de mamoplastia de reducción, la mayoría de ellas debidas a cirujanos franceses y alemanes. Aquellas primeras técnicas tenían como único objetivo reducir el volumen de la mama pero no se preocupaban lo más mínimo por el aspecto estético de la nueva mama: ni incluían la elevación del complejo areola-pezón a su posición normal ni les preocupaba conseguir una forma natural.

La Primera Guerra Mundial, como siempre lo han sido las guerras para la cirugía traumatológica en general, supone un extraordinario impulso para la Cirugía Plástica. Durante las décadas siguientes, como ya se comentó en el apartado 1.1, se populariza en la sociedad occidental la mama femenina pequeña. La combinación de estos dos

factores provoca la proliferación de diferentes técnicas quirúrgicas de mamoplastia de reducción e incrementa la demanda de intervenciones de este tipo por parte de las mujeres estadounidenses y de algunos países de Europa, como Francia, Alemania, Inglaterra o Italia. En este contexto aparece la primera descripción de una mamoplastia de reducción completa, incluyendo la elevación del complejo areola-pezones. Esta descripción fue publicada en una revista médica española por un cirujano alemán (Lexer, 1921).

La historia moderna de la mamoplastia de reducción comienza a mediados del siglo XX, con la aparición de algunas de las técnicas que, con más o menos variaciones, siguen utilizándose en la actualidad. Desde entonces, numerosos cirujanos han introducido modificaciones en esas técnicas, dirigidas a aumentar su seguridad, a reducir sus complicaciones y a mejorar los resultados desde el punto de vista estético. La última modificación reseñable se publica a finales del siglo XX, cuando una cirujana belga populariza la técnica de cicatriz vertical (Lejour, Abboud, Decley, & Kertesz, 1990).

1.4.2. Técnica quirúrgica y complicaciones

Para convertir una semiesfera, forma geométrica a la que puede asemejarse la mama, en una de volumen menor hay que extirpar una elipse vertical y una elipse horizontal (Figuras 6a y 6b).

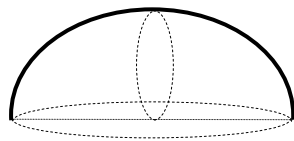


Figura 6a. Semiesfera grande

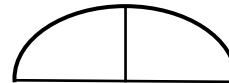


Figura 6b. Misma semiesfera, con menor volumen

En el caso de la mama, la resección de una elipse vertical y de una elipse horizontal de todos los tejidos que la componen (esto es, piel, glándula y grasa) deja en la piel de su polo inferior una cicatriz alrededor de la areola y otra en forma de T invertida. La rama vertical de esta T invertida se extiende desde el extremo inferior de la areola hasta el surco submamario y la rama horizontal queda situada justamente en este surco.

Esta es la base de todas las técnicas de mamoplastia de reducción. El tejido mamario (glándula y grasa) siempre se extirpa en forma de una elipse vertical y una elipse horizontal. La diferencia entre unas y otras estriba en la forma de tratar la piel. En los casos en los que ésta es muy elástica, lo que es habitual en pacientes jóvenes, puede evitarse la cicatriz horizontal dejando únicamente una vertical muy larga, cuya longitud se reduce posteriormente con una sutura fruncida. Además de estas dos, existe un tercer grupo de técnicas donde la piel del polo inferior de la mama se distribuye de manera que la cicatriz queda en forma de L o J, con la rama horizontal en

el extremo lateral del surco submamario, y que suele quedar oculta por el peso de la mama.

Así pues, existen diferentes técnicas quirúrgicas de mamoplastia de reducción, que se describen a continuación:

- *Técnica de cicatriz vertical.* Deja una cicatriz alrededor de la areola y una cicatriz vertical, que se extiende desde el borde inferior de la areola hasta el surco submamario. Está indicada en pacientes jóvenes con la piel muy elástica. El complejo areola-pezón (CAP) se traslada a su nueva localización dentro de un colgajo (así se llama en Cirugía Plástica a una porción vascularizada de tejido que se traslada de una parte a otra del cuerpo) (Figuras 6a y 6b).

- *Técnica de cicatriz en T invertida.* Al contrario que en la anterior, la extirpación de todo el tejido mamario incluye también la piel. La cicatriz resultante tiene, además de la circunferencia alrededor de la areola y de la rama vertical, una rama horizontal localizada en el surco submamario. Es la técnica más utilizada, ya que la mayoría de pacientes con hipertrofia mamaria no tienen la suficiente elasticidad en la piel de su mama como para poder realizar la técnica de cicatriz vertical. El complejo areola-pezón (CAP) se eleva, al igual que en la técnica anterior, dentro de un colgajo (Figuras 7a y 7b).

- *Técnica de injerto libre del complejo areola-pezón (CAP).* Esta técnica está indicada en mamas muy grandes, o gigantomastia, en las que el CAP se encuentra tan descendido que el tallado de un colgajo tan largo y estrecho, con el fin de elevar el CAP a su posición normal, podría provocar su necrosis debido a la deficiente circulación de la sangre dentro del mismo. En estos casos, el CAP se separa completamente del tejido de la mama y se vuelve a colocar como un injerto de piel en el lugar correspondiente, más alto. Esto provoca que esta técnica presente una incidencia mayor de alteraciones de la sensibilidad del CAP y de imposibilidad de lactancia materna en comparación con las técnicas anteriores, debido a la sección de las terminaciones sensitivas y de los conductos galactóforos que llegan hasta el CAP.



Figura 7a. Mamoplastia de reducción (vertical).
Antes de la intervención



Figura 7b. Mamoplastia de reducción (vertical).
Misma paciente, un año después de la intervención,
después de la extirpación de 270 gr. en mama derecha
y de 240 gr. en mama izquierda



Figura 8a. Mamoplastia de reducción (T invertida). Antes de la intervención



Figura 8b. Mamoplastia de reducción (T invertida). Misma paciente, un año después de la intervención, después de la extirpación de 700 gr. en mama derecha y de 640 gr. en mama izquierda

La decisión de qué técnica se adapta mejor a cada caso depende, fundamentalmente, de las características específicas de la mama de cada paciente: la severidad de su caída, la elasticidad de la piel, el tipo de tejido mamario (si es firme y glandular, o blando y adiposo) y la cantidad de tejido a extirpar (Nahai & Nahai, 2008). Finalmente, la experiencia del cirujano también influye sobre esta decisión, lo que le hace decantarse por la técnica quirúrgica que mejor domina, con la que obtiene mejores resultados estéticos y con la que se le han presentado un menor número de complicaciones y éstas han sido más leves.

Como sucede con cualquier intervención quirúrgica, después de una mamoplastia de reducción pueden aparecer complicaciones. Su incidencia general oscila entre el 14 y el 52% (Breiting, Henriksen, Kalialis, Gramkow, & Hoyer, 2012; Stevens *et al.*, 2008). Afortunadamente, la gran mayoría son leves y se resuelven fácilmente, y sin repercusión alguna, sobre el resultado estético final (Nahai & Nahai, 2008; Shah, Al-Ajam, Stott, & Kang, 2011).

Complicaciones comunes a cualquier intervención quirúrgica, y que pueden aparecer en relación con la mamoplastia de reducción, son el *hematoma*, el *seroma* y la *infección*.

Complicaciones específicas de la intervención son la *necrosis* (o pérdida de tejido) del complejo areola-pezones, de la piel o de la grasa, debido a la falta de llegada de sangre a esos tejidos, y la presencia de *cicatrices patológicas*. Según algunos autores (Celebiler, Sönmez, Erdim, Yamam, & Numanoglu, 2005; Menderes, Mola, Vayvada, & Barutcu, 2005), esta última es la fuente principal de insatisfacción de la paciente, especialmente la cicatriz horizontal, localizada en el surco submamario, que es la que con más frecuencia se muestra sobreelevada y antiestética. Después de la intervención también pueden aparecer *cambios en la sensibilidad del complejo areola-pezones (CAP)*, que afectan prácticamente a la mitad de las pacientes intervenidas (Breiting *et al.*, 2012) y pueden ser temporales o permanentes. Aún así, esta alteración en la sensibilidad del CAP no afecta a la satisfacción de la paciente después de la

intervención (Breiting *et al.*, 2012). También pueden quedar *secuelas estéticas* después de la intervención (relacionadas con la forma de la mama, con la posición del complejo areola-pezón y con la asimetría entre ambas mamas). Estas secuelas estéticas suelen ser menores y de escasa importancia, y se observan con más frecuencia en la técnica de cicatriz vertical que en la técnica de cicatriz en T invertida.

La complicación más frecuente de la mamoplastia de reducción es el retraso en la cicatrización de las heridas. Su incidencia mínima oscila entre el 2.2 y el 10% (Lejour, 1999; Lista & Ahmad, 2006) y la máxima entre el 20 y el 30% (Collins *et al.*, 2002; Miller *et al.*, 2005). Además de factores etiológicos relacionados con la técnica quirúrgica, esta complicación aparece con más frecuencia en pacientes fumadoras, en diabéticas, en tratamiento con corticoides y en las que presentan un deterioro de su estado nutricional.

La complicación más grave y preocupante, pero también menos frecuente, es la aparición de *trombosis venosa profunda* y *tromboembolismo pulmonar*. Después de la intervención pueden formarse trombos en las venas de las piernas que, al desprenderse pueden provocar la formación de émbolos en las arterias de los pulmones, comprometiendo su función.

En la literatura científica aparecen numerosas investigaciones que relacionan la aparición de estas complicaciones con la existencia de ciertos factores predisponentes que se explican a continuación, aunque todos los resultados no apuntan en la misma dirección.

La inmensa mayoría de autores considera que el consumo de tabaco y una extirpación mayor de tejido mamario aumenta la incidencia de complicaciones después de una mamoplastia de reducción (Cunningham, Gear, Kerrigan, & Collins, 2005; Dabbah, Lehman, Parker, Tantri, & Wagner, 1995; Zubowski *et al.*, 2000). Sin embargo, hay otros autores que consideran que la cantidad de tejido extirpado no afecta a la evolución postoperatoria (O'Grady, Thoma, & Dal Cin, 2005; Roehl, Craig, Gómez, & Phillips, 2008; Wagner & Alfonso, 2005), y otros que, incluso, niegan que el consumo de tabaco produzca una mayor posibilidad de aparición de complicaciones (Roehl *et al.*, 2008).

También existen discrepancias respecto a la influencia de la obesidad grave sobre la evolución postoperatoria de este tipo de pacientes. Mientras que algunos autores no han detectado un mayor número de complicaciones postoperatorias en pacientes con un Índice de Masa Corporal mayor o igual a 30 (Roehl *et al.*, 2008; Wagner & Alfonso, 2005), otros sí establecen esta relación (Chun, Schwartz, Xiangmei, Lipsitz, & Carty, 2011). Sin embargo, en lo que sí parece existir acuerdo generalizado es que, la obesidad no debe constituir una contraindicación para la mamoplastia de reducción, sino más bien al contrario, es decir, la intervención puede constituir un estímulo para que la paciente consiga disminuir su peso.

Tampoco la influencia de la edad sobre la aparición de complicaciones ha sido universalmente aceptada (Alderman & Kulkarni, 2011; Shermak *et al.*, 2011).

Aunque tradicionalmente se ha reconocido que la mamoplastia de reducción reduce la posibilidad de lactancia materna, parece que aún no existe un consenso generalizado al respecto. En la línea más aceptada, algunos autores han determinado recientemente que la posibilidad de lactancia durante el primer mes después del parto para una mujer que ha sido sometida a esta intervención se reduce al 29%, en comparación con el 80% de la población general (Andrade *et al.*, 2010). Sin embargo, en una revisión reciente de todos los artículos publicados sobre este tema, desde 1950 hasta 2008, Thibaudeau, Sinno, & Williams (2010), concluyeron que la lactancia no se ve afectada con una determinada técnica de mamoplastia de reducción (la de pedículo inferior). Finalmente, otros autores han demostrado que, aunque aproximadamente el 70% de las pacientes sometidas a la intervención podrían tener la capacidad de darle el pecho a sus hijos, solamente el 30% lo hacen, cifras similares a las mujeres no intervenidas (Brzozowski, Niessen, Evans, & Hurst, 2000; Harris, Morris, & Freiberg, 1992).

1.5. Aspectos psicológicos implicados en la cirugía estética mamaria

Cash (1985) describió dos vertientes en la imagen corporal del individuo, una externa o social y otra personal, subjetiva o individual. Cuando en una persona la imagen corporal percibida no coincide con la imagen corporal idealizada pueden llegar a aparecer trastornos psicológicos de diferentes tipos, como una baja autoestima o síntomas depresivos (Edgerton & McClary, 1958).

Hace ya tiempo que también quedaron establecidas las diferencias de género respecto a la actitud que manifiesta la persona frente a su propia imagen corporal. Las mujeres se muestran más sensibles que los hombres a los cambios de imagen corporal y reaccionan ante estos cambios con un incremento de la observación de la zona afectada. Asimismo, las mujeres presentan una noción más claramente diferenciada de su cuerpo que los hombres, pudiendo hacer una distinción evaluativa más fina sobre los diferentes aspectos del mismo y, por lo tanto, se encuentran menos dispuestas que ellos a considerar su aspecto corporal de manera global (Kurtz, 1969). Se ha observado, además, que una distorsión global significativa de la imagen corporal provoca en la mujer una reducción en su autoestima (Thompson & Thompson, 1986).

Esta actitud que presentan las mujeres hacia su imagen corporal puede ser una de las razones que las lleven a buscar, con más frecuencia que los hombres, diferentes métodos para conseguir mejorarla: dietas, tratamientos de belleza, tratamientos médico-estéticos y, también, una intervención de cirugía estética.

1.5.1. Mamoplastia de aumento

Numerosos investigadores han estudiado las razones que llevan a las mujeres con hipoplasia mamaria a someterse a una intervención quirúrgica para resolverla y han llegado a una conclusión común: la inmensa mayoría presentan dudas sobre su feminidad.

Algunas mujeres con hipoplasia mamaria muestran inquietudes psicológicas relacionadas con su imagen corporal (Cash, Duel, & Perkins, 2002; Shipley, O'Donnell, & Bader, 1977), una baja autoestima y una tendencia a la depresión (Goin & Goin, 1981; Meyer & Ringberg, 1987; Sarwer *et al.*, 2003), lo que puede conducir a un deterioro de sus relaciones interpersonales, incluidas las de la esfera sexual (Edgerton *et al.*, 1961; Schlebusch & Mahrt, 1993) y, en definitiva, a una disminución en su calidad de vida (Baker, Kolin, & Bartlett, 1997).

Meyer & Ringberg (1987) observaron que las pacientes de hipoplasia mamaria hacían una evaluación negativa sobre su propio atractivo físico, pero descartaron que presentaran trastorno psicológico alguno, a pesar de que muchas de ellas provenían de hogares inseguros, con conflictos entre sus padres y relaciones emocionales insatisfactorias con ellos.

Otros autores han descrito a la paciente típica de mamoplastia de aumento como una mujer ordenada, que viste con estilo y elegancia, que suele utilizar sujetadores con relleno, y que proyecta confianza en sí misma, lo cuál ha sido interpretado por ellos como una estrategia dirigida a ocultar sus inseguridades (Shipley *et al.*, 1977; Walsh, 1986).

Hace ya más de tres décadas, Goin & Goin (1981), dentro del grupo de pacientes de mamoplastia de aumento, diferenciaron tres subgrupos en función de su motivación para someterse a la intervención: a) aquellas que se sentían inseguras sobre su feminidad e incompletas como mujeres, b) aquellas que se encontraban conformes con el volumen de sus mamas antes del embarazo pero se mostraban insatisfechas con aquél en el periodo postparto, debido a la involución sufrida, y c) aquellas mujeres que buscaban el aumento de volumen de sus mamas con un propósito exhibicionista.

Kaslow & Becker (1992) encontraron que las razones más frecuentes para someterse a una mamoplastia de aumento eran: a) aumentar el volumen de sus mamas pequeñas, b) conseguir mejorar su forma después de los embarazos y/u oscilaciones de peso, c) incrementar la confianza en sí misma, d) lucir mejor la ropa, e) mejorar su aspecto físico, f) sentirse más femenina, g) obtener mejores proporciones, y h) potenciar su atractivo sexual.

Anderson (1996) encontró algunas razones similares y otras diferentes a las anteriores: lograr una mayor confianza sexual, satisfacer a sus parejas, mejorar su sentido de feminidad e identidad sexual, conseguir una figura más proporcionada y mejorar la confianza en sí mismas. Este autor recomienda que la valoración preoperatoria de la paciente potencial de mamoplastia de aumento debería incluir los siguientes aspectos: una evaluación de las potenciales dificultades con la imagen corporal y de sus motivaciones para la cirugía, una discusión sobre sus expectativas respecto al resultado, el conocimiento de su satisfacción con su vida en general y la detección de posibles signos de depresión o ansiedad. De hecho, este autor llegó a elaborar una lista de preguntas que consideraba que el cirujano plástico debería hacer a la paciente considerada potencialmente difícil en la consulta, antes de la intervención.

La preocupación por el tamaño de sus mamas no aparece súbitamente en la mujer con hipoplasia mamaria sino que, por lo general, suele hacerlo durante la adolescencia o, en pacientes de más edad, después del parto (Edgerton *et al.*, 1961; Goin, 1982; Schlebusch, 1989; Schelebusch & Levin, 1983; Walsh, 1986).

Goin & Goin (1981), en su libro sobre los efectos psicológicos de la cirugía plástica, identificaron tres características en este tipo de pacientes: a) frecuentemente presentan una depresión no reconocida, debido a una fijación con el aspecto de sus mamas, b) tienden a pensar obsesivamente en su aspecto físico y a calificar su valía personal en función de él, y c) habitualmente se muestran como personas encantadoras, atractivas, extrovertidas y socialmente seguras (actitud que, según estos autores, y en la línea de los anteriores, podría funcionar como un escudo con el fin de protegerlas de su falta de autoestima subyacente).

Preguntadas por los motivos que les llevan a operarse, otras pacientes responden que *“para que me quede mejor la ropa”* o *“para parecer más normal”* (Walsh, 1986). Este autor observó, además, que la mayoría de las pacientes no busca superar a otras mujeres en el volumen de sus mamas sino, más bien, parecerse a ellas.

Antes de 1990, todos los estudios que se publicaron sobre la mamoplastia de aumento mostraron una mejoría psicológica en la gran mayoría de las pacientes. Antes de la intervención quirúrgica, las pacientes presentaban unos niveles de depresión altos y sentimientos de inadecuación con una disminución del sentido de la feminidad y del atractivo sexual. Después del aumento mamario, las pacientes tenían una mayor autoestima, mayor sensación de atractivo sexual y feminidad y mejor estado de ánimo. (Edgerton *et al.*, 1961). Otros estudios también mostraron una mejora de la imagen corporal y una rápida integración del nuevo aspecto de la mama en la propia imagen (Kilmann, Sattler, & Taylor, 1987).

Durante la pasada década, las investigaciones comenzaron haciendo una revisión de todo lo publicado anteriormente realizando a dichas investigaciones muchas críticas. Los estudios se describieron como plagados de limitaciones metodológicas tan graves como para poner seriamente en duda la validez de los resultados. En general, los trabajos previos habían implicado hacer investigaciones de las entrevistas clínicas o el empleo de instrumentos estandarizados para medir la personalidad y los trastornos psicopatológicos. Aquéllos, eran llevados a cabo por psiquiatras y psicólogos entrenados, y se observó una tendencia a encontrar trastornos psicológicos como el neuroticismo, la ansiedad y la culpa en las muestras de pacientes de aumento mamario. Los déficits percibidos en estos estudios son la falta de estandarización, el fracaso al usar criterios psiquiátricos diagnósticos unánimes y la ausencia de grupos control y grupos de comparación (Sarwer, Pertschuk, Wadden, & Whitaker, 1998).

Un estudio prospectivo realizado por Rankin, Borah, Perry, & Wey (1998), con una muestra de 105 pacientes que se sometieron a una mamoplastia de aumento mostró un incremento significativo en la calidad de vida de estas mujeres en las evaluaciones que realizaron un mes y seis meses después de la intervención

quirúrgica. En otro estudio que fue realizado por Hedén, Boné, Murphy, Slicton, & Walker (2006), éstos afirmaban que no existía ningún instrumento validado y expresamente diseñado para evaluar el efecto del aumento mamario sobre la calidad de vida, y por consiguiente diseñaron uno propio. La medida de calidad de vida evaluada en el postoperatorio de este estudio encontró un leve cambio en las variables salud física, actividad física y capacidad de trabajo. Sin embargo, había una mejoría significativa en las medidas de percepción corporal, comodidad con la ropa, capacidad de atracción y sentido de feminidad.

En otro estudio se evaluó la autoestima en 72 pacientes que se intervinieron de mamoplastia de aumento y mastopexia, y los resultados mostraron que no se producía ningún cambio estadísticamente significativo ni en la autoestima ni en los síntomas depresivos después de la intervención. Para estos autores, la autoestima es un elemento complejo formado por atributos y sentimientos que incluyen, pero que se extienden más allá, del aspecto físico (Sarwer *et al.*, 2005b).

Estos estudios muestran resultados diferentes, pero todos ellos sugieren que la intervención quirúrgica de aumento mamario no conduce necesariamente a una mejora general de la calidad de vida. Hay efectos positivos sobre los factores que contribuyen al bienestar psicológico y a la calidad de vida, pero para estos autores descubrirlos requiere profundizar en aspectos más específicos que los apreciados en estudios anteriores (Mary & McGrath, 2007).

El meta-análisis y revisión de la literatura realizado por Figueroa (2003), mostró una relación positiva y directa entre los niveles de autoestima y la cirugía plástica realizada. Esta revisión también mostró un incremento en el nivel de autoestima que correlacionaba negativamente con los niveles de depresión, mejora en el proceso de curación, y de estrategias para hacer frente a los cambios en la imagen corporal.

Para muchas mujeres, el tamaño de sus mamas es importante para sentirse bien, deseada y normal. La mayor parte de mujeres se comparan a un ideal cultural de belleza. El estado psicológico de las pacientes que se intervienen de mamoplastia de aumento es un aspecto que aún debe ser explorado en profundidad por los investigadores. Sorprendentemente, todavía se sabe muy poco de las características psicológicas de las pacientes que se intervienen de cirugía estética o el impacto psicológico que producen en ellas los procedimientos quirúrgicos.

1.5.2. Mastopexia

Debido a los factores que provocan la caída o *ptosis* de la mama, fundamentalmente los embarazos, la edad a la que las mujeres se someten a una mastopexia es necesariamente mayor que la de aquellas que se someten a una mamoplastia de aumento.

No hemos encontrado en la literatura científica artículos que traten específicamente el perfil psicológico de la mujer que presenta una *ptosis* mamaria ni las

razones que llevan a estas pacientes a someterse a una mastopexia. Sin embargo, diferentes autores sí han estudiado la motivación de las mujeres de mediana edad para someterse a cualquier intervención de cirugía estética, edad en la que se realiza con más frecuencia la mastopexia.

Slevec & Tiggemann (2010) enumeraron cuatro factores que pueden llevar a una mujer de entre 35 y 55 años a someterse a una intervención de cirugía estética: a) la insatisfacción con su cuerpo, b) la predisposición a gastar dinero para mejorar su aspecto físico, c) la ansiedad ante el envejecimiento, y d) la influencia de los medios de comunicación.

Anteriormente, uno de estos dos autores (Tiggemann, 2004) ya había demostrado que, al igual que otras más jóvenes, las mujeres de mediana edad pueden llegar a experimentar niveles elevados de insatisfacción corporal. En este grupo de edad, estos elevados niveles de insatisfacción corporal pueden provocar los mismos trastornos psicológicos que en mujeres más jóvenes, como una baja autoestima (Webster & Tiggemann, 2003), depresión (Simon *et al.*, 2008) y la aparición de trastornos alimentarios (Lewis & Cachelin, 2001).

En cuanto a la predisposición de la mujer para gastar dinero en mejorar su aspecto físico en función de su edad, un pequeño grupo de estudios sugirieron hace tiempo que el desembolso económico que hace la mujer para mejorar su aspecto físico podría disminuir con el paso de los años (Pliner, Chaiken, & Flett, 1990; Thompson *et al.*, 1998). Sin embargo, esta conclusión ha sido rebatida por un trabajo más reciente (Webster & Tiggemann, 2003), donde se demuestra justamente lo contrario, que la mujer de mediana edad gasta más dinero. Esta conclusión se ve apoyada por el ingente volumen de negocio de la industria cosmética “antienvjecimiento” y el incremento en el número de intervenciones de cirugía estética realizados en mujeres de esta edad (como la blefaroplastia, la abdominoplastia, etc.). Todo lo anterior parece confirmar la idea de que las mujeres de mediana edad no demuestran menos interés que las más jóvenes por mejorar su aspecto físico.

Respecto al tercer factor que mencionaban Slevec & Tiggemann (2010), estos autores hablan de “ansiedad ante el envejecimiento” para referirse, fundamentalmente, a la anticipación de pérdidas centradas alrededor del proceso del envejecimiento. La ansiedad relacionada con la pérdida del atractivo físico es frecuente entre las mujeres de mediana edad (Barrett & Robbins, 2008). Afirmación que se refuerza con el hecho comprobado de que, en la sociedad occidental actual, el envejecimiento en la mujer se equipara con una pérdida de su atractivo físico (Saucier, 2004).

1.5.3. Mamoplastia de reducción

Diversos estudios han demostrado el deterioro que la hipertrofia mamaria produce no sólo sobre el estado de salud de la mujer que la sufre (Kerrigan *et al.*, 2001a), sino también sobre su calidad de vida (Chao *et al.*, 2002). El motivo estético no es el único, ni tampoco el fundamental, por el que una mujer que presenta una

hipertrofia mamaria decide someterse a una mamoplastia de reducción. Todo lo contrario, la intervención ha demostrado su eficacia en la mejoría de síntomas físicos y psicológicos de las pacientes que la sufren (Rogliani, Gentile, Labardi, Donfrancesco, & Cervelli, 2009). Algunos autores han llegado a enumerar hasta 44 síntomas de diferentes tipos que afectan a estas mujeres (Sigurdson, Mykhalovskiy, Kirkland, & Pallen, 2007) y que deterioran su calidad de vida.

En un estudio reciente se ha comprobado que cerca de un tercio de las mujeres con hipertrofia mamaria presentaban evidencia clínica de ansiedad o depresión. Estas mujeres fueron evaluadas con la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970). Los resultados en dicha escala (ansiedad estado y rasgo), disminuyeron significativamente tras la mamoplastia de reducción. Los autores postulan que este cambio estaba relacionado con el cambio positivo que se produce en el cuerpo de estas mujeres después de la intervención quirúrgica. Estos mismos autores utilizaron el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) para evaluar los niveles de depresión en el pre y postoperatorio y compararon a estas mujeres con otras que no se sometieron a una reducción mamaria. También hallaron una disminución significativa de los síntomas de depresión en el grupo de las operadas. Por otra parte, el efecto positivo que la reducción mamaria producía sobre los síntomas de depresión se mantenía con el tiempo (Singh & Losken, 2012).

Saariniemi, Kuokkanen, & Tukiainen (2011), en un estudio prospectivo que realizaron a pacientes que se habían sometido a una intervención de reducción mamaria, concluyeron que cinco años después de la cirugía los síntomas de ansiedad y depresión se mantenían estables.

En un estudio realizado por Shakespeare & Postle (1999), se demostró que las mujeres que tenían grandes mamas tenían dificultades para encontrar ropa adecuada y ropa interior. La mayoría afirmaba que esta experiencia les resultaba difícil y que les producía emociones negativas, sobre todo, ansiedad y depresión ante la dificultad de encontrar una prenda en los distintos establecimientos que visitaban y que se pudiera ajustar a su cuerpo. Además de todo esto, hay que decir que este tipo de sujetadores especiales suele ser muy costoso en comparación con un sujetador normal. En muchas ocasiones ocurría también que la mujer elegía sujetadores sin mucha sujeción o no elaborados para soportar un gran peso con el objetivo de poder lucir una lencería atractiva. La experiencia de comprar sujetadores según los resultados de ese estudio, llegaba a ser placentera una vez transcurrida la intervención quirúrgica, siendo posible comprar prendas en la misma talla que el resto del cuerpo, lo cual se traducía en la mejora de su autoestima (Reardon & Grogan, 2011).

Otros estudios realizados con mujeres que se someten a una mamoplastia de reducción concluyen timidez, baja autoestima, incomodidad al practicar la natación, ansiedad y depresión en la población de mujeres con talla grande de sujetador. La timidez llevó consigo una disminución de las interacciones sociales y por tanto una más alta probabilidad de estar soltera. Estos estudios han sugerido que las mujeres que se someten a una reducción mamaria mejoran de una forma significativa su estado de

salud y su autoestima (Guthrie, Brandbury, Davenport, & Faria, 1998; Klassen, Fitzpatrick, Jenkinson, & Goodacre, 1996; Rogliani *et al.*, 2009).

La mamoplastia de reducción mejora considerablemente la calidad de vida de estas pacientes. Así por ejemplo, en un estudio en el que se empleó el Cuestionario de Salud SF-36 para evaluar la calidad de vida de estas mujeres al mes y a los cuatro meses postoperatorio se halló una mejoría significativa en ambos periodos (Mello, Domingos, & Miyazaki, 2010). En otro estudio, Shakespeare & Postle (1999), usaron la Escala de Autoestima de Rosenberg para evaluar a 60 mujeres que se habían sometido a una mamoplastia de reducción. Como los demás estudios realizados sobre este tema, concluyeron que, después de la intervención, se producía un incremento en los niveles de actividad física de la paciente y un efecto positivo en su salud general así como una mayor confianza en sí mismas y en las relaciones con los demás (Horch, Jaeger, & Stark, 1999; Shakespeare & Postle, 1999). Otro estudio realizado por Behmand, Tang, & Smith (2000) emplearon el Cuestionario de Salud SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) y el Inventario Breve de Síntomas (Derogatis, 1993) y hallaron una mejora significativa en las dimensiones función física, dolor corporal y vitalidad, así como un descenso en los niveles de ansiedad y depresión a los nueve meses de la intervención quirúrgica. En otro estudio se observó el efecto positivo que la reducción de mamas tiene sobre la calidad de vida en la mujer con respeto a la feminidad, la integridad, la facilidad para hacer nuevos contactos sociales, y sentirse menos molestas en situaciones sociales o íntimas (Woodman & Radzyminski, 2009).

En definitiva, son numerosos los estudios que han concluido que la mamoplastia de reducción conduce a una mejoría estadísticamente significativa en la calidad de vida relacionada con la salud a un coste razonable (Taylor, Tate, Brandberg, & Blomqvist, 2004; Tykkä *et al.*, 2010).

Por otro lado, se ha comprobado también en numerosos estudios que la mamoplastia de reducción mejora la autoestima de las mujeres. En uno de esos estudios donde se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg, se halló una mejora significativa de la autoestima al mes y a los cuatro meses después de la mamoplastia de reducción. Esto resulta particularmente interesante porque al mes de la intervención, suele haber todavía molestias e inflamación (Mello *et al.*, 2010). Otros estudios que han utilizado esta misma escala para evaluar la autoestima en los meses siguientes a la intervención, han demostrado igualmente una mejoría en la autoestima de estas pacientes (Horch *et al.*, 1999; Sabino Neto *et al.*, 2008; Shakespeare & Postle, 1999). Otro estudio comprobó el efecto de la mamoplastia de reducción en el temperamento y en la autoestima de pacientes que se iban a someter a dicha cirugía, concluyendo en el mismo que después de la intervención quirúrgica estas mujeres mejoraban sustancialmente su temperamento y autoestima (Turhan-Haktanir *et al.*, 2010).

En otros estudios, las pacientes tuvieron una mejoría significativa en todos los aspectos relacionados con la calidad de vida y la autoestima al mes postoperatorio, a pesar del malestar que presentaron durante ese periodo de recuperación, además resulta especialmente interesante, que esta mejoría se mantuviera en la segunda evaluación postoperatoria. Estos datos muestran por tanto, la importancia del dolor

asociado a una talla excesiva de sujetador, así como el impacto positivo producido después de realizar la mamoplastia de reducción a estas pacientes (Collins *et al.*, 2002; Kerrigan *et al.*, 2001a; Shakespeare & Cole, 1997).

Ribeiro, Ferreira, Junior, & Jacquemin (1995), afirmaban en su estudio que en la consulta inicial, el deseo de realizar la cirugía estaba siempre relacionado con síntomas físicos, sin que la paciente hiciera ninguna alusión a su autoimagen. Básicamente, era el dolor la razón principal que llevaba a la paciente a someterse a la cirugía. En ese caso se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36 para evaluar la mejoría en la calidad de vida, y los resultados mostraron una mejoría significativa en comparación con el preoperatorio y además, que no existía ninguna diferencia entre las dos evaluaciones que se hicieron en el postoperatorio. Con estos resultados demostraron que se producía una mejoría en la autoestima de estas mujeres, independientemente de los síntomas físicos que presentaban durante el período preoperatorio.

Existen numerosos estudios que nos ofrecen resultados de la mamoplastia de reducción. Desafortunadamente, no hay apenas estudios experimentales y la mayoría de las investigaciones existentes no incluyen datos del preoperatorio, centrándose exclusivamente en el postoperatorio. Aún así, existe mucha información que sugiere una mejoría de síntomas físicos y emocionales así como una elevada satisfacción de las pacientes después de la intervención (Smith & Kent, 2002).

En general, en todos los estudios se confirma una reducción de las molestias físicas, una mejor calidad de vida, una mayor autoestima y una mejoría de la salud general después de la mamoplastia de reducción. Posteriormente a la cirugía, los investigadores han encontrado que aproximadamente el 80% de las pacientes habían cumplido sus expectativas y veían su imagen corporal mejorada. Aunque la mayoría de las pacientes estaban contentas con la cirugía de reducción de mama, un tercio de ellas no estaba satisfecha con las cicatrices (Woodman & Radzysinski, 2009).

En el ámbito de la hipertrofia mamaria, hemos de resaltar cuatro tipos de factores que llevan a una mujer a someterse a una mamoplastia de reducción. A continuación se describen cada uno de ellos.

Factores físicos

La razón fundamental por la que una mujer con hipertrofia mamaria asume los riesgos que, como cualquier intervención quirúrgica, presenta la mamoplastia de reducción y decide someterse a ella es resolver los síntomas de tipo físico, especialmente el *dolor* (Kerrigan *et al.*, 2001a; Shakespeare & Cole, 1997; Shakespeare & Postle, 1999).

Efectivamente, el dolor es el síntoma más importante y el que más afecta a la mujer que presenta una hipertrofia mamaria (Dabbah *et al.*, 1995). Este dolor suele aparecer en el cuello, espalda y hombros. La gravedad de este dolor oscila entre moderado y muy grave, e impide a algunas mujeres realizar sus actividades diarias con normalidad, obligándoles en algunos casos a tomar medicación analgésica de forma

habitual (Reardon & Grogan, 2011). El dolor también puede localizarse en la cabeza. De hecho, algunos autores han detectado que hasta el 90% de las pacientes con hipertrofia mamaria sufre cefaleas (Ducic, Iorio, & Al-Attar, 2010).

Además del dolor provocado directamente por el peso de sus mamas, es frecuente que la paciente con hipertrofia mamaria adopte ciertas posturas para intentar esconder ese volumen, lo que incrementa más aún el grado de molestias en la espalda, especialmente en las mujeres de mayor edad (Heddens, 2000).

Acompañando a la presencia de síntomas subjetivos, también se han detectado *signos objetivos* de esta afectación en la espalda. Concretamente, a través de la Resonancia Magnética Nuclear (RMN), se han observado cambios de tipo degenerativo en la columna vertebral de pacientes con hipertrofia mamaria (Benditte-Klepetko *et al.*, 2007).

El *Síndrome del túnel del carpo* se debe a la compresión de un nervio que atraviesa la muñeca a su paso por un estrecho anatómico localizado en la cara palmar de la misma. Los síntomas que aparecen como consecuencia de esta compresión nerviosa son dolor, disminución de la sensibilidad y falta de fuerza en la mano. Pues bien, se ha demostrado que la hipertrofia mamaria es un factor predictor de este síndrome (Pernia, Ronel, Leeper, & Miller, 2000), lo que provoca que estas mujeres presenten dolor, falta de sensibilidad y pérdida de fuerza en las manos.

Algunas mujeres que sufren hipertrofia mamaria presentan, incluso, *dificultad para respirar* (Reardon & Grogan, 2011), especialmente cuando están tumbadas, debido a que el peso de sus mamas impiden los movimientos de inspiración de la caja torácica.

También es frecuente, especialmente en mujeres con hipertrofia mamaria grave, que presenten una afectación cutánea conocida como *intertrigo* en la piel de la parte inferior de la mama (Janniger, Schwartz, Szepietowski, & Reich, 2005; Schnur, Schnur, Petty, Hanson, & Weaver, 1997). El intertrigo es una erupción cutánea debida al permanente contacto de la piel de la mama con la del abdomen. Esta afectación es más frecuente en épocas de calor, debido al sudor.

Factores psicológicos, sexuales y sociales

Las mujeres con hipertrofia mamaria pueden presentar problemas psicológicos y sociales relacionadas con el volumen de sus mamas (Netscher *et al.*, 2000). Estos síntomas psicológicos incluyen ansiedad, depresión, inseguridad, imagen corporal negativa y baja autoestima (Benditte-Klepetko *et al.*, 2007; Guthrie *et al.*, 1998; Turhan-Haktanir *et al.*, 2010).

Algunos autores consideran que la importancia de los síntomas psicológicos que afectan a las mujeres con hipertrofia mamaria es igual, o incluso mayor, que la de los síntomas físicos (Sigurdson *et al.*, 2007). De hecho, estos autores observaron que, de

los quince síntomas más frecuentes que presentan estas pacientes, sólo cuatro incluían el dolor.

Por otra parte, se ha considerado a la hipertrofia mamaria como un factor desencadenante de trastornos de la alimentación. En un intento de eliminar la desproporción de volumen de la parte superior de su cuerpo con el de la parte inferior, la mujer con hipertrofia mamaria puede llegar a comer más de lo necesario con el objetivo de camuflar el exceso de volumen, o puede reducir la ingesta de alimentos en un intento de disminuir el volumen de sus mamas. Estas dos actitudes pueden provocar la aparición de trastornos de alimentación como la bulimia o la anorexia nerviosa (Kriepe, Lewand, Dukarm, & Caldwell, 1997; Losee *et al.*, 2004), trastornos que aparecen con mayor frecuencia, y se presentan con mayor gravedad, en la población adolescente (Koltz, Myers, Shaw, Wasiceck, & Giroto, 2011).

En un estudio donde se evaluó a un grupo de pacientes con bulimia nerviosa que presentaban evidencia clínica de hipertrofia mamaria, se halló que tras someterse a cirugía reductora, se eliminaron o redujeron todos los síntomas relacionados con los trastornos alimentarios. Este estudio demostró que la hipertrofia mamaria puede producir una distorsión de la imagen corporal y convertirse en una causa secundaria de trastornos de la alimentación. La mamoplastia puede, en parte, representar un tratamiento quirúrgico para un trastorno psicológico (Losee, Serletti, Kreipe, & Caldwell, 1997).

La hipertrofia mamaria se ha relacionado con una mayor dificultad para el desarrollo de una vida sexual satisfactoria (Guthrie *et al.*, 1998). Por lo general, a estas pacientes les disgusta que sus parejas les toquen el pecho debido a la vergüenza que sienten. Después de la intervención mamaria, las mujeres están más dispuestas a participar en las actividades sexuales y se sienten más cómodas cuando están desnudas. Estos mismos hallazgos se encontraron en un estudio realizado por Cerovac, Ali, Blizzard, Lloyd, & Butler (2005).

Factores estéticos

Ya ha sido comentado que las pacientes con hipertrofia mamaria deciden someterse a una mamoplastia de reducción por razones funcionales más que estéticas (Turhan-Haktanir *et al.*, 2010). Sin embargo, el aspecto estético también influye en la decisión de algunas mujeres y, especialmente, a la hora de valorar el resultado de la intervención. Este aspecto constituye a veces una causa de insatisfacción por parte de las pacientes (Borkenhagen, Rohricht, Preiss, Schneider, & Brähler, 2007; Eggert, Schuss, & Edsander-Nord, 2009) pero, también, por parte de los cirujanos (Godwin, Wood, & O'Neil, 1998), quienes suelen mostrarse más críticos con el resultado de la intervención que las propias pacientes (Breiting *et al.*, 2012).

Factores oncológicos

Varios estudios epidemiológicos detectaron hace años una reducción en el riesgo de aparición del cáncer de mama en pacientes sometidas a una mamoplastia de

reducción (Baasch, Nielsen, Engholm, & Lund, 1996; Brinton *et al.*, 1996). Esta conclusión fue corroborada posteriormente por dos estudios realizados en Canadá (Brown, Weingberg, Chang, Levine, & Holowaty, 1999) y en Suecia (Boice *et al.*, 2000). Según estos últimos autores, la incidencia de cáncer de mama en las pacientes intervenidas de mamoplastia de reducción disminuye un 28% frente a la de la población general, y lo hace aún más en las pacientes mayores de 50 años.

Se ha observado que la incidencia del cáncer de mama disminuye más cuanto mayor es el volumen mamario reducido y, por tanto, la cantidad de glándula mamaria extirpada (Brinton, Persson, Boice, Mc Laughlin, & Fraumeni, 2001). Es tal el beneficio, que algunos autores han llegado a recomendar la mamoplastia de reducción como medida alternativa a la mastectomía profiláctica en mujeres que presentan un alto riesgo de padecer cáncer de mama (Tarone, Lipworth, Young, & McLaughlin, 2004).

La menor incidencia de cáncer de mama en mujeres intervenidas de mamoplastia de reducción se justifica de varias maneras. Por un lado, el menor volumen después de la intervención facilita a la mujer la realización de la autoexploración mamaria (Brown, Holton, Chung, & Slezak, 2008). Por otro lado, la reducción de tejido glandular en la mama facilita la interpretación de la mamografía (Boyd, Lockwood, Byng, Tritchler, & Yaffe, 1998; Vachon, Kuni, Anderson, Anderson, & Sellers, 2000), lo que puede ayudar al diagnóstico precoz del cáncer de mama. Además, alguna lesión maligna no detectada puede estar incluida en la porción de mama extirpada (Page *et al.*, 2003; Scott, Carson, & Borak, 2005; Snyderman & Lizardo, 1960).

1.6. Resultados biopsicosociales y satisfacción de las pacientes con la cirugía estética mamaria

Las intervenciones de cirugía estética en general, y las de cirugía mamaria en particular, influyen más sobre el bienestar psicológico que sobre el bienestar físico de la persona que se somete a ella (Moss & Harris, 2009). La excepción a todas ellas la constituye la mamoplastia de reducción, que influye más sobre el bienestar físico que sobre el psicológico.

1.6.1. Mamoplastia de aumento

Desde hace más de cuarenta años numerosos estudios han evaluado el efecto de la mamoplastia de aumento sobre las pacientes que se someten a ella. Antes incluso de la introducción de los implantes de gel de silicona, Edgerton *et al.* (1961) ya habían demostrado el efecto psicológico beneficioso de esta intervención. Este efecto ha sido constatado posteriormente por otros autores, ya con los implantes de gel de silicona (Beale, Lambert, Lisper, Olsen, & Palm, 1984; Goin & Goin, 1981; Tebbets, 2008).

Sihm, Jagd, & Perse (1978), observaron una reducción de la angustia y de la timidez en estas pacientes después de la intervención.

Hetter (1979), a pesar de detectar cierto grado de insatisfacción después de la intervención en un pequeño grupo de pacientes, relacionado con cierta incomodidad física, observó que de las 165 pacientes estudiadas por él, el 88% se encontraba satisfecha con el resultado, el 96% había cumplido sus expectativas, y casi un 97% reconoció que volvería a someterse nuevamente a la intervención.

Cash *et al.* (2002), demostraron que las mujeres que se habían sometido a una mamoplastia de aumento experimentaban una mejoría en su imagen corporal después de la intervención.

La mamoplastia de aumento también ha demostrado un efecto beneficioso sobre la esfera sexual de la paciente. Las mujeres estudiadas por Kilman *et al.* (1987) percibieron un efecto positivo significativo de la intervención sobre su atractivo físico, su cuerpo y su autoimagen, y observaron que sus parejas se encontraban más interesadas en la actividad sexual que antes de la intervención. Según la percepción de estas mujeres, sus parejas las consideraban significativamente más atractivas y consideraron que sus relaciones sexuales mejoraron después del aumento. Estos autores concluyeron que las mujeres recibieron una gran retroalimentación positiva de sus parejas en relación con el aumento de volumen de sus mamas. Pasado un año de la intervención, las pacientes confesaron que la intervención había superado sus expectativas más optimistas.

Didie & Sarwer (2003), también detectaron una mejoría en las relaciones sexuales de las pacientes después de la mamoplastia de aumento en comparación con un grupo control de mujeres, también insatisfechas con su pecho pero que no tenían intención de operarse. Las motivaciones para someterse a la intervención fueron más personales que externas, ya fuera por recomendación de una tercera persona o por motivaciones sociales, respecto a la consecución de un volumen determinado.

Schlebusch & Mahrt (1993), estudiaron las secuelas psicológicas a largo plazo de las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento. Sus resultados indicaron que la mayoría de las pacientes se beneficiaron psicológicamente de la intervención y experimentaron una mejoría tanto en el estado psicológico como en la imagen corporal. Los resultados también indicaron menos ansiedad y depresión en el postoperatorio. A pesar de que no todas las expectativas de las pacientes se cumplieron, la mayoría de las mujeres no se arrepintieron de haberse operado y confesaron que recomendarían la intervención a otras mujeres en situaciones similares. Sin embargo, estos autores encontraron en su estudio que la mayoría de las pacientes no se había planteado seriamente la posibilidad de presentar un resultado postoperatorio insatisfactorio.

Hughes & Mahoney (1993), encontraron un porcentaje elevado de satisfacción con el resultado de las pacientes que se habían sometido a una mamoplastia de aumento (88.9%), a pesar de una tasa detectada de complicaciones (eso sí, menores)

cercana al 30%. Por otro lado, las pacientes expresaron una crítica generalizada: haber recibido una información preoperatoria insuficiente.

Sarwer *et al.* (2003), observaron que las pacientes operadas de mamoplastia de aumento gastaban más dinero en cuidar de su aspecto físico, experimentaban menos estrés, ansiedad y síntomas depresivos, y eran capaces de gastar más bromas relacionadas con su apariencia que antes de la intervención.

La mejoría desde el punto de vista psicológico y del aumento de autoestima que experimentan las pacientes después de la intervención afecta, incluso, a la postura corporal. Una vez intervenidas, las pacientes caminan más erguidas, con la cabeza y hombros más retrasados, y el pecho más adelantado (Mazzocchi, Dessy, Iodice, Saggini, & Scuderi, 2012).

Beale *et al.* (1984), buscaron índices predictores de aquellas mujeres que podrían beneficiarse más de la intervención. Sugirieron que, con el uso de tests de personalidad, sería posible predecir qué mujeres se beneficiarían más de la intervención, y concluyeron que aquellas pacientes con una menor puntuación en una escala de tendencias neuróticas antes de la intervención tenían más posibilidades de sentirse satisfechas con el resultado.

1.6.2. Mamoplastia de reducción

La mamoplastia de reducción mejora de forma evidente los síntomas que afectan a las pacientes con hipertrofia mamaria, tanto físicos como psicológicos (Kerrigan *et al.*, 2001b). Esta mejoría es independiente de la cantidad de tejido mamario extirpado, habiéndose observado que resecciones menores de 1.000 gramos por cada mama liberan a la paciente de sus molestias de la misma manera que resecciones mayores de 2.000 gramos (Spector, Singh, & Karp, 2008).

Una vez intervenidas, las pacientes con hipertrofia mamaria experimentan una reducción del dolor de hombros y de cuello (Friere, Neto, García, Quaresma, & Ferreira, 2007), así como una mejoría en el dolor lumbar y de la columna vertebral torácica, y una mejoría en la posición de la cabeza y del cuello (Chao *et al.*, 2002).

Otros autores (Collins *et al.*, 2002), observaron que el porcentaje de pacientes que presentaba dolor en el cuello, espalda u hombros durante todo el tiempo o la mayoría del tiempo, pasaba del 50% antes de la intervención a menos del 10% después de la misma. Sin embargo, detectaron que la instauración de tratamientos conservadores, incluida la pérdida de peso, no proporcionó una mejoría permanente de los síntomas. Estos resultados contrastan con lo encontrado poco tiempo después por otros autores (Greenbaum, Heslop, Morris, & Dunn 2003), que concluyeron que llevar un sujetador adecuado y correctamente ajustado mejoraba los síntomas.

Foreman, Dibble, Droge, Carson, & Rockwell, (2009), demostraron que las pacientes con hipertrofia mamaria que se sometían a una mamoplastia de reducción

presentaban una mejoría en la impotencia funcional y una reducción del 35% en las fuerzas de compresión que sufre la columna lumbar debido al menor peso de las mamas.

Ducic *et al.* (2010), demostraron también una reducción estadísticamente significativa de las cefaleas en el 50% o más de estas pacientes.

La mamoplastia de reducción disminuye la dificultad respiratoria que sufren las pacientes con hipertrofia mamaria y consigue una mayor tolerancia al ejercicio físico, así como una mejoría en los parámetros objetivos de la función pulmonar (Starley, Bryden, Tagari, Mohammed, & Jones, 1998).

La calidad del sueño, alterado también en las pacientes de hipertrofia mamaria, mejora igualmente después de la intervención (Chahraoui *et al.*, 2006; Starley *et al.*, 1998).

Por otro lado, centrándonos en los aspectos más psicológicos, la mamoplastia de reducción consigue que las pacientes realicen más ejercicio físico y se sientan más cómodas en aquellas situaciones sociales en las que se exponen en ropa deportiva, especialmente, trajes de baño (Boschert, Barone, & Puckett, 1996; Brown *et al.*, 2008; Singh, Pinell, & Losken, 2010).

Además, se ha observado que después de la intervención, las pacientes motivadas pierden peso y disminuyen la talla de su ropa (Singh *et al.*, 2010). De hecho, la pérdida de peso y la mamoplastia de reducción forman un círculo de refuerzo positivo, de modo que cada uno favorece al otro. Sin embargo, los cirujanos plásticos suelen recomendar que la intervención se realice después de reducido el peso, con objeto de disminuir la posibilidad de una segunda intervención para remodelar la mama, y en aras de conseguir una mayor satisfacción por parte de la paciente (Coridi, Holtz, & Gusenoff, 2011).

Algunos autores han observado una disminución del nivel de ansiedad y de depresión de las pacientes después de la intervención (Chahraoui *et al.*, 2006; Guthrie *et al.*, 1998; Saarieniemi, Joukamaa, Raitasalo, & Kuokkanen, 2009), incluso hasta cinco años después de la misma (Saarieniemi *et al.*, 2011).

La mamoplastia de reducción ha demostrado su efecto beneficioso sobre la vida sexual de las pacientes (Cerovac *et al.*, 2005; Romeo, Cuccia, Zirilli, Weiler-Mithoff, & Stagno d'Alcontres, 2010; Singh *et al.*, 2010).

En cuanto a los trastornos de alimentación que sufren las pacientes con hipertrofia mamaria, se ha observado que la mamoplastia de reducción puede ayudar a la resolución de la bulimia, incluso 10 años después de la intervención (Kriepe *et al.*, 1997; Losee *et al.*, 2004). Por lo tanto, la existencia de un trastorno de la alimentación en la paciente no debería constituir una contraindicación para realizar la intervención.

Después de la intervención, las pacientes mejoran su autoestima (Mello *et al.*, 2010; Saarieniemi *et al.*, 2009; Sabino Neto *et al.*, 2008; Shakespeare & Postle, 1999;)

Las pacientes confiesan una mejoría en su calidad de vida después de la intervención (Mello *et al.*, 2010). Esta mejoría se debe no sólo a la reducción del dolor y de las molestias físicas, lo que redundará en una mayor práctica de ejercicio físico y en una mejoría general de su salud, sino también al incremento en la confianza en sí mismas y a la mejoría que experimentan sus relaciones sociales (Shakespeare & Postle, 1999).

1.7. Mamoplastia de aumento y tasa de mortalidad

Diversos estudios, hasta la fecha, han analizado la posible relación entre la mamoplastia de aumento y una elevada tasa de mortalidad.

Un primer estudio, publicado por Brinton, Lubin, Burich, Colton, & Hoover (2001), analizó la mortalidad entre las pacientes de mamoplastia de aumento. En esta investigación los datos epidemiológicos se analizaron en un estudio de cohorte retrospectivo de 13.488 pacientes que se habían sometido a una mamoplastia de aumento y 3.936 pacientes que se habían sometido a otra intervención de cirugía estética. La tasa de mortalidad en ambos grupos se comparó con la de la población general de los Estados Unidos. Los resultados indicaron que las pacientes que solicitaban una intervención de cirugía estética gozaban de más salud que la población general. Sin embargo, aquellas pacientes sometidas a una mamoplastia de aumento experimentaron un riesgo más alto de muerte comparado con la población general, debido a enfermedades oncológicas y a conductas suicidas. Se concluyó también que los intentos de suicidio se relacionaban con numerosas situaciones, tales como dificultades dentro de la pareja, depresión y trastornos emocionales; situaciones todas ellas que han sido detectadas entre las pacientes que han sido intervenidas de mamoplastia de aumento. Especularon también que la baja autoestima que se asocia frecuentemente a las pacientes con implantes mamarios (Goin, 1982; Goin & Goin, 1981; Meyer & Ringberg, 1987; Sarwer *et al.*, 2003) podría contribuir a ese incremento en la tasa de mortalidad.

En un segundo estudio, Koot, Peeters, Granath, Grobbee, & Nyren (2003) evaluaron el riesgo de mortalidad potencial entre las mujeres suecas sometidas a una mamoplastia de aumento. Este estudio se basó en la premisa de que el deseo de cirugía estética podría sugerir en algunas pacientes la existencia de una patología psicológica subyacente. Por lo tanto, estas investigaciones plantearon la hipótesis de que la muerte debida al suicidio podría aparecer más entre la población de mujeres con aumento de mama que entre la población general (Hasan, 2000). Hallaron que 15 mujeres se suicidaron, en lugar de las 5,2 muertes esperadas por esta razón. Ese exceso de mortalidad se achacó a la aparición de enfermedades malignas, principalmente a cáncer de pulmón, siendo entonces el número de muertes, debida a cualquier causa, más cercano al esperado. Estos autores sugirieron que las mujeres que se sometían a una mamoplastia de aumento eran más susceptibles de suicidarse

que las mujeres de la población general. En este estudio las muertes debidas a cáncer de pulmón se relacionaron con el tabaquismo, lo cual fue previamente demostrado en un estudio de cohorte (Fryzek *et al.*, 2000).

Un tercer estudio analizó el riesgo potencial de mortalidad entre las mujeres finlandesas sometidas a una mamoplastia de aumento (Pukkala *et al.*, 2003). Los resultados indicaron que las 32,1 muertes (por todas las causas) eran las esperadas y 31 las observadas. No se observó un exceso de mortalidad por cáncer. Diez mujeres se suicidaron, en comparación con las 3,1 muertes esperadas. Estos autores sugirieron que la explicación de esta elevada tasa de suicidio observada entre las pacientes de mamoplastia de aumento había que buscarla en la existencia de psicopatología subyacente en la paciente.

En la misma línea que los estudios anteriores, un experto de prestigio internacional en el estudio del suicidio (Joiner, 2003), halló unas tasas esperadas de suicidio ligeramente más elevadas en las pacientes con una mamoplastia de aumento. Resumió en los siguientes puntos las principales características sociodemográficas y psicológicas de estas mujeres: raza blanca, con una edad entre 25 y 44 años, abuso de alcohol y de tabaco, síntomas de trastornos relacionados con el estado de ánimo y la alimentación y personalidad impulsiva.

Una evidencia aún mayor de que los factores preexistentes contribuyen al aumento de las tasas de suicidio en pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento lo aporta el estudio de Meyer & Ringberg (1987). En él se incluyó una evaluación de las características preoperatorias psiquiátricas y psicosociales en un grupo de mujeres suecas antes de la intervención, observándose que el índice de intento de suicidio antes de la intervención fue del 18% en el grupo de pacientes que iban a someterse a una mamoplastia de aumento, mientras que en el grupo de pacientes que iban a operarse de tumores benignos (piel de la cara y cuello fue solamente del 3%.

Tal como se mencionó previamente, muchos de los factores asociados con el suicidio están presentes antes de la cirugía en las pacientes de mamoplastia de aumento, a pesar del hecho de que la mayoría de estas pacientes refieren una satisfacción significativa con el resultado (Cash *et al.*, 2002).

Joiner (2003) sugiere que las tasas de suicidio observadas dentro de este grupo de pacientes podrían ser, incluso, mayores si no se hubieran intervenido de mamoplastia de aumento. Es más, este autor mantiene que existen pruebas de que antes de la intervención, las pacientes presentan insatisfacción corporal, al menos en lo que respecta a sus mamas, y que esa insatisfacción corporal constituye un factor de riesgo para la aparición de trastornos emocionales y alimentarios. Tanto los trastornos afectivos como los alimentarios representan factores de riesgo graves para el suicidio. Debido a que la mamoplastia de aumento parece mejorar la situación de insatisfacción corporal en muchas pacientes, Joiner postula que la intervención podría suprimir la potencialidad de suicidio debido a un incremento de la satisfacción de la paciente con su imagen corporal.

En una carta de respuesta al estudio sobre la mortalidad de las mujeres suecas intervenidas de mamoplastia de aumento, se describió que el subgrupo de pacientes de cirugía estética que podía encontrarse ante un mayor riesgo de suicidio era el constituido por personas que padecían dismorfofobia (Klesmer, 2003). Este autor señala el trastorno corporal dismórfico, o dismorfofobia, como una forma de trastorno somatomorfo que involucra una preocupación por un defecto del aspecto físico, que es imaginario o existente, pero leve, y que preocupa en exceso a la paciente. Se estima que entre un 6 y un 15% de pacientes que se somete a cualquier intervención de cirugía estética padece este trastorno. Klesmer recomienda que el cirujano plástico derive a la paciente en cuestión a un psicólogo para descartar este trastorno, y considera que si el trastorno se diagnostica y se trata correctamente, la tasa de suicidios relacionados con la mamoplastia de aumento podría disminuir.

Con tanta atención existente en la actualidad sobre la imagen corporal en nuestra sociedad, no es difícil entender porqué las mujeres optan por someterse a procedimientos para mejorar el aspecto de su mama.

Aunque en nuestro estudio no se valora la tasa de mortalidad de nuestras pacientes, sería interesante detectar, por un lado, si esta asociación entre mamoplastia de aumento y suicidio se debe a una prevalencia de psicopatología subyacente (ansiedad, depresión, etc.) y no a otros factores de riesgo, o si, por otro lado, la intervención tiene un papel real en el riesgo de suicidio.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. Objetivos

Los objetivos principales que se contemplan en el presente estudio son los siguientes:

1. Analizar la evolución psicosocial (salud mental, calidad de vida, autoconcepto y relaciones familiares) en pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento en función de las siguientes fases temporales: preoperatoria y postoperatoria (1 mes, 6 meses y 12 meses).
2. Analizar la evolución psicosocial (salud mental, calidad de vida, autoconcepto y relaciones familiares) en pacientes intervenidas de mastopexia en función de las siguientes fases temporales: preoperatoria y postoperatoria (1 mes, 6 meses y 12 meses).
3. Analizar la evolución psicosocial (salud mental, calidad de vida, autoconcepto y relaciones familiares) en pacientes intervenidas de mamoplastia de reducción en función de las siguientes fases temporales: preoperatoria y postoperatoria (1 mes, 6 meses y 12 meses).
4. Comparar la evolución psicosocial (salud mental, calidad de vida, autoconcepto y relaciones familiares) de las pacientes sometidas a distintos tipos de cirugía estética mamaria (mamoplastia de aumento, mastopexia y mamoplastia de reducción) en función de las siguientes fases temporales: preoperatoria y postoperatoria (1 mes, 6 meses y 12 meses).

2.2. Hipótesis

En función de los objetivos planteados y de la bibliografía consultada, formulamos las siguientes hipótesis:

1. Hipótesis que se derivan del Objetivo1:
 - 1.1. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses), mostrarán puntuaciones más elevadas en las variables “depresión” y “ansiedad estado”, y similares puntuaciones en la variable “ansiedad rasgo”.
 - 1.2. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento en comparación con las diversas fases postoperatorias (6 meses y 12 meses), obtendrán puntuaciones más bajas en la dimensión “salud mental” y similares puntuaciones en las dimensiones “dolor corporal”, “vitalidad” “salud general”, “función física”, “función social”, “rol emocional” y

“rol físico”. Al mes de la intervención quirúrgica en comparación con la fase preoperatoria, obtendrán unas puntuaciones más bajas en las dimensiones “dolor corporal”, “vitalidad”, “función física”, “función social” y “rol físico”.

- 1.3. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento, en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses), manifestarán puntuaciones más bajas en las variables “autoconcepto físico”, “autoestima física”, y “autoconcepto físico total”, y similares puntuaciones en “autocomportamiento físico”.
- 1.4. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento, en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses), mostrarán puntuaciones similares en las variables “cohesión”, “expresividad” y “conflicto”.

2. Hipótesis que se derivan del Objetivo 2:

- 2.1. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mastopexia, en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses), mostrarán puntuaciones más elevadas en las variables “depresión” y “ansiedad estado”, y similares puntuaciones en la variable “ansiedad rasgo”.
- 2.2. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mastopexia, en comparación con las diversas fases postoperatorias (6 meses y 12 meses), manifestarán puntuaciones más bajas en la dimensión “salud mental” y similares puntuaciones en las dimensiones “dolor corporal”, “vitalidad” “salud general”, “función física”, “función social”, “rol emocional” y “rol físico”. Al mes de la intervención quirúrgica en comparación con la fase preoperatoria, obtendrán unas puntuaciones más bajas en las dimensiones “dolor corporal”, “vitalidad”, “función física”, “función social” y “rol físico”.
- 2.3. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mastopexia, en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses), obtendrán puntuaciones más bajas en las variables “autoconcepto físico”, “autoestima física”, y “autoconcepto físico total”, y puntuaciones similares en “autocomportamiento físico”.
- 2.4. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mastopexia, en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses), obtendrán puntuaciones similares en las variables “cohesión”, “expresividad” y “conflicto”.

3. Hipótesis que se derivan del Objetivo 3:

- 3.1. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mamoplastia de reducción, en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses), mostrarán puntuaciones más elevadas en las variables

- “depresión” y “ansiedad estado”, y puntuaciones similares en la variable “ansiedad rasgo”.
- 3.2. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mamoplastia de reducción, en comparación con las diversas fases postoperatorias (6 meses y 12 meses), manifestarán puntuaciones más bajas en las dimensiones “dolor corporal”, “salud general”, “función física” y “salud mental” y similares puntuaciones en las dimensiones “vitalidad”, “función social”, “rol emocional” y “rol físico”. Al mes de la intervención quirúrgica en comparación con la fase preoperatoria, obtendrán unas puntuaciones más bajas en las dimensiones “dolor corporal”, “vitalidad”, “función física”, “función social” y “rol físico”.
 - 3.3. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mamoplastia de reducción, en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses), mostrarán puntuaciones más bajas en todas las variables estudiadas: “autoconcepto físico”, “autoestima física”, “autocomportamiento físico” y “autoconcepto físico total”.
 - 3.4. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mamoplastia de reducción, en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses), obtendrán puntuaciones similares en las variables “cohesión”, “expresividad” y “conflicto”.
4. Las diversas fases temporales (preoperatorio, 1 mes, 6 meses y 12 meses postoperatorio) ejercerán un efecto diferencial en las pacientes en función del tipo de cirugía estética mamaria (mamoplastia de aumento, mastopexia y mamoplastia de reducción). En concreto, mientras que la salud mental y las relaciones familiares tendrán una evolución similar en todos los grupos, por el contrario, la calidad de vida y el autoconcepto tendrán una evolución diferente, resultando más favorable en las pacientes intervenidas de mamoplastia de reducción.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Participantes

Con el fin de conseguir los objetivos planteados anteriormente se constituyeron tres grupos muestrales teniendo en cuenta el tipo de cirugía estética mamaria realizada en cada paciente: mujeres intervenidas de mamoplastia de aumento (Grupo 1), mujeres intervenidas de mastopexia (Grupo 2), y mujeres intervenidas de mamoplastia de reducción (Grupo 3). Todas las pacientes fueron intervenidas entre noviembre de 2008 y octubre de 2011 en el Hospital Nisa Aljarafe de Sevilla, bajo anestesia general, y por un único especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

A continuación comentamos las características sociodemográficas y clínicas de cada uno de los grupos (Tablas 1, 2 y 3 situadas al final de este subapartado).

3.1.1. Grupo 1: mamoplastia de aumento

Datos sociodemográficos

Este grupo estaba formado por 63 mujeres con una edad media de 28.38 años ($DT= 7.39$ años). Como puede apreciarse en la Tabla 1, el 52.4% estaba soltera y el 61.9% no tenía hijos. En cuanto al nivel de estudios, el 33.3% tenía formación universitaria y el 30.2% nivel de EGB/ESO. En cuanto a la situación laboral, el 69.8% se hallaba en activo, y respecto al nivel de ingresos de la unidad familiar, oscilaba entre 1.201 € y 1.800 € en el 38.1% de los casos, superando los 1.800 € el 33.3% de la muestra.

Datos clínicos

Como puede observarse en la Tabla 2, la mayoría de estas mujeres no tenía antecedentes familiares de cáncer de mama (87.3%), no habían tenido ninguna patología mamaria previa (88.9%), ni manifestado mastodinia (dolor en la mama) (79.4%), ni secreción por el pezón (98.4%). Más de la mitad de las pacientes eran fumadoras (54%): menos de 10 cigarrillos al día (27%) y entre 10 y 20 cigarrillos al día (27%). Del total de pacientes, el 38.1% se había sometido previamente a alguna intervención quirúrgica: cesárea (9.5%), adenoidectomía (4.8%), apendicectomía (3.2%), tratamientos quirúrgicos de dificultad respiratoria (3.2%), amigdalectomía (3.2%), tumor de mama benigno (3.2%) y otras intervenciones (11%).

Todas las pacientes aceptaban tener cicatrices después de la intervención a cambio de un mejor aspecto, y todas ellas deseaban modificar el volumen de sus mamas. Respecto al tipo de recuperación que las pacientes pensaban que tendrían posteriormente a la intervención, el 68.3% consideraba que sería normal.

Al preguntarles por la persona que más había influido en su decisión de someterse a la intervención, el 63.5% afirmó que nadie había influido. En cuanto al

motivo principal que les llevó a someterse a la intervención de cirugía estética mamaria, la mayoría de estas mujeres refirieron hacerlo simplemente por el deseo de mejorar su aspecto (69.8%). Por otro lado, haciendo referencia al principal temor respecto a la intervención, las respuestas más comunes fueron: la anestesia general (36.5%) y las complicaciones postoperatorias (34.9%).

Algo menos de la mitad de este grupo de pacientes pensaba que la intervención no influiría en su estilo de vida (49.2%). Del 50.8% restante, la mayoría esperaba tener un aumento de su autoestima (38.1%), un número menor de ellas consideraba que mejoraría su relación de pareja (7.9%) y otras consecuencias no especificadas (4.8%).

Respecto a los datos clínicos postoperatorios (seguimiento realizado a los 12 meses), como se muestra en la Tabla 3, el 100% afirmó estar satisfecha con los cuidados médicos recibidos, y además pensó que el cirujano le había proporcionado toda la información necesaria para el periodo postoperatorio. Además el 90.4% se hallaba satisfecha con la forma de sus mamas. Por otro lado, casi la totalidad de las pacientes se mostraron satisfechas en relación con el volumen (93.7%), simetría (87.3%), y consistencia (95.2%) de sus mamas. Además, el 92.1% no sentía los implantes como un cuerpo extraño, y otro 92.1% se hallaba satisfecha con el aspecto final de las cicatrices.

Con respecto a la sensibilidad en la mama tras la intervención, el 39.6% tenía la misma sensibilidad que antes de la intervención y un 55.6% sólo presentaba algo de sensibilidad.

A los doce meses de la intervención quirúrgica mamaria, se les preguntó a todas las mujeres si la operación había influido en su estilo de vida, respondiendo afirmativamente un 96.8%. Las situaciones que ellas mismas describieron fueron las siguientes: un 71.4% afirmó que había mejorado su autoestima, un 15.9% afirmó que mejoró su relación de pareja, un 3.2% había tenido más éxito social, un 3.2% le había ayudado a conseguir sus objetivos profesionales y el otro 3.2% restante describieron otras situaciones no especificadas. En concreto, el 65.1% se hallaba muy satisfecha cuando realizaban una valoración global sobre el resultado definitivo de la intervención.

3.1.2. Grupo 2: mastopexia

Datos sociodemográficos

Este segundo grupo estaba constituido por 42 mujeres que fueron sometidas a una elevación de la mama (mastopexia). En 7 de ellas no se modificó el volumen de su mama durante la intervención, es decir, se les realizó una mastopexia pura, mientras que en las 35 restantes se realizó un aumento de volumen junto con la elevación de la mama, lo que se denomina mastopexia de aumento.

Estas mujeres tenían una edad media de 33.86 años ($DT= 6.68$ años). Como puede apreciarse en la Tabla 1, el 64.3% estaba casada o con pareja estable y el

52.4% tenía dos hijos. En cuanto al nivel de estudios, el 33.3% tenía formación universitaria y el 28.6% nivel de bachiller/instituto. En cuanto a la situación laboral, el 69% se hallaba en activo, y respecto al nivel de ingresos de la unidad familiar, el 61.9% superaba los 1.800 €.

Datos clínicos

Como puede apreciarse en la Tabla 2, un elevado porcentaje de estas pacientes (73.8%) no presentaba antecedentes familiares de cáncer de mama, el 81% no había sufrido patología mamaria previa, el 64.3% no presentaba dolor en la mama (mastodinia), y ninguna paciente refería haber tenido secreción por el pezón. El 61.9% de las pacientes era fumadora, de las cuales el 19% fumaba menos de diez cigarrillos al día, el 14.3%, entre diez y veinte cigarrillos al día y el 4.8% más de 20 cigarrillos. De las 42 pacientes, 20 habían sido sometidas a intervenciones quirúrgicas previas (52.4%), siendo las más frecuentes la amigdalectomía (11.9%) y la apendicectomía (7.1%) y en menor proporción otras intervenciones de cirugía plástica (4.8%), tumor de mama benigno (4.8%), adenoidectomía (4.8%), tiroidectomía (2.4%), cesárea (2.4%), mioma uterino (2.4%), tratamiento quirúrgico de dificultad respiratoria (2.4%) y otras intervenciones no especificadas (4.8%).

Todas las pacientes aceptaban tener cicatrices después de la intervención, a cambio de una mejor forma de su mama, y la mayoría deseaba aumentar el volumen de sus mamas (83.3%). Sólo el 16.7% de las pacientes deseaba elevar la mama sin aumentar su volumen. Respecto a la recuperación que las pacientes pensaban que iban a tener después de la intervención, el 64.3% consideraba que sería normal.

Respecto a la persona que más había influido en la decisión de someterse a la intervención de mastopexia, la mayoría (78.6%) afirmó que nadie había influido. En cuanto al motivo principal que les llevaba a someterse a la intervención de mastopexia, la mayoría (69%) lo hacía simplemente por el deseo de mejorar su aspecto. Por otro lado, en cuanto al principal temor respecto a la intervención, las respuestas más comunes fueron: la anestesia general (45.2%) y las complicaciones postoperatorias (31%).

El 59.5% de las pacientes pensaba que la intervención no influiría en su estilo de vida. Del 40.5% restante, la mayoría esperaba tener un aumento de su autoestima (31%), en un porcentaje menor (7.1%) una mejoría en su relación de pareja y sólo una paciente afirmó que la liberaría de problemas físicos (2.4%).

Respecto a los datos clínicos postoperatorios (seguimiento a los 12 meses), como se muestra en la Tabla 3, el 100% afirmó estar satisfecha con los cuidados médicos recibidos, y el 97.6% pensó que el cirujano le había dado toda la información necesaria para el periodo postoperatorio. Además, las pacientes mostraron satisfacción con sus mamas en cuanto a la forma (97.6%), el volumen (88.1%), la simetría (97.6%) y la consistencia (78.6%). Así mismo, el 78.6% de las pacientes no sentía los implantes como un cuerpo extraño y el 66.7% se hallaba satisfecha con el aspecto final de las cicatrices.

Con respecto a la sensibilidad en la mama tras la intervención, el 54.8% tenía la misma sensibilidad que antes de la intervención y un 42.8% sólo presentaba algo de sensibilidad.

Por último, a los doce meses de la intervención quirúrgica mamaria, se les preguntó a todas las mujeres si la operación había influido en su estilo de vida, respondiendo afirmativamente casi la totalidad de las pacientes (95.2%). Las situaciones que ellas mismas describieron fueron las siguientes: un 69% afirmó que había mejorado su autoestima, un 21.4% afirmó que mejoró su relación de pareja y un 4.8% había tenido más éxito social. En concreto, el 59.5% se hallaba bastante satisfecha cuando realizaban una valoración global sobre el resultado definitivo de la intervención.

3.1.3. Grupo 3: mamoplastia de reducción

Datos sociodemográficos

Este grupo estaba formado por 28 mujeres con una edad media de 37.39 años (DT= 11.45 años).

Como puede apreciarse en la Tabla 1, el 64.3% estaba casada o con pareja estable, el 42.9% no tenía hijos y el 32.1% tenían dos hijos. En cuanto al nivel de estudios, el 46.3% tenía formación universitaria, y respecto a la situación laboral, el 50% se hallaba en activo. Además, el 53.6% superaba los 1.800 € respecto al nivel de ingresos de la unidad familiar.

Datos clínicos

Como puede apreciarse en la Tabla 2, la mayoría de estas mujeres no tenían antecedentes familiares de cáncer de mama (89.3%), no habían tenido ninguna patología mamaria previa (85.7%), ni mastodinia (64.3%), ni secreción por el pezón (96.4%). Un pequeño grupo de estas pacientes eran fumadoras (32.1%): de menos de 10 cigarrillos al día (14.3%), de entre 10 y 20 cigarrillos al día (7.1%) y de más de 20 cigarrillos al día (10.7%). Del total de pacientes, el 57.1% se había sometido previamente a alguna intervención quirúrgica: cesárea (14.3%), amigdalectomía (10.7%), cirugía plástica (10.7%), tumor benigno de mama (7.1%), adenoidectomía (3.6%), apendicectomía (3.6%), mioma uterino (3.6%) y otras intervenciones (3.6%).

Todas las pacientes aceptaban tener cicatrices después de la intervención a cambio de un mejor aspecto, y todas ellas desearon modificar el volumen de sus mamas. Respecto al tipo de recuperación que las pacientes pensaban que tendrían posteriormente a la intervención, el 85.7% consideraba que sería normal.

Al preguntarles por la persona que más había influido en su decisión de someterse a la intervención, un número elevado afirmó que nadie había influido en su decisión (71.4%). En cuanto al motivo principal que les llevó a someterse a la

intervención de cirugía estética mamaria, más de la mitad de estas mujeres refirieron hacerlo por molestias físicas (53.6%). Por otro lado, haciendo referencia al principal temor respecto a la intervención, las respuestas más comunes fueron: la anestesia general (46.4%) y las complicaciones postoperatorias (35.7%).

Un pequeño grupo de pacientes pensaba que la intervención no influiría en su estilo de vida (17.9%). Del 82.1% restante, la mayoría esperaba tener un aumento de su autoestima (46.4%), una liberación de los problemas físicos (21.4%), una paciente dijo que sobre todo mejoraría su relación de pareja (3.6%) y otras consecuencias no especificadas (un 10.7%).

Respecto a los datos clínicos postoperatorios (seguimiento a los 12 meses), como se muestra en la Tabla 3, el 100% afirmó estar satisfecha con los cuidados médicos recibidos y además pensó que el cirujano le había proporcionado toda la información necesaria para el periodo postoperatorio. Además, las pacientes mostraron satisfacción con sus mamas en cuanto a la forma (100%), el volumen (92.9%) y la simetría (100%). Así mismo, el 75% se hallaban satisfechas con el aspecto final de las cicatrices.

Con respecto a la sensibilidad en la mama tras la intervención, el 53.6% tenía algo de sensibilidad y el 42.8% la misma sensibilidad que antes de la intervención quirúrgica.

En último lugar, a los doce meses de la intervención quirúrgica mamaria, se les preguntó a todas las mujeres si la operación había influido en su estilo de vida, respondiendo afirmativamente el 100% de ellas. Las situaciones que describieron fueron las siguientes: un 75% afirmó que había mejorado su autoestima, un 10.7% afirmó que se habían liberado de dolores y problemas físicos, un 10.7% había tenido más éxito social y un 3,6% dijo que le había ayudado a conseguir sus objetivos profesionales. En concreto, el 53.6% se hallaba muy satisfecha cuando realizaban una valoración global sobre el resultado definitivo de la intervención.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento, mastopexia y mamoplastia de reducción (N=133)

VARIABLES	Mamoplastia de Aumento (N=63)		Mastopexia (N=42)		Mamoplastia de Reducción (N=28)	
	Frecuencias	%	Frecuencias	%	Frecuencias	%
Estado Civil						
Soltera	33	52.4	11	26.2	9	32.1
Casada / en pareja	28	44.4	27	64.3	18	64.3
Separada	2	3.2	3	7.1	1	3.6
Viuda	0	0	1	2.4	0	0
Nº de hijos						
Ninguno	39	61.9	9	21.4	12	42.9
Uno	8	12.7	5	11.9	6	21.4
Dos	12	19.0	22	52.4	9	32.1
Tres o más	4	6.3	6	14.3	1	3.6
Nivel de estudios						
Sin estudios	2	3.2	1	2.4	0	0
EGB/ESO	19	30.2	8	19.0	5	17.9
FP	15	23.8	7	16.7	5	17.9
Bachiller/ Instituto	6	9.5	12	28.6	5	17.9
Universitaria	21	33.3	14	33.3	13	46.3
Situación laboral actual						
Estudia	7	11.1	1	2.4	7	25.0
Ama de casa	7	11.1	9	21.4	4	14.3
De baja	3	4.8	2	4.8	1	3.6
En activo	44	69.8	29	69.0	14	50.0
Otras	2	3.2	1	2.4	2	7.1
Ingresos mensuales unidad familiar						
Menos o igual a 600 euros	5	7.9	1	2.4	2	7.1
De 601-1200 euros	13	20.7	8	19.0	6	21.4
De 1201-1800 euros	24	38.1	7	16.7	5	17.9
Más de 1800 euros	21	33.3	26	61.9	15	53.6

Tabla 2. Datos clínicos preoperatorios de las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento, mastopexia y mamoplastia de reducción (N=133)

VARIABLES	Mamoplastia de Aumento (N=63)		Mastopexia (N=42)		Mamoplastia de Reducción (N=28)	
	Frecuencias	%	Frecuencias	%	Frecuencias	%
Año de la intervención						
2008	1	1.6	4	9.5	1	3.6
2009	21	33.3	14	33.4	10	35.7
2010	37	58.8	21	50.0	15	53.6
2011	4	6.3	3	7.1	2	7.1
Antecedentes de cáncer de mama						
No	55	87.3	31	73.8	25	89.3
Sí	8	12.7	11	26.2	3	10.7
Patología mamaria previa						
No	56	88.9	34	81.0	24	85.7
Sí	7	11.1	8	19.0	4	14.3
Mastodinia						
No	50	79.4	27	64.3	18	64.3
Sí	13	20.6	15	35.7	10	35.7
Secreción del pezón						
No	62	98.4	42	100.0	27	96.4
Sí	1	1.6	0	0	1	3.6
Fumadoras						
No	29	46.0	16	38.1	19	67.9
Sí	34	54.0	26	61.9	9	32.1
Intervenciones quirúrgicas previas						
No	39	61.9	22	47.6	12	42.9
Sí	24	38.1	20	52.4	16	57.1
Cambio de volumen						
No	0	0.0	7	16.7	0	0.0
Sí	63	100.0	35	83.3	28	100.0
Tipo de recuperación en el postoperatorio						
Lenta	7	11.1	1	2.4	1	3.6
Normal	43	68.3	27	64.3	24	85.7
Rápida	13	20.6	14	33.3	3	10.7
La persona que más ha influido en la decisión de intervenir						
Nadie	40	63.5	33	78.6	20	71.4
Algún amigo/a	4	6.4	0	0	1	3.6
Algún familiar	13	20.6	7	16.6	4	14.3
Otros	6	9.5	2	4.8	3	10.7

Tabla 2 (continuación). Datos clínicos preoperatorios de las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento, mastopexia y mamoplastia de reducción (N=133)

VARIABLES	Mamoplastia de Aumento (N=63)		Mastopexia (N=42)		Mamoplastia de Reducción (N=28)	
	Frecuencias	%	Frecuencias	%	Frecuencias	%
Motivo principal que le lleva a someterse a la intervención						
Deseo mejorar mi aspecto	44	69.8	29	69.0	5	17.8
Deterioro de la sensación de feminidad	10	15.9	9	21.4	1	3.6
Molestias físicas	0	0	1	2.4	15	53.6
Deterioro relación pareja	1	1.6	0	0.0	0	0.0
Incomodidad con la ropa	3	4.8	1	2.4	5	17.9
Otros	5	7.9	2	4.8	2	7.1
Principal temor respecto a la intervención						
Anestesia general	23	36.5	19	45.2	13	46.4
Complicaciones postoperatorias	22	34.9	13	31.0	10	35.6
No aceptar mi propio cuerpo	2	3.2	0	0.0	1	3.6
No conseguir el aspecto de la mama imaginado	11	17.5	8	19.0	2	7.2
No tengo temores	5	7.9	2	4.8	2	7.2
Influencia de la intervención en el estilo de vida						
Sí	32	50.8	17	40.5	23	82.1
No	31	49.2	25	59.5	5	17.9
Situaciones en la que ejercería una mayor influencia						
Mejorará mi relación de pareja	5	7.9	3	7.1	1	3.6
Aumentará mi autoestima	24	38.1	13	31.0	13	46.4
Liberación de problemas físicos	0	0.0	1	2.4	6	21.4
Otras (no especificadas)	3	4.8	0	0.0	3	10.7

Tabla 3. Datos clínicos 12 meses postoperatorio de las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento, mastopexia y mamoplastia de reducción (N=133)

VARIABLES	Mamoplastia de Aumento (N=63)		Mastopexia (N=42)		Mamoplastia de Reducción (N=28)	
	Frecuencias	%	Frecuencias	%	Frecuencias	%
Satisfacción con los cuidados médicos						
Sí	63	100	42	100	28	100
No	0	0	0	0	0	0
Información a la paciente sobre el postoperatorio						
Sí	63	100	41	97.6	28	100
No	0	0	1	2.4	0	0
Satisfecha con la forma						
Sí	57	90.4	41	97.6	28	100
No	6	9.6	1	2.4	0	0
Motivos de por qué no						
Pezón mira hacia abajo	1	1.6	0	0	0	0
Mucha caída de la mama	1	1.6	0	0	0	0
Siente ondulaciones	2	3.2	0	0	0	0
Las mamas están altas	1	1.6	0	0	0	0
Las areolas están altas	1	1.6	1	2.4	0	0
Satisfecha con volumen						
Sí	59	93.7	37	88.1	26	92.9
No	4	6.3	5	11.9	2	7.1
Motivos de por qué no						
Me habría gustado tener más volumen	4	6.3	5	11.9	0	0
Me habría gustado tener menos volumen	0	0	0	0	2	7.1
Satisfecha con simetría						
Sí	55	87.3	41	97.6	28	100
No	8	12.7	1	2.4	0	0

Tabla 3 (continuación). Datos clínicos 12 meses postoperatorio de las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento, mastopexia y mamoplastia de reducción (N=133)

VARIABLES	Mamoplastia de Aumento (N=63)		Mastopexia (N=42)		Mamoplastia de Reducción (N=28)	
	Frecuencias	%	Frecuencias	%	Frecuencias	%
Motivos de porqué no						
Se ven diferentes	6	9.5	1	2.4	0	0
Una mama está más baja	2	3.2	0	0	0	0
Satisfecha con consistencia						
Sí	60	95.2	33	78.6	--	--
No	3	4.8	2	4.8	--	--
Motivos de por qué no						
Tienen un tacto duro	3	4.8	1	2.4	--	--
Se palpan las prótesis	0	0	1	2.4	--	--
Sentir los implantes como un cuerpo extraño dentro de sí misma						
Sí	5	7.9	2	4.7	--	--
No	58	92.1	33	78.6	--	--
Satisfecha con el aspecto final de las cicatrices						
Sí	58	92.1	28	66.7	21	75
No	5	7.9	14	33.3	7	25
Motivos de por qué no						
Se notan mucho	5	7.9	12	28.5	7	25
Cicatriz hipertrófica	0	0	2	4.8	0	0
Sensibilidad en la mama						
Nada de sensibilidad	3	4.8	1	2.4	1	3.6
Algo de sensibilidad	35	55.6	18	42.8	15	53.6
La misma que antes de la intervención	25	39.6	23	54.8	12	42.8
Influencia de la intervención en el estilo de vida						
Sí	61	96.8	40	95.2	28	100
No	2	3.2	2	4.8	0	0

Tabla 3 (continuación). Datos clínicos 12 meses postoperatorio de las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento, mastopexia y mamoplastia de reducción (N=133)

VARIABLES	Mamoplastia de Aumento (N=63)		Mastopexia (N=42)		Mamoplastia de Reducción (N=28)	
	Frecuencias	%	Frecuencias	%	Frecuencias	%
Situaciones en las que ha ejercido una mayor influencia						
Ha mejorado mi relación de pareja	10	15.9	9	21.4	0	0
He tenido más éxito social	2	3.2	2	4.8	3	10.7
Me ha ayudado a alcanzar mis objetivos profesionales	2	3.2	0	0	1	3.6
Ha mejorado mi autoestima	45	71.4	29	69	21	75
Me ha liberado de dolores físicos	0	0	0	0	3	10.7
Valoración global sobre el resultado definitivo de la intervención						
Estoy bastante satisfecha	22	34.9	25	59.5	13	46.4
Estoy muy satisfecha	41	65.1	15	35.7	15	53.6
Estoy poco satisfecha	0	0	2	4.8	0	0

3.2. Instrumentos de evaluación

De acuerdo con los objetivos e hipótesis planteados, seleccionamos los siguientes instrumentos para conformar la batería de pruebas psicológicas utilizadas para la evaluación, cuyo resumen se expone en la Tabla 4.

Tabla 4. Resumen de los instrumentos psicológicos utilizados en este estudio

Instrumentos	Autores	Variables evaluadas	Nº ítems
<i>Encuestas Psicosociales</i>	Elaboradas para el presente estudio		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preoperatorio ▪ Un mes postoperatorio ▪ Seis meses postoperatorio ▪ Un año postoperatorio 		Sociodemográficas Clínicas Clínicas Clínicas	19 17 11 15
<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI)</i>	Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh (1961)	Depresión	21
<i>Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI AE/AR)</i>	Spielberger, Gorsuch & Lushene (1970)	Ansiedad-estado Ansiedad-rasgo	40
<i>Cuestionario de Salud SF-12</i>	Ware, Kosinski & Keller (1996)	Función física Función social Rol físico Rol emocional Salud mental Vitalidad Dolor corporal Salud general	12
<i>Escala de Autoconcepto de Tennessee (TSCS)</i>	Garanto (1984)	Autoconcepto físico Autoestima física Autocomportamiento físico Autoconcepto físico total	18
<i>Escala de Clima Social en la Familia (FES)</i>	Moos, Moos & Trickett (1974)	Cohesión Expresividad Conflicto	27

A continuación pasamos a realizar una descripción más detallada de estos instrumentos:

3.2.1. Encuesta Psicosocial Preoperatorio (Anexo 1)

Elaboramos una entrevista estructurada con un total de 19 ítems, en la que se recogían los datos sociodemográficos y clínicos de las pacientes cuyo contenido se detalla a continuación:

- *Datos sociodemográficos*: nombre y apellidos, tipo de intervención, fecha, número de historia clínica, edad, estado civil, nivel de estudios, profesión, situación laboral y nivel de ingresos mensuales de la unidad familiar (ítems 1 al 5).
- *Información acerca de la intervención y diferentes posibilidades técnicas, así como la calidad y la cantidad de información ofrecida a la paciente*: conocer si la paciente ya había sido informada previamente sobre la intervención quirúrgica a la que deseaba someterse, si tenía intención de seguir informándose una vez que había asistido a nuestra consulta, si había buscado o pensaba buscar información adicional a la proporcionada por el cirujano, qué tipo de información era y dónde la buscaba (ítems 6 al 11).
- *Datos sobre las expectativas de la intervención quirúrgica*: grado de confianza que tenía hacia el cirujano y si lo consideraba disponible para resolver sus dudas y preguntas, tipo de recuperación que pensaban que tendrían tras la intervención, las personas y los motivos que llevaban a la mujer a someterse a la intervención de cirugía estética mamaria, aquéllos temores respecto a la intervención y la posible influencia de la operación en el estilo de vida de las pacientes (ítems 12 al 19).
- *Antecedentes familiares y personales*: antecedentes de cáncer de mama y otra patología mamaria, enfermedades de interés, hábito tabáquico y alcohólico, intervenciones quirúrgicas previas, así como información sobre el proceso de cicatrización en caso de intervenciones previas. Estos datos fueron recogidos de la historia clínica de cada paciente.

3.2.2. Encuesta Psicosocial Un Mes Postoperatorio (Anexo 2)

Elaboramos una entrevista estructurada con un total de 17 ítems, en la que se recogían los datos clínicos de las pacientes pasado un mes de la intervención y cuyo contenido se detalla a continuación:

- *Datos acerca de los cuidados médicos recibidos y aspecto general de la mama post-intervención*: satisfacción con la información y cuidados médicos recibidos,

satisfacción con la forma, volumen, simetría, consistencia y cicatrices en las mamas; y sensación de tener un cuerpo extraño en el interior (ítems 1 al 8).

- *Datos sobre el transcurso del pre y postoperatorio:* complicaciones después de la intervención, necesidad de drenajes, tipo de recuperación, sensibilidad en las mamas, tipo de recuperación y efectos secundarios tras la operación, medicamentos para disminuir la ansiedad/nerviosismo (antes y después de la intervención), y duración del tratamiento (ítems 9 al 16).
- *Información sobre la satisfacción de la paciente:* valoración global en el momento actual sobre el resultado de la intervención (ítem 17).

3.2.3. Encuesta Psicosocial Seis Meses Postoperatorio (Anexo 3)

Elaboramos una entrevista estructurada con un total de 11 ítems, en la que se recogían los datos clínicos de las pacientes pasados seis meses desde la intervención y cuyo contenido se detalla a continuación:

- *Datos acerca de las posibles complicaciones y el aspecto general de la mama post-intervención:* presencia de algún tipo de complicación en los últimos cinco meses, satisfacción con la forma, volumen, simetría y consistencia; y sensación de tener un cuerpo extraño en el interior (ítems 1 al 6).
- *Datos sobre el transcurso del postoperatorio:* satisfacción con la evolución de las cicatrices, sensibilidad en las mamas, medicamentos para disminuir la ansiedad/nerviosismo y necesidad de ser reintervenida debido a alguna complicación (ítems 7 al 10).
- *Información sobre la satisfacción de la paciente:* valoración global en el momento actual sobre el resultado de la intervención (ítem 11).

3.2.4. Encuesta Psicosocial Un Año Postoperatorio (Anexo 4)

Elaboramos una entrevista estructurada con un total de 15 ítems, en la que se recogían los datos clínicos de las pacientes pasado un año de la intervención y cuyo contenido es el siguiente:

- *Datos acerca de las posibles complicaciones y el aspecto general de la mama post-intervención:* presencia de algún tipo de complicación en los últimos seis meses, satisfacción con la forma, volumen, simetría y consistencia y sensación de tener un cuerpo extraño en el interior (ítems 1 al 6).
- *Datos sobre el transcurso del postoperatorio:* satisfacción con el aspecto final de las cicatrices, sensibilidad en las mamas, medicamentos para disminuir la

ansiedad/nerviosismo y necesidad de ser reintervenida debido a alguna complicación (ítems 7 al 10).

- *Datos sobre las expectativas de la intervención quirúrgica:* valoración del cumplimiento de los objetivos de la paciente respecto a la intervención así como la posible influencia de ésta en su estilo de vida (ítems 11 al 13).
- *Información sobre la satisfacción de la paciente:* valoración sobre la intención de volverse a intervenir y satisfacción global en el momento actual sobre el resultado de la intervención (ítem 14 y 15).

3.2.5. Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Anexo 5)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) fue desarrollado por Beck *et al.* (1961) con la finalidad de crear un instrumento para la detección y cuantificación del síndrome depresivo en adultos. Es uno de los instrumentos más empleados en la práctica clínica como medida del progreso terapéutico a lo largo del tratamiento (Comeche, Díaz & Vallejo, 1995).

También se ha desarrollado una forma corta (de menor difusión y no validada en nuestro país) de trece ítems procedentes de los veintiuno originales (Beck, Rial & Rickels, 1974). Sin embargo, a pesar de que la correlación entre ambas formas es alta (.96), se aconseja utilizar la versión de veintiún ítems, ya que el porcentaje de errores de clasificación cometidos con ella es más bajo (Kendall, Hollon, Beck, Hammen & Ingram, 1987).

En una revisión de los estudios de evaluación de este instrumento a lo largo de sus veinticinco años de historia (Beck, Steer & Garbin, 1988), los autores informan de una consistencia interna media de .86 para pacientes psiquiátricos, y de .81 para sujetos no psiquiátricos. Las características psicométricas de la primera versión española aparecen en Conde, Esteban & Useros (1976). Con respecto a la versión de 1979 que se incluye en este estudio, Vázquez & Sanz (1991) obtuvieron un coeficiente de fiabilidad test-retest de .65 a .72 y un alfa de Cronbach de .82 (Comeche *et al.*, 1995).

Respecto a la validez concurrente, muestra una correlación variable con otras escalas: Hamilton Depression Rate Scale (HDRS), Self-Rating Depression Scale (SDS) y la Escala Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre .55 y .96 (media= .72) y en sujetos no psiquiátricos entre .55 y .73 (media= .6) (Robinson & Kelley, 1996).

En la versión de veintiún ítems, las puntuaciones medias correspondientes a los distintos niveles de gravedad de la depresión oscilan entre cero y nueve (ausencia de depresión, niveles normales), entre diez y dieciocho (depresión leve), entre diecinueve y veintinueve (depresión moderada), y entre treinta y sesenta y tres (depresión grave) (García-Portilla, Basarán, Sáiz, Bousoño & Bobes, 2006).

3.2.6. Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Anexo 6)

La Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) fue desarrollada por Spielberger *et al.* (1970) con la finalidad de disponer de un instrumento para evaluar la ansiedad. Comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad: estado (E) y rasgo (R).

La Ansiedad Estado (A/E) está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. La Ansiedad Rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su Ansiedad Estado (A/E).

El STAI tiene una larga historia, que podría remontarse a unos veinticinco años, y desde su publicación definitiva (Spielberger *et al.*, 1970) ha reunido abundante bibliografía.

La primera versión del instrumento está descrita y evaluada en la obra de Levitt (1967), en la que se compara y contrasta el STAI con otros instrumentos psicológicos que evaluaban la variable ansiedad. Después de varias modificaciones para elegir aquellos ítems que midieran mejor la A/E y aquellos otros que discriminaran mejor la A/R, el resultado fue la forma X, que es la que ha sido utilizada para elaborar la versión española (Bermúdez, 1977). En dicha forma X existen cinco elementos con igual redacción en A/E y A/R. Las restantes quince cuestiones de cada escala difieren suficientemente en cuanto a su contenido y a sus connotaciones (Fernández-Ballesteros, 2004).

En la adaptación española se ha seguido un proceso de tipificación similar al original. La escala E (A/E) consta de veinte frases con las que el sujeto puede describir cómo se siente “en un momento particular”, mientras que la escala R (A/R), también con veinte frases, puede mostrar cómo se siente el sujeto “generalmente”. Cada subescala está impresa en una de las caras del ejemplar del STAI, para facilitar la aplicación e instrucciones del examinador.

El paciente ha de contestar a cada ítem rodeando uno de los números, de 0 a 3, impresos en el ejemplar junto a cada frase. Hay que aplicar primero la parte A/E y luego la A/R.

Las puntuaciones A/E y A/R pueden variar desde un mínimo de cero puntos hasta un máximo de sesenta puntos. Los sujetos responden en una escala que va de 0 a 3 puntos en cada uno de los ítems. Concretamente, en el STAI A/E, las opciones de respuesta son: nada (0), algo (1), bastante (2) y mucho (3). Y en el STAI A/R, las opciones son: casi nunca (0), a veces (1), a menudo (2) y casi siempre (3). En la versión española del STAI se ha cambiado la escala 1-4 original por otra (0-3) en la que

la negación de un sentimiento (nada o casi nunca), tuviera un valor de cero puntos en la apreciación del sujeto.

Consultando la tabla de baremos que proporcionan los autores, se permite la transformación de cada puntuación directa en puntuación percentil o decapito, según se prefiera.

Los datos psicométricos de este instrumento han proporcionado, en general, buenos resultados, tanto en su versión original como en la adaptada a nuestra población. En relación con los hallazgos españoles se ha obtenido una buena consistencia interna (entre .90 y .93 en la A/E y entre .84 y .87 en la A/R), asemejándose estos índices a los obtenidos en estudios originales (entre .84 y .92) (Spielberger *et al.*, 1970). Cuando se han realizado análisis test-retest con diferentes intervalos de tiempo también se han hallado elevados índices de fiabilidad, sobre todo en la variable rasgo (en los estudios originales entre .73 y .86), mientras que la fiabilidad de A/E se ve muy afectada por el género y la situación cuando se intenta una aplicación retest (en estudios originales entre .16 y .31 en mujeres y entre .33 y .54 en varones) (Fernández-Ballesteros, 2004).

La validez concurrente, en el caso de los resultados españoles, también ofrece índices adecuados. Sandín (1981) encontró una elevada correlación (.88 en situación normal y .82 en situación experimental) entre el STAI A/E y el Eight State Questionnaire (8SQ) (Curran & Cattell, 1976), aunque esta relación se redujo bastante en la escala de A/R (.29 y .26, respectivamente) (Fernández-Ballesteros, 2004).

3.2.7. Cuestionario de Salud SF-12 (anexo 7)

El Cuestionario de Salud SF-12 es la versión abreviada del SF-36 *Health Survey* (Gandek *et al.*, 1998; Ware, Kosinski & Keller, 1996) y está adaptado para su uso en España por Alonso *et al.* (1998). El SF-12 evalúa la calidad de vida relacionada con la salud y está diseñado para usos en los que el SF-36 sea demasiado largo.

La versión SF-12 se desarrolló en Estados Unidos en 2002, con el objetivo principal de permitir obtener puntuaciones de las ocho dimensiones del SF-36. Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud, constituyendo una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años, y tanto en estudios descriptivos como de evaluación.

Hay dos versiones del cuestionario en cuanto al período recordatorio: la estándar (4 semanas) y la aguda (1 semana), que es la que se incluye en este estudio. Se trata de un cuestionario autoadministrado, aunque también se ha utilizado administrado mediante un evaluador en entrevista personal, telefónica o mediante soporte informático. La consistencia interna no presentó diferencias entre los cuestionarios autoadministrados y los administrados mediante entrevista (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993).

Consta de doce ítems provenientes de las ocho dimensiones del SF-36: a) función física (2 ítems): grado en que la salud del individuo limita una serie de actividades físicas tales como ejercicios intensos, caminar, etc.; b) función social (1 ítem): limitaciones en la vida sociofamiliar por problemas de salud; c) rol físico (2 ítems): grado en que los problemas de salud física interfieren con el funcionamiento ocupacional del paciente; d) rol emocional (2 ítems): evalúan hasta qué punto los problemas emocionales interfieren en su trabajo y actividades cotidianas; e) salud mental (2 ítems): estado de ánimo del paciente (inquietud, intranquilidad, desánimo) durante el último mes; f) vitalidad (1 ítem): valora el nivel de fatiga y energía del paciente; g) dolor corporal (1 ítem): evalúa tanto el grado del mismo como la interferencia que produce en la vida del paciente; y h) salud general (1 ítem): se refiere a la percepción personal del estado de salud así como a una serie de creencias respecto a la salud del paciente.

Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem.

Para facilitar la interpretación, estas puntuaciones se estandarizan con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia (Ware, Kosinski & Keller, 1994). Para cada una de las ocho dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

Posee una elevada consistencia interna (.8 para todas las escalas, salvo para función social que es .76). El coeficiente de correlación es de .85. La validez test-retest con dos semanas de diferencia es de .8 para función física, vitalidad y salud general, y de .6 para función social. Si la comparación se realiza con seis meses de diferencia, los valores oscilan entre .6 y .9, excepto para el dolor, que desciende hasta .43.

Los valores psicométricos de la adaptación al español, son similares a los originales, salvo la fiabilidad de la dimensión función social, que es algo menor. La validación española ha encontrado valores consistentes y superponibles a los de la escala original.

3.2.8. Escala de Autoconcepto de Tennessee (TSCS) (anexo 8)

La Escala de Autoconcepto de Tennessee (TSCS) fue desarrollada por Fitts (1965). Según este autor, la estructura del autoconcepto está compuesta por tres dimensiones en las que se estructura la experiencia sensible del sujeto que constituyen los factores internos: identidad (predominio del componente cognitivo), autosatisfacción (área afectiva) y conducta (referido al área comportamental).

La identidad se refiere a la forma en la que el sujeto se ve a sí mismo y responde a “cómo soy yo” (representación cognitiva). La autosatisfacción refleja el nivel de satisfacción consigo mismo, es decir, de autoaceptación. Responde a la cuestión “cómo me siento” (evaluación, satisfacción con uno mismo). La conducta indica la medida cómo el sujeto se percibe a nivel de comportamiento. El sujeto evalúa si su comportamiento es coherente con su autoconcepto. Responde a la cuestión “qué hago conmigo mismo” (nivel de coherencia entre lo que uno es y su conducta).

A su vez, se miden cinco dimensiones o factores externos que abarcan todo el campo experiencial del sujeto: “Sí mismo físico”, “Sí mismo ético-moral”, “Sí mismo personal”, “Sí mismo familiar” y “Sí mismo social”. Por la naturaleza de la presente investigación, hemos utilizado únicamente el “Sí mismo físico”. Este hace referencia al punto de vista del sujeto sobre su propio cuerpo material, el estado de salud, su aspecto físico, su capacidad y su sexualidad. Cómo todos los elementos físicos de su persona inciden y en qué intensidad y direccionalidad en la configuración de la percepción, concepto de la estima o valoración y del comportamiento que el sujeto tenga consigo mismo a nivel físico.

Los cinco aspectos externos del autoconcepto y los tres aspectos internos se cruzan, y la identidad, la autosatisfacción y la conducta están configuradas por componentes del yo físico, moral-ético, personal, social y familiar. Esto demuestra que las actitudes hacia sí mismo, en cada uno de estos cinco campos de experiencia (físico, moral-ético, social, familiar y personal), tienen un componente cognitivo (identidad), un componente afectivo (autosatisfacción) y un componente comportamental (conducta).

La Escala TSCS está formada por cien ítems, cuarenta y cinco se hallan formulados positivamente y otros cuarenta y cinco negativamente. Los diez restantes pertenecen al Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) (Hathaway & Mckinley, 1940) y hacen referencia a la autocrítica. En nuestro estudio hemos utilizado los dieciocho ítems pertenecientes al “Sí mismo físico”: seis hacen referencia al autoconcepto físico, seis a la autoestima física y otros seis al autocomportamiento físico. El cuestionario está estructurado en formato de respuesta tipo Likert con cinco opciones, con un rango de cinco puntos que va desde 1 (completamente falso) a 5 (completamente verdadero).

La fiabilidad test-retest de este cuestionario obtiene un coeficiente de .91 con un error estándar de media de 3.30 para la puntuación total positiva utilizando la fórmula de Kuder-Richardson. En la adaptación de Garanto (1984), las correlaciones obtenidas son ligeramente inferiores. Todas las escalas presentan correlaciones altamente significativas e indicativas de una fuerte consistencia interna (Garanto, 1984).

3.2.9. Escala de Clima Social en la Familia (FES) (anexo 9)

La Escala de Clima Social en la Familia (FES) es una prueba desarrollada por Moos, Moos & Trickett, (1974), y su adaptación al español fue realizada por Seisdedos,

de la Cruz, Cordero & Fernández-Ballesteros (1984). Su finalidad es evaluar y describir las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia. Al mismo tiempo aprecia las características socioambientales de todo tipo de familias, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

La escala está formada por noventa ítems (verdadero/falso), agrupados en diez subescalas que definen tres dimensiones fundamentales: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad. En este estudio sólo hemos utilizado, por su relevancia y acorde con los objetivos planteados, la subescala Relaciones, que es la dimensión que evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Está integrada por veintisiete ítems y tres subescalas: cohesión, expresividad y conflicto. La cohesión (CO) mide el grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y apoyan entre sí. La expresividad (EX) es el grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos. Por último, el conflicto (CT) hace referencia al grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia (Seisdedos *et al.*, 1984).

El paciente debe contestar a cada ítem escribiendo una “V” detrás de cada elemento que considere verdadero (siempre o la mayor parte de las veces) y una “F” detrás de los que considere falso (siempre o la mayor parte de las veces). En cada subescala (cohesión, expresividad y conflicto), la puntuación mínima es cero y la puntuación máxima nueve. Se obtiene la puntuación directa contando las marcas que aparezcan a través de los recuadros de la plantilla en cada una de las columnas en que ésta se haya dividido, y se anota el total en la casilla PD (puntuación directa) en el lugar correspondiente a la subescala que se está valorando. Las puntuaciones obtenidas de este modo se pueden transformar en típicas, y a partir de ésta se elabora el perfil (Seisdedos *et al.*, 1984).

Para calcular la fiabilidad de las escalas se emplearon tres procedimientos: test-retest (rtt; calculando la correlación entre la primera y segunda aplicación, con un intervalo temporal de dos meses), índice de consistencia interna (rxx; formulación KR-20 y KR-21 de Kuder-Richardson) e índice de homogeneidad (rx; promedio de las relaciones de todos los elementos con su escala). Concretamente, los índices de fiabilidad obtenidos en las tres escalas utilizadas fueron: cohesión (rtt= .86, rxx= .78, rx= .44), expresividad (rtt= .73, rxx= .69; rx= .34) y conflicto (rtt= .85, rxx= .75, rx= .43).

3.3. Procedimiento

3.3.1. Selección de los grupos muestrales

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para seleccionar a los pacientes que participaron en este estudio fueron los siguientes:

- Ser mujer.
- Ser mayor de edad.
- Tener un nivel de lectura y escritura que posibilitara la cumplimentación de las distintas pruebas que conformaban la batería de estudio.
- No encontrarse, en el momento de la consulta e intervención quirúrgica, en tratamiento psiquiátrico y/o psicológico alguno debido a un trastorno mental grave.
- No presentar ninguna patología grave o incapacitante.
- No haber sido intervenida quirúrgicamente con anterioridad mediante mastectomía o reconstrucción mamaria por cáncer de mama.
- No haber sido intervenida anteriormente de mamoplastia de aumento, de mastopexia o de mamoplastia de reducción.

Una vez que la paciente llegaba a la consulta del especialista en Cirugía Plástica, la psicóloga se presentaba como investigadora y le ofrecía la Hoja de Información sobre el estudio (Anexo 10). A todas las mujeres se les presentó la misma Hoja de Información donde se hacía constar el título y los objetivos de la investigación, además de la metodología específica a seguir para las evaluaciones.

Una vez informada la paciente, tanto de forma verbal como por escrito, y resueltas las posibles dudas respecto al estudio, se presentaba el modelo de Consentimiento Informado (Anexo 10). En el mismo se hacía explícita la lectura previa de la Hoja de Información, el carácter voluntario de la participación, así como la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones, y sin que ello repercutiese de manera alguna en la atención médica proporcionada a la paciente, ni por el cirujano plástico ni por el resto del personal de la consulta o del hospital.

La selección de las pacientes se iba haciendo conforme acudían a la consulta para solicitar información sobre la intervención. Dependiendo del tipo de intervención, se adjudicaba al grupo 1 aquella paciente que solicitaba la realización de una mamoplastia de aumento, al grupo 2 aquella que solicitaba una mastopexia y al grupo 3 aquellas pacientes que deseaban realizarse una mamoplastia de reducción. De esta forma, se configuraron los tres grupos hasta contar en el grupo 1 con 63 pacientes, en el grupo 2 con 42 pacientes y en el grupo 3 con 28 pacientes intervenidas.

De todas las pacientes intervenidas se seleccionaron un total de 137 mujeres que cumplían con todos los criterios descritos anteriormente. De ellas se consiguió un seguimiento post-operatorio de 133 pacientes, ya que las cuatro restantes no acudieron a sus revisiones, motivo por el cual quedaron excluidas de este estudio.

Los datos de estos tres grupos de pacientes se recogieron a lo largo de cuatro años (comenzando en el año 2008 y finalizando en el año 2012). En este estudio longitudinal, la recogida de información se realizó en cuatro fases temporales diferentes. Los datos preoperatorios se recogían una semana antes de la fecha prevista para la intervención quirúrgica. Posteriormente, al mes de la intervención, se citaba a la paciente y se recogían los primeros datos postoperatorios. Igualmente se procedió a

los seis meses y a los doce meses postoperatorio. Con el objetivo de obtener puntualmente la información de todas las pacientes de esta investigación, se les hacía coincidir la realización de los cuestionarios con las revisiones médicas programadas por el Cirujano Plástico.

3.3.2. *Procedimiento de aplicación de las pruebas*

El orden de aplicación de las pruebas fue idéntico para los tres grupos muestrales: Encuesta Psicosocial sobre datos sociodemográficos y clínicos, seguido del Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el Cuestionario de Salud SF-12, la Escala de Autoconcepto de Tennessee (TSCS), y por último la Escala de Clima Social en la Familia (FES). Cabe destacar que algunos aspectos de la información médica contenida en la Encuesta Psicosocial fueron recogidos consultando sus Historias Clínicas.

Las 133 pacientes completaron los cuestionarios preoperatorios dentro de los siete días anteriores a la intervención quirúrgica en sus domicilios, llevándolos cumplimentados al Hospital el mismo día de la operación, donde se los recogíamos personalmente. Al mes de la intervención, y previa a la revisión médica en consulta por el cirujano, en una sala habilitada para ello, a la paciente se le proporcionaban nuevamente los cuestionarios postoperatorios para su cumplimentación, y cuando los acababa los recogíamos personalmente. De forma idéntica se actuó para realizar los cuestionarios seis meses y un año postoperatorio. La duración aproximada de las evaluaciones en cada momento temporal fue de treinta minutos. Todas las pruebas fueron autoadministradas.

3.3.3. *Material informático*

El tratamiento estadístico de todos los datos obtenidos de cada paciente se realizó a través del programa informático SPSS para Windows, en su versión 18.0.

3.3.4. *Métodos estadísticos*

Para analizar la evolución psicosocial en las pacientes intervenidas de cirugía estética mamaria, llevamos a cabo con cada grupo de mujeres (mamoplastia de aumento, mastopexia y mamoplastia de reducción) una comparación de las diferentes dimensiones evaluadas por los cuestionarios empleados en este estudio en cuatro momentos temporales diferentes: una primera fase preoperatoria, alrededor de una semana antes de la intervención, y un mes, seis meses y doce meses después de haberse realizado la intervención quirúrgica. Con dicha finalidad, en primer lugar, aplicamos un “análisis de varianza con medidas repetidas” y, en segundo lugar, en aquellas dimensiones que resultaron significativas, para saber en qué momentos temporales se hallaban las diferencias, realizamos “comparaciones a posteriori” (comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo). Además, para controlar

la tasa de error, tanto los niveles críticos como los intervalos de confianza, se ajustaron mediante la “corrección de Bonferroni”. Cuando no se pudo asumir la esfericidad, se registró el valor de “Greenhouse-Geisser Epsilon”. También se ha calculado el “tamaño de efecto” (Cohen, 1988), lo que nos permitió establecer la relevancia de las diferencias halladas (grandes, medianas, pequeñas y nulas) en las diversas variables entre las diferentes fases del estudio.

Para analizar la evolución psicosocial en función del tipo de cirugía estética mamaria, tal y como se plantea en el cuarto objetivo de nuestro estudio, aplicamos un “Análisis Mixto de Covarianza (ANCOVA)” en el que analizamos la influencia de dos variables independientes: tipo de cirugía (mamoplastia de aumento, mastopexia, y mamoplastia de reducción) y tiempo (fase preoperatoria y un mes, seis meses y doce meses postoperatorios). Se delimitó como covariable, la edad.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados alcanzados tras el análisis estadístico de los datos obtenidos en este estudio.

4.1. Evolución psicosocial en pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento

4.1.1. Salud mental

Como puede apreciarse en la Tabla 5, al comparar las diferentes fases de este estudio, resultaron estadísticamente significativas las tres variables que midieron la salud mental en estas pacientes: “depresión” ($p=.000$), “ansiedad estado” ($p=.000$) y “ansiedad rasgo” ($p=.000$). En todas las variables se observa que en el postoperatorio las pacientes experimentaron una mejoría significativa en comparación con la fase preoperatoria. Cuando comparamos la fase preoperatoria con un mes, seis meses y doce meses después de la intervención, observamos que hubo una mejoría significativa en todos los postoperatorios en las tres dimensiones, con tamaños de efecto medios y grandes. Por otro lado, no se hallaron diferencias importantes (tamaños de efecto nulos) en ninguna de las variables cuando se compararon las diversas fases postoperatorias.

Tabla 5. Evolución psicosocial en pacientes de mamoplastia de aumento: Salud mental

	Fase				Estadístico de Contraste	Comparaciones entre las fases					
	Preoperatoria	Fase Postoperatoria				PRE-1	PRE-6	PRE-12	1-6	1-12	6-12
	(n=63)	POST-1 (n=63)	POST-6 (n=63)	POST-12 (n=63)		mes	meses	meses	meses	meses	meses
<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>				<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	
Depresión	3.89 (3.81)	1.98 (3.52)	1.46 (3.04)	1.71 (3.37)	$F_{(3,186)}=14.36$ $p=.000^{**}$	.001** (0.52M)	.000** (0.70M)	.000** (0.60M)	.751 (0.15--)	1.000 (0.07--)	1.000 (-0.07--)
Ansiedad Estado	18.83 (9.23)	12.16 (8.07)	11.62 (7.42)	12.37 (9.15)	$F_{(2,47,153,31)}=19.81$ $p=.000^{**}$	.000** (0.76M)	.000** (0.86G)	.000** (0.70M)	1.000 (0.06--)	1.000 (-0.02--)	1.000 (-0.09--)
Ansiedad Rasgo	19.51 (9.76)	14.59 (8.40)	13.52 (9.00)	13.71 (9.06)	$F_{(2,35,146,20)}=20.95$ $p=.000^{**}$	.000** (0.54M)	.000** (0.63M)	.000** (0.61M)	.623 (0.12--)	1.000 (0.10--)	1.000 (-0.02--)

Nota: a mayor puntuación, peor salud mental, ** $p < .01$

Tamaños de efecto (*d* de Cohen): G, grande; M, mediano; --, nulo

4.1.2. Calidad de vida

Como podemos observar en la Tabla 6, al comparar las diferentes fases de este estudio, resultaron estadísticamente significativas cinco dimensiones: “dolor corporal” ($p=.000$), “vitalidad” ($p=.042$), “función física” ($p=.001$), “salud mental” ($p=.002$) y “rol físico” ($p=.000$). Cuando comparamos la fase preoperatoria con un mes postoperatorio, observamos un empeoramiento en las dimensiones “dolor corporal” ($p=.000$), “función física” ($p=.019$), “salud mental” ($p=.019$) y “rol físico” ($p=.000$). Al comparar la fase preoperatoria y los seis meses postoperatorio, las pacientes experimentaron una

mejoría en la dimensión “salud mental” ($p=.020$), tendencia que se mantuvo en esta dimensión a los doce meses después de la intervención quirúrgica: “salud mental” ($p=.011$). Cuando la comparación la hacemos entre el primer mes postoperatorio y los seis meses, hallamos una mejoría significativa en las dimensiones “dolor corporal” ($p=.000$), “función física” ($p=.005$) y “rol físico” ($p=.000$). Esta misma tendencia la observamos, cuando comparamos el primer mes postoperatorio con los doce meses postoperatorio en las dimensiones: “dolor corporal” ($p=.000$), “vitalidad” ($p=.028$) “función física” ($p=.008$) y “rol físico” ($p=.000$). Centrándonos en los tamaños de efecto, las diferencias más importantes (tamaños de efecto grandes) se hallaron en las dimensiones “dolor corporal” y “rol físico” cuando se compararon la fase preoperatoria y 1 mes postoperatorio y las fases postoperatorias de un mes con los seis y doce meses, mejorando las pacientes de forma importante en estos dos últimos periodos.

Tabla 6. Evolución psicosocial en pacientes de mamoplastia de aumento: Calidad de vida

	Fase				Estadístico de Contraste	Comparaciones entre las fases					
	Preoperatoria	Fase Postoperatoria				PRE-1	PRE-6	PRE-12	1-6	1-12	6-12
	(n=63)	POST-1 (n=63)	POST-6 (n=63)	POST-12 (n=63)		mes	meses	meses	meses	meses	meses
<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>				<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	
Dolor Corporal	94.84 (16.28)	65.87 (24.71)	95.23 (10.86)	94.04 (13.25)	$F_{(1.93,120.07)}=62.37$ $p=.000^{**}$	.000** (1.38G)	1.000 (-0.02-)	1.000 (0.05-)	.000** (-1.53G)	.000** (-1.42G)	1.000 (0.09-)
Vitalidad	71.03 (21.15)	69.44 (22.19)	74.60 (20.32)	76.58 (19.50)	$F_{(3,186)}=2.78$ $p=.042^*$	1.000 (0.07-)	1.000 (-0.17-)	.309 (-0.27P)	.410 (-0.24P)	.028* (-0.34P)	1.000 (-0.09-)
Salud General	73.01 (16.98)	74.20 (17.94)	77.38 (17.22)	76.98 (19.59)	$F_{(2.59,160.66)}=1.79$ $p=.159$	---	---	---	---	---	---
Función Física	98.01 (6.81)	89.68 (20.88)	97.22 (9.10)	98.01 (8.15)	$F_{(1.61,99.97)}=8.72$ $p=.001^{**}$	.019* (0.53M)	1.000 (0.09-)	1.000 (0.00-)	.005** (-0.46P)	.008** (-0.52M)	1.000 (-0.09-)
Función Social	86.11 (20.46)	83.73 (23.82)	89.27 (18.77)	86.50 (21.33)	$F_{(2.57,159.53)}=.90$ $p=.426$	---	---	---	---	---	---
Rol Emocional	86.31 (17.34)	92.65 (13.77)	89.28 (16.62)	90.67 (13.83)	$F_{(2.65,164.47)}=2.67$ $p=.056$	---	---	---	---	---	---
Salud Mental	72.81 (16.11)	80.15 (18.18)	79.76 (15.94)	80.75 (19.15)	$F_{(3,186)}=5.02$ $p=.002^{**}$	.019* (-0.42P)	.020* (-0.43P)	.011* (-0.44P)	1.000 (0.02-)	1.000 (-0.03-)	1.000 (-0.05-)
Rol Físico	93.25 (12.26)	61.50 (27.43)	91.46 (14.51)	89.88 (16.32)	$F_{(1.78,110.83)}=49.83$ $p=.000^{**}$	.000** (1.49G)	1.000 (0.13-)	.604 (0.23P)	.000** (-1.36G)	.000** (-1.25G)	1.000 (0.10-)

Nota: a mayor puntuación, mayor calidad de vida, * $p < .05$, ** $p < .01$

Tamaños de efecto (*d* de Cohen): G, grande; M, mediano; P, pequeño; --, nulo

4.1.3. Autoconcepto

Como se observa en la Tabla 7, cuando comparamos las diferentes fases de este estudio, resultaron estadísticamente significativas tres variables: “autoconcepto físico” ($p=.013$), “autoestima física” ($p=.000$) y “autoconcepto físico total” ($p=.000$). Cuando comparamos las fases preoperatoria y un mes postoperatorio hubo una mejoría significativa en este segundo periodo en las variables “autoestima física” ($p=.000$) y “autoconcepto físico total” ($p=.000$). Esta misma tendencia la observamos

en las variables “autoconcepto físico” ($p=.015$), “autoestima física” ($p=.000$) y “autoconcepto físico total” ($p=.000$), cuando se compararon la fase preoperatoria y seis meses después de la intervención. De la misma forma ocurre en las variables “autoestima física” ($p=.000$) y “autoconcepto físico total” ($p=.000$) cuando comparamos la fase preoperatoria y doce meses tras la intervención quirúrgica. Si nos centramos en los tamaños de efecto, las mayores diferencias (tamaños de efecto grandes) se hallaron en la variable “autoestima física”, siendo mucho peor los resultados en el preoperatorio que en cualquiera de los momentos postoperatorios. Por otro lado, no se hallaron diferencias importantes (tamaños de efectos nulos) en ninguna de las variables cuando se compararon las diversas fases postoperatorias.

Tabla 7. Evolución psicosocial en pacientes de mamoplastia de aumento: Autoconcepto

	Fase	Fase Postoperatoria			Estadístico de Contraste	Comparaciones entre las fases					
	Preoperatoria	POST-1	POST-6	POST-12		PRE-1	PRE-6	PRE-12	1-6	1-12	6-12
	(n=63) M (DT)	(n=63) M (DT)	(n=63) M (DT)	(n=63) M (DT)		mes p(d)	meses p(d)	meses p(d)	meses p(d)	meses p(d)	meses p(d)
Autoconcepto Físico	26.52 (2.89)	27.14 (2.47)	27.44 (2.57)	27.38 (2.41)	$F_{(2.49,154.89)}=4.00$ $p=.013^*$	.410 (-0.23P)	.015* (-0.33P)	.130 (-0.32P)	.985 (-0.11--)	1.000 (-0.09--)	1.000 (0.02--)
Autoestima Física	19.56 (4.36)	23.17 (3.60)	23.40 (3.76)	23.13 (3.77)	$F_{(2.36, 146.44)}=29.26$ $p=.000^{**}$	.000** (-0.90G)	.000** (-0.94G)	.000** (-0.87G)	1.000 (-0.06--)	1.000 (0.10--)	1.000 (0.07--)
Autocomportamiento Físico	24.21 (3.39)	24.83 (3.14)	24.62 (3.68)	24.70 (3.74)	$F_{(3.186)}=1.02$ $p=.381$	---	---	---	---	---	---
Autoconcepto Físico Total	70.13 (8.13)	75.33 (7.69)	75.46 (8.31)	75.35 (8.31)	$F_{(2.66,165.01)}=18.00$ $p=.000^{**}$	.000** (-0.65M)	.000** (-0.64M)	.000** (-0.63M)	1.000 (-0.01--)	1.000 (0.00--)	1.000 (0.01--)

Nota: a mayor puntuación, mejor autoconcepto, * $p < .05$, ** $p < .01$

Tamaños de efecto (d de Cohen): G, grande; M, mediano; P, pequeño; --, nulo

4.1.4. Relaciones familiares

Como podemos apreciar en la Tabla 8, al comparar las diferentes fases de este estudio, resultaron estadísticamente significativas dos variables: “cohesión” ($p=.000$) y “expresividad” ($p=.001$). En concreto, cuando se compararon las fases preoperatoria y seis meses tras la intervención, hubo una mejoría significativa en este segundo periodo en las dimensiones “cohesión” ($p=.000$) y “expresividad” ($p=.002$). Esta misma tendencia se observó en la dimensión “cohesión”, cuando comparamos la fase preoperatoria y doce meses después de la intervención ($p=.012$) y también al comparar un mes y seis meses postoperatorio ($p=.014$). Atendiendo a los tamaños de efecto, no se hallaron diferencias relevantes en ninguno de los contrastes realizados.

Tabla 8. Evolución psicosocial en pacientes de mamoplastia de aumento: Relaciones familiares

	Fase				Estadístico de Contraste	Comparaciones entre las fases					
	Preoperatoria	Fase Postoperatoria				PRE-1	PRE-6	PRE-12	1-6	1-12	6-12
	(n=63)	POST-1 (n=63)	POST-6 (n=63)	POST-12 (n=63)		mes	meses	meses	meses	meses	meses
<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>			<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>		
Cohesión	7.46 (1.72)	7.46 (2.12)	8.05 (1.64)	7.92 (1.83)	$F_{(2,52,156.58)}=6.95$ $p=.000^{**}$	1.000 (0.00--)	.000** (-0.35P)	.012* (-0.25P)	.014* (-0.31P)	.147 (-0.23P)	1.000 (0.07--)
Expresividad	6.25 (1.58)	6.54 (1.57)	6.89 (1.35)	6.62 (1.68)	$F_{(3,186)}=5.63$ $p=.001^{**}$	.552 (-0.18--)	.002** (-0.43P)	.242 (-0.22P)	.083 (-0.23P)	1.000 (-0.04--)	.427 (0.17--)
Conflicto	2.49 (1.26)	2.41 (1.15)	2.41 (1.29)	2.43 (1.30)	$F_{(3,186)}=.09$ $p=.961$	---	---	---	---	---	---

Nota: en las dos primeras variables, a mayor puntuación, mejores relaciones familiares. En la última variable, a mayor puntuación, peores relaciones familiares, * $p<.05$, ** $p<.01$

Tamaños de efecto (*d* de Cohen): P, pequeño; --, nulo

4.2. Evolución psicosocial en pacientes intervenidas de mastopexia

4.2.1. Salud mental

Como puede apreciarse en la Tabla 9, al comparar las diferentes fases de este estudio, resultaron estadísticamente significativas las tres variables que midieron la salud mental en estas pacientes: “depresión” ($p=.000$), “ansiedad estado” ($p=.000$) y “ansiedad rasgo” ($p=.000$). En todas las variables se observa que en el postoperatorio, las pacientes experimentaron una mejoría significativa en comparación con la fase preoperatoria. Cuando comparamos la fase preoperatoria con un mes, seis meses y doce meses después de la intervención, observamos que hubo una mejoría significativa en todos los postoperatorios en las tres dimensiones, con tamaños de efecto medianos y grandes (excepto en la variable “ansiedad rasgo” en el contraste preoperatorio – seis meses postoperatorio, cuyo tamaño de efecto fue pequeño). Por otro lado, no se hallaron diferencias importantes (tamaños de efecto nulos) cuando se compararon las diversas fases postoperatorias.

Tabla 9. Evolución psicosocial en pacientes de mastopexia: Salud mental

	Fase				Estadístico de Contraste	Comparaciones entre las fases					
	Preoperatoria	Fase Postoperatoria				PRE-1	PRE-6	PRE-12	1-6	1-12	6-12
	(n=42)	POST-1 (n=42)	POST-6 (n=42)	POST-12 (n=42)		mes	meses	meses	meses	meses	meses
<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>			<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>		
Depresión	4.71 (4.83)	1.81 (3.08)	1.57 (3.60)	1.21 (2.45)	$F_{(2,24,91.86)}=11.32$ $p=.000^{**}$	.005** (0.71M)	.002** (0.73M)	.000** (0.91G)	1.000 (0.07--)	1.000 (0.21P)	1.000 (0.11--)
Ansiedad Estado	19.60 (10.26)	12.38 (7.77)	12.29 (8.68)	11.76 (7.09)	$F_{(3,123)}=18.56$ $p=.000^{**}$	.000** (0.79M)	.000** (0.76M)	.000** (0.88G)	1.000 (0.01--)	1.000 (0.08--)	1.000 (0.06--)
Ansiedad Rasgo	18.71 (10.23)	13.74 (7.98)	14.07 (10.33)	12.62 (7.31)	$F_{(2,43,99.86)}=10.77$ $p=.000^{**}$	.000** (0.54M)	.009** (0.45P)	.000** (0.68M)	1.000 (-0.03--)	1.000 (0.14--)	1.000 (0.16--)

Nota: a mayor puntuación, peor salud mental, ** $p<.01$

Tamaños de efecto (*d* de Cohen): G, grande; M, mediano; P, pequeño; --, nulo

4.2.2. Calidad de vida

Como podemos observar en la Tabla 10, al comparar las diferentes fases de este estudio, resultaron estadísticamente significativas seis dimensiones: “dolor corporal” ($p=.000$), “vitalidad” ($p=.000$), “función física” ($p=.002$), “función social” ($p=.001$), “salud mental” ($p=.010$) y “rol físico” ($p=.000$). Cuando comparamos la fase preoperatoria con un mes postoperatorio, observamos un empeoramiento en las dimensiones “dolor corporal” ($p=.000$), “vitalidad” ($p=.005$), “función física” ($p=.018$), “función social” ($p=.038$) y “rol físico” ($p=.000$). Al comparar la fase preoperatoria y los seis meses postoperatorio, las pacientes experimentaron una mejoría en la dimensión “salud mental” ($p=.031$), tendencia que se mantuvo en esta dimensión a los doce meses después de la intervención quirúrgica: “salud mental” ($p=.004$). Cuando la comparación la hicimos entre el primer mes postoperatorio y los seis meses tras la intervención quirúrgica, hallamos una mejoría significativa en las dimensiones “dolor corporal” ($p=.000$), “vitalidad” ($p=.000$), “función física” ($p=.003$), “función social” ($p=.016$) y “rol físico” ($p=.000$). Esta misma tendencia la observamos, cuando comparamos el primer mes postoperatorio con los doce meses postoperatorio en las mismas dimensiones: “dolor corporal” ($p=.000$), “vitalidad” ($p=.000$), “función física” ($p=.028$), “función social” ($p=.009$) y “rol físico” ($p=.000$). Centrándonos en los tamaños de efecto, las diferencias más importantes (tamaños de efecto grandes) se hallaron en las dimensiones “dolor corporal” y “rol físico” cuando se compararon las fases postoperatorias de un mes con los seis y doce meses, mejorando las pacientes de forma importante en estos dos últimos periodos, especialmente en la dimensión “dolor corporal”, en la que se hallaban peor en el postoperatorio de 1 mes en comparación con el preoperatorio. Así mismo, en la dimensión “vitalidad”, las pacientes mejoraron de forma relevante a los doce meses en comparación con un mes postoperatorio.

Tabla 10. Evolución psicosocial en pacientes de mastopexia: Calidad de vida

	Fase				Estadístico de Contraste	Comparaciones entre las fases					
	Preoperatoria	Fase Postoperatoria				PRE-1	PRE-6	PRE-12	1-6	1-12	6-12
	(n=42)	POST-1 (n=42)	POST-6 (n=42)	POST-12 (n=42)		mes	meses	meses	meses	meses	meses
M (DT)	M (DT)			p(d)	p(d)	p(d)	p(d)	p(d)	p(d)		
Dolor Corporal	94.04 (13.30)	63.09 (27.73)	88.69 (27.16)	96.42 (8.85)	$F_{(2,29,94,25)}=28.38$ $p=.000^{**}$	.000** (1.43G)	1.000 (0.25P)	1.000 (-0.21--)	.000** (-0.93G)	.000** (-1.61G)	.408 (-0.38P)
Vitalidad	74.40 (20.27)	59.52 (25.87)	77.97 (20.06)	79.76 (20.83)	$F_{(3,123)}=12.51$ $p=.000^{**}$	.005** (0.64M)	1.000 (-0.17--)	.428 (-0.26P)	.000** (-0.79M)	.000** (-0.86G)	1.000 (-0.08--)
Salud General	70.23 (17.66)	73.81 (19.08)	70.23 (18.30)	73.51 (17.06)	$F_{(3,123)}=1.22$ $p=.305$	---	---	---	---	---	---
Función Física	96.42 (14.15)	88.09 (17.66)	96.42 (10.43)	96.42 (13.03)	$F_{(2,55,104,76)}=5.85$ $p=.002^{**}$	.018* (0.52M)	1.000 (0.00--)	1.000 (0.00--)	.003** (-0.57M)	.028* (-0.53M)	1.000 (0.00--)
Función Social	88.09 (16.78)	77.38 (24.57)	91.07 (19.77)	90.17 (18.21)	$F_{(3,123)}=6.08$ $p=.001^{**}$	.038* (0.50M)	1.000 (-0.16--)	1.000 (-0.11--)	.016* (-0.61M)	.009** (-0.59M)	1.000 (0.04--)
Rol Emocional	91.96 (14.02)	89.88 (20.33)	97.02 (10.25)	93.75 (12.11)	$F_{(2,25,92,31)}=2.55$ $p=.077$	---	---	---	---	---	---

	Fase				Estadístico de Contraste	Comparaciones entre las fases					
	Preoperatoria	Fase Postoperatoria				PRE-1	PRE-6	PRE-12	1-6	1-12	6-12
	(n=42)	POST-1 (n=42)	POST-6 (n=42)	POST-12 (n=42)		mes	meses	meses	meses	meses	meses
<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>			<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>		
Salud Mental	75.89 (16.65)	77.67 (18.21)	83.33 (14.52)	83.63 (14.73)	$F_{(2,51,103,10)}=4.27$ $p=.010^{**}$	1.000 (-0.10--)	.031* (-0.47P)	.004** (-0.49P)	.393 (-0.34P)	.212 (-0.35P)	1.000 (-0.02--)
Rol Físico	91.66 (13.71)	54.16 (27.56)	90.47 (19.28)	88.98 (14.66)	$F_{(2,08,85,36)}=41.21$ $p=.000^{**}$	.000** (1.72G)	1.000 (0.07--)	1.000 (0.18--)	.000** (-1.52G)	.000** (-1.57G)	1.000 (0.08--)

Nota: a mayor puntuación, mayor calidad de vida, * $p < .05$, ** $p \leq .01$

Tamaños de efecto (*d* de Cohen): G, grande; M, mediano; P, pequeño; --, nulo

4.2.3. Autoconcepto

Como se observa en la Tabla 11, cuando comparamos las diferentes fases de este estudio, resultaron estadísticamente significativas tres variables: “autoestima física” ($p=.000$), “autocomportamiento físico” ($p=.011$) y “autoconcepto físico total” ($p=.000$). Cuando comparamos las fases preoperatoria y un mes postoperatorio hubo una mejoría significativa en este segundo periodo en las dimensiones “autoestima física” ($p=.000$) y “autoconcepto físico total” ($p=.009$). Esta misma tendencia la observamos al comparar las fases preoperatoria y los seis meses después de la intervención quirúrgica en las mismas variables: “autoestima física” ($p=.000$) y “autoconcepto físico total” ($p=.001$). Cuando se compara la fase preoperatoria y doce meses después de la intervención, hallamos una mejoría significativa en tres variables: “autoestima física” ($p=.000$), “autocomportamiento físico” ($p=.003$) y “autoconcepto físico total” ($p=.000$). Si nos centramos en los tamaños de efecto, las mayores diferencias (tamaños de efecto medianos y grandes) se hallaron en las variables “autoestima física” y “autoconcepto físico total”, siendo mucho peor en el preoperatorio que en cualquiera de los momentos postoperatorios. Por otro lado, no se hallaron diferencias importantes cuando se compararon las diversas fases postoperatorias.

Tabla 11. Evolución psicosocial en pacientes de mastopexia: Autoconcepto

	Fase				Estadístico de Contraste	Comparaciones entre las fases					
	Preoperatoria	Fase Postoperatoria				PRE-1	PRE-6	PRE-12	1-6	1-12	6-12
	(n=42)	POST-1 (n=42)	POST-6 (n=42)	POST-12 (n=42)		mes	meses	meses	meses	meses	meses
<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>			<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>		
Autoconcepto Físico	25.93 (3.01)	26.79 (3.11)	26.86 (2.06)	26.76 (2.17)	$F_{(3,123)}=2.13$ $p=.100$	---	---	---	---	---	---
Autoestima Física	19.79 (3.84)	22.33 (4.01)	22.83 (3.46)	22.79 (3.43)	$F_{(3,123)}=11.70$ $p=.000^{**}$	.000** (-0.64M)	.000** (-0.83G)	.000** (-0.82G)	1.000 (-0.13--)	1.000 (-0.12--)	1.000 (0.01--)
Autocomportamiento Físico	23.55 (3.16)	23.98 (3.60)	24.57 (3.27)	24.90 (3.09)	$F_{(3,123)}=3.90$ $p=.011^{*}$	1.000 (-0.12--)	.188 (-0.31P)	.003** (-0.43P)	1.000 (-0.17--)	.356 (-0.27P)	1.000 (-0.10--)
Autoconcepto Físico Total	69.31 (8.55)	73.12 (8.49)	74.33 (7.15)	74.43 (7.21)	$F_{(3,123)}=9.45$ $p=.000^{**}$	.009** (-0.44M)	.001** (-0.63M)	.000** (-0.64M)	1.000 (-0.15--)	1.000 (-0.16--)	1.000 (-0.01--)

Nota: a mayor puntuación, mejor autoconcepto, * $p < .05$, ** $p < .01$

Tamaños de efecto (*d* de Cohen): G, grande; M, mediano; P, pequeño; --, nulo

4.2.4. Relaciones familiares

Como refleja la Tabla 12, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación a las variables “cohesión” ($p=.240$), “expresividad” ($p=.902$) y “conflicto” ($p=.316$) cuando comparamos las distintas fases de este estudio.

Tabla 12. Evolución psicosocial en pacientes de mastopexia: Relaciones familiares

	Fase				Estadístico de Contraste
	Preoperatoria (n=42)	Fase Postoperatoria			
		POST-1 (n=42)	POST-6 (n=42)	POST-12 (n=42)	
	M (DT)	M (DT)			
Cohesión	7.98 (1.94)	7.83 (2.04)	7.64 (2.52)	7.60 (2.32)	$F_{(2,41,98.95)}=1.44$ $p=.240$
Expresividad	6.60 (1.80)	6.76 (1.84)	6.60 (1.93)	6.62 (2.10)	$F_{(3,123)}=.191$ $p=.902$
Conflicto	2.50 (0.96)	2.24 (1.10)	2.50 (0.91)	2.48 (0.91)	$F_{(2,40,98.54)}=1.18$ $p=.316$

Nota: en las dos primeras variables, a mayor puntuación, mejores relaciones familiares. En la última variable, a mayor puntuación, peores relaciones familiares

4.3. Evolución psicosocial en pacientes intervenidas de mamoplastia de reducción

4.3.1. Salud mental

Como puede apreciarse en la Tabla 13, al comparar las diferentes fases de este estudio, resultaron estadísticamente significativas las tres variables que midieron la salud mental en estas pacientes: “depresión” ($p=.042$), “ansiedad estado” ($p=.001$) y “ansiedad rasgo” ($p=.009$). En todas las variables se observó, en líneas generales, que en el postoperatorio las pacientes experimentaron una mejoría en comparación con la fase preoperatoria. Cuando comparamos la fase preoperatoria con un mes después de la intervención, observamos que hubo una mejoría significativa en las variables “ansiedad estado” ($p=.010$) y “ansiedad rasgo” ($p=.012$). Cuando comparamos la fase preoperatoria y doce meses después de la intervención, se observó una mejoría en la variable “ansiedad estado” ($p=.006$). Centrándonos en los tamaños de efecto, las diferencias más importantes (tamaños de efecto medianos) se hallaron en las variables “ansiedad estado” y “ansiedad rasgo” cuando se comparó la fase preoperatoria con las tres fases postoperatorias, hallándose mucho peor las pacientes en la fase preoperatoria. Así mismo, en la variable “depresión” los contrastes más relevantes (tamaños de efecto medianos) fueron entre la fase preoperatoria con un mes y seis meses postoperatorio, hallándose también las pacientes mucho peor en la fase preoperatoria. Por otro lado, no se hallaron diferencias importantes (tamaños de efecto nulos) cuando se compararon las diversas fases postoperatorias.

Tabla 13. Evolución psicosocial en pacientes de mamoplastia de reducción: Salud mental

	Fase		Fase Postoperatoria		Estadístico de Contraste	Comparaciones entre las fases					
	Preoperatoria	POST-1	POST-6	POST-12		PRE-1	PRE-6	PRE-12	1-6	1-12	6-12
	(n=28)	(n=28)	(n=28)	(n=28)		mes	meses	meses	meses	meses	meses
	<i>M (DT)</i>		<i>M (DT)</i>			<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>
Depresión	5.46 (4.34)	3.29 (4.20)	3.18 (4.76)	3.14 (6.31)	$F_{(1.79,48.40)}=3.51$ $p=.042^*$	.095 (0.50M)	.156 (0.50M)	.392 (0.42P)	1.000 (0.02--)	1.000 (0.02--)	1.000 (0.00--)
Ansiedad Estado	23.61 (13.15)	15.07 (9.79)	17.11 (12.11)	15.75 (10.28)	$F_{(2.24,60.53)}=7.52$ $p=.001^{**}$	.010** (0.73M)	.078 (0.51M)	.006** (0.66M)	1.000 (-0.18--)	1.000 (-0.06--)	1.000 (0.12--)
Ansiedad Rasgo	23.32 (10.97)	16.82 (8.76)	17.54 (11.78)	16.82 (10.80)	$F_{(2.11,57.12)}=4.98$ $p=.009^{**}$	.012* (0.65M)	.116 (0.50M)	.099 (0.59M)	1.000 (-0.06--)	1.000 (0.00--)	1.000 (0.06--)

Nota: a mayor puntuación, peor salud mental, * $p<.05$, ** $p\leq .01$

Tamaños de efecto (*d* de Cohen): M, mediano; P, pequeño; --, nulo

4.3.2. Calidad de vida

Como podemos observar en la Tabla 14, al comparar las diferentes fases de este estudio, resultaron estadísticamente significativas cinco dimensiones: “dolor corporal” ($p=.000$), “salud general” ($p=.038$), “función física” ($p=.004$), “función social” ($p=.014$) y “rol físico” ($p=.000$). Cuando comparamos la fase preoperatoria con un mes postoperatorio, observamos un empeoramiento en las dimensiones “dolor corporal” ($p=.032$) y “rol físico” ($p=.000$). Cuando comparamos un mes después de la intervención y los seis meses postoperatorio, las pacientes experimentaron una mejoría en la dimensión “dolor corporal” ($p=.000$), “función física” ($p=.003$), “función social” ($p=.026$) y “rol físico” ($p=.000$). Cuando la comparación se realizó entre el mes postoperatorio y los doce meses tras la intervención, observamos una mejoría significativa en las dimensiones “dolor corporal” ($p=.006$) y “rol físico” ($p=.000$). Centrándonos en los tamaños de efecto, las diferencias más importantes (tamaños de efecto grandes) se hallaron en las dimensiones “dolor corporal” y “rol físico” cuando se compararon las fases postoperatorias de un mes con los seis y los doce meses, mejorando las pacientes de forma importante en estos dos últimos periodos. También se encontraron diferencias en la dimensión “rol físico” cuando comparamos la fase preoperatoria con el mes postoperatorio, encontrándose las pacientes peor en este último periodo. Así mismo, en la dimensión “función física”, las pacientes mejoraron de forma relevante a los seis meses en comparación con un mes postoperatorio.

Tabla 14. Evolución psicosocial en pacientes de mamoplastia de reducción: Calidad de vida

	Fase		Fase Postoperatoria		Estadístico de Contraste	Comparaciones entre las fases					
	Preoperatoria	POST-1	POST-6	POST-12		PRE-1	PRE-6	PRE-12	1-6	1-12	6-12
	(n=28)	(n=28)	(n=28)	(n=28)		mes	meses	meses	meses	meses	meses
	<i>M (DT)</i>		<i>M (DT)</i>			<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>
Dolor Corporal	86.60 (19.81)	66.96 (28.91)	94.64 (10.44)	89.28 (23.98)	$F_{(2.21,59.77)}=10.93$ $p=.000^{**}$	.032* (0.79M)	.157 (-0.50M)	1.000 (-0.12--)	.000** (-1.27G)	.006** (-0.84G)	1.000 (0.28P)
Vitalidad	67.85 (23.42)	60.71 (23.00)	71.42 (26.10)	71.42 (24.26)	$F_{(3.81)}=2.12$ $p=.103$	---	---	---	---	---	---

	Fase	Fase Postoperatoria			Estadístico de Contraste	Comparaciones entre las fases					
	Preoperatoria	POST-1	POST-6	POST-12		PRE-1	PRE-6	PRE-12	1-6	1-12	6-12
	(n=28)	(n=28)	(n=28)	(n=28)		mes	meses	meses	meses	meses	meses
	<i>M (DT)</i>				<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	
Salud General	67.85 (20.24)	71.42 (21.20)	73.66 (21.06)	76.33 (20.50)	$F_{(3,81)}=2.94$ $p=.038^*$	.966 (-0.17--)	.440 (-0.28P)	.073 (-0.41P)	1.000 (-0.10--)	.799 (-0.23P)	1.000 (-0.12--)
Función Física	91.96 (16.74)	79.46 (23.62)	95.53 (11.88)	92.85 (16.46)	$F_{(1,87,50,70)}=6.55$ $p=.004^{**}$	.121 (0.61M)	1.000 (-0.23P)	1.000 (-0.05--)	.003** (-0.85G)	.097 (-0.65M)	1.000 (0.17--)
Función Social	88.39 (20.95)	76.88 (25.39)	91.96 (13.69)	91.56 (15.29)	$F_{(2,12,57,41)}=4.49$ $p=.014^*$	.179 (0.49P)	1.000 (-0.20--)	1.000 (-0.19--)	.026* (-0.73M)	.086 (-0.71M)	1.000 (0.00--)
Rol Emocional	90.62 (16.88)	84.37 (22.47)	87.94 (19.38)	89.73 (17.36)	$F_{(2,34,63,43)}=.89$ $p=.429$	---	---	---	---	---	---
Salud Mental	68.30 (18.15)	77.23 (21.53)	75.44 (21.64)	77.23 (18.65)	$F_{(3,81)}=1.86$ $p=.142$	---	---	---	---	---	---
Rol Físico	89.28 (18.85)	39.28 (34.14)	88.39 (18.61)	88.83 (20.50)	$F_{(1,84,49,74)}=36.80$ $p=.000^{**}$	.000** (1.81G)	1.000 (0.04--)	1.000 (0.02--)	.000** (-1.78G)	.000** (-1.75G)	1.000 (-0.02--)

Nota: a mayor puntuación, mayor calidad de vida, * $p<.05$, ** $p<.01$

Tamaños de efecto (*d* de Cohen): G, grande; M, mediano; P, pequeño; --, nulo

4.3.3. Autoconcepto

Como se observa en la Tabla 15, cuando comparamos las diferentes fases de este estudio, resultaron estadísticamente significativas cuatro variables: “autoconcepto físico” ($p=.023$), “autoestima física” ($p=.004$), “autocomportamiento físico” ($p=.000$) y “autoconcepto físico total” ($p=.000$). Cuando comparamos las fases preoperatoria y un mes postoperatorio, hallamos una mejoría significativa en este segundo periodo en la variable “autoconcepto físico total” ($p=.030$). Esta misma tendencia la observamos en las variables “autocomportamiento físico” ($p=.002$) y “autoconcepto físico total” ($p=.002$), cuando se comparó la fase preoperatoria y seis meses después de la intervención. Al comparar la fase preoperatoria y doce meses tras la intervención quirúrgica, encontramos en ésta segunda fase una mejoría en las variables “autoestima física” ($p=.006$), “autocomportamiento físico” ($p=.002$) y “autoconcepto físico total” ($p=.000$). Por último, cuando comparamos un mes postoperatorio y doce meses postoperatorio, hallamos una mejoría significativa en la variable “autocomportamiento físico” ($p=.027$) y “autoconcepto físico total” ($p=.027$). Si nos centramos en los tamaños de efecto, la mayor diferencia (tamaño de efecto grande) se halló en la variable “autoconcepto físico total” mostrando las pacientes una mejoría relevante a los doce meses postoperatorio en comparación con la fase preoperatoria.

Tabla 15. Evolución psicosocial en pacientes de mamoplastia de reducción: Autoconcepto

	Fase				Estadístico de Contraste	Comparaciones entre las fases					
	Preoperatoria	Fase Postoperatoria				PRE-1	PRE-6	PRE-12	1-6	1-12	6-12
	(n=28)	POST-1 (n=28)	POST-6 (n=28)	POST-12 (n=28)		mes	meses	meses	meses	meses	meses
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>				<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>	<i>p(d)</i>
Autoconcepto Físico	24.04 (2.84)	24.82 (3.15)	25.25 (3.52)	25.89 (3.70)	$F_{(3,81)}=3.33$ $p=.023^*$	1.000 (-0.26P)	.480 (-0.37P)	.079 (-0.56M)	1.000 (-0.12--)	.557 (-0.31P)	.851 (-0.17--)
Autoestima Física	17.46 (3.80)	19.71 (3.91)	20.07 (4.52)	20.57 (4.33)	$F_{(2,28,61,78)}=5.69$ $p=.004^{**}$	.059 (-0.58M)	.065 (-0.62M)	.006** (-0.76M)	1.000 (-0.08--)	1.000 (-0.20P)	1.000 (-0.11--)
Autocomportamiento	20.93 (4.06)	21.32 (3.57)	22.61 (3.57)	23.21 (3.64)	$F_{(2,43,66,70)}=7.64$ $p=.000^{**}$	1.000 (-0.10--)	.002** (-0.43P)	.002** (-0.59M)	.276 (-0.36P)	.027* (-0.52M)	.916 (-0.16--)
Autoconcepto Físico	62.07 (8.34)	66.54 (8.77)	67.93 (9.91)	69.68 (10.53)	$F_{(3,81)}=11.05$ $p=.000^{**}$	.030* (-0.52M)	.002** (-0.63M)	.000** (-0.80G)	.276 (-0.14--)	.027* (-0.02--)	.916 (-0.17--)

Nota: a mayor puntuación, mejor autoconcepto, * $p<.05$, ** $p<.01$

Tamaños de efecto (*d* de Cohen): G, grande; M, mediano; P, pequeño; --, nulo

4.3.4. Relaciones familiares

Como refleja la Tabla 16, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación a las variables “cohesión” ($p=.091$), “expresividad” ($p=.925$) y “conflicto” ($p=.350$) cuando comparamos las distintas fases de este estudio.

Tabla 16. Evolución psicosocial en pacientes de mamoplastia de reducción: Relaciones familiares

	Fase				Estadístico de Contraste
	Preoperatoria	Fase Postoperatoria			
	(n=28)	POST-1 (n=28)	POST-6 (n=28)	POST-12 (n=28)	
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>			
Cohesión	7.61 (1.95)	7.96 (1.77)	8.07 (1.30)	7.71 (1.69)	$F_{(3,81)}=2.23$ $p=.091$
Expresividad	6.29 (1.76)	6.39 (1.54)	6.25 (1.45)	6.25 (1.53)	$F_{(3,81)}=.157$ $p=.925$
Conflicto	2.71 (1.38)	2.57 (1.55)	2.32 (1.05)	2.50 (1.23)	$F_{(3,81)}=1.11$ $p=.350$

Nota: en las dos primeras variables, a mayor puntuación, mejores relaciones familiares. En la última variable, a mayor puntuación, peores relaciones familiares

4.4. Comparación de la evolución psicosocial en función de la cirugía estética mamaria.

4.4.1. Salud mental

Como puede apreciarse en la Tabla 17, no se hallaron efectos interactivos entre los factores tipo de cirugía y fases temporales en ninguna de las variables estudiadas. En cuanto a los efectos principales, al comparar los tres tipos de cirugía, no se hallaron cambios estadísticamente significativos en las variables “depresión” ($p=.092$),

“ansiedad estado” ($p=.084$) y “ansiedad rasgo” ($p=.090$). Por el contrario, sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes fases temporales, mejorando las pacientes en los momentos postoperatorios en comparación con la fase preoperatoria: “depresión” ($p=.009$), “ansiedad estado” ($p=.000$) y “ansiedad rasgo” ($p=.000$) (Figuras 9 a 11).

Tabla 17. Comparación de la evolución psicosocial en función del tipo de cirugía estética mamaria: Salud mental

	MEDIAS							Efectos principales		Efectos interactivos
	TIPO DE CIRUGÍA				FASES TEMPORALES			Estadístico de contraste	Estadístico de contraste	
	Mamoplastia de Aumento	Mastopexia	Mamoplastia de Reducción	Preoperatorio	1 mes Postoperatorio	6 meses Postoperatorio	12 meses Postoperatorio			
	N= 63	N= 42	N= 28	N= 132	N= 132	N= 132	N= 132			
M (DT)				M (DT)			Tipo de Cirugía	Fases Temporales		
SALUD MENTAL:										
Depresión	2.24 (3.17)	2.33 (3.05)	3.78 (3.16)	4.73 (4.53)	2.33 (3.77)	2.05 (3.88)	2.03 (4.21)	$F(2,129)=2.43$ $p=.092$	$F(2,49,4.99)=4.29$ $p=.009^{**}$	$F(4.99,321.89)=.748$ $p=.588$
Ansiedad Estado	13.89 (7.78)	13.92 (7.49)	17.65 (7.77)	20.77 (11.14)	13.06 (8.85)	13.60 (9.55)	13.20 (9.37)	$F(2,129)=2.52$ $p=.084$	$F(2,61,5.23)=8.00$ $p=.000^{**}$	$F(5.23,337.37)=.758$ $p=.586$
Ansiedad Rasgo	15.09 (8.41)	14.90 (8.10)	18.98 (8.41)	20.78 (10.66)	15.00 (8.90)	15.07 (10.71)	14.44 (9.51)	$F(2,129)=2.44$ $p=.090$	$F(2,60,5.20)=9.87$ $p=.000^{**}$	$F(5.20,335.55)=.821$ $p=.540$

Nota: Medias ajustadas en función de la covariable edad. A mayor puntuación, peor salud mental, ** $p < .01$

4.4.2. Calidad de vida

Como puede apreciarse en la Tabla 18, no se hallaron efectos interactivos entre los factores tipo de cirugía y fases temporales en ninguna de las dimensiones estudiadas. En cuanto a los efectos principales, al comparar los tres tipos de cirugía, no se hallaron cambios estadísticamente significativos en ninguna de las dimensiones estudiadas para la calidad de vida: “dolor corporal” ($p=.661$), “vitalidad” ($p=.377$), “salud general” ($p=.864$), “función física” ($p=.132$), “función social” ($p=.994$), “rol emocional” ($p=.150$), “salud mental” ($p=.237$), y “rol físico” ($p=.093$). Por el contrario, sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes fases temporales, en las siguientes dimensiones: “dolor corporal” ($p=.001$) y “rol físico” ($p=.011$), hallándose peor las pacientes al mes postoperatorio. En el resto de las dimensiones no fueron significativas las diferencias: “vitalidad” ($p=.369$), “salud general” ($p=.596$), “función física” ($p=.360$), “función social” ($p=.345$), “rol emocional” ($p=.284$) y “salud mental” ($p=.244$) (Figuras 12 a 19).

Tabla 18. Comparación de la evolución psicosocial en función del tipo de la cirugía estética mamaria: Calidad de vida

	MEDIAS							Efectos principales Estadístico de contraste	Efectos interactivos Estadístico de contraste	
	TIPO DE CIRUGÍA				FASES TEMPORALES					
	Mamoplastia de Aumento N= 63	Mastopexia N= 42	Mamoplastia de Reducción N= 28	Preoperatorio N= 132	1 mes Postoperatorio N= 132	6 meses Postoperatorio N= 132	12 meses Postoperatorio N= 132			
	<i>M (DT)</i>				<i>M (DT)</i>					Tipo de Cirugía	Fases Temporales
CALIDAD DE VIDA										
Dolor Corporal	87.33 (13.33)	85.65 (12.83)	84.62 (13.33)	92.04 (17.23)	65.25 (28.26)	92.76 (18.72)	93.41 (15.96)	$F_{(2,129)} = .415$ $p = .661$	$F_{(2,44,4,88)} = 6.64$ $p = .001^{**}$	$F_{(4,88,315,21)} = 1.52$ $p = .182$
Vitalidad	73.00 (17.38)	72.87 (16.72)	67.72 (17.35)	70.87 (22.63)	63.33 (25.04)	75.44 (22.51)	75.14 (22.74)	$F_{(2,129)} = .982$ $p = .377$	$F_{(3,6)} = 1.05$ $p = .369$	$F_{(5,82,375,65)} = 1.75$ $p = .107$
Salud General	74.11 (15.92)	72.60 (15.34)	74.22 (15.91)	70.74 (18.84)	73.68 (19.87)	74.25 (19.30)	75.91 (20.10)	$F_{(2,129)} = .146$ $p = .864$	$F_{(2,72,5,45)} = .606$ $p = .596$	$F_{(5,45,351,69)} = .969$ $p = .441$
Función Física	95.32 (10.23)	94.55 (9.85)	90.55 (10.26)	95.53 (12.75)	85.92 (21.82)	96.54 (10.68)	95.91 (12.63)	$F_{(2,129)} = 2.05$ $p = .132$	$F_{(2,66,4,12)} = 1.03$ $p = .360$	$F_{(4,12,265,92)} = .779$ $p = .543$
Función Social	86.78 (13.89)	86.49 (13.35)	86.72 (13.86)	87.20 (20.56)	79.20 (25.96)	90.78 (19.30)	89.45 (20.45)	$F_{(2,129)} = .006$ $p = .994$	$F_{(2,65,5,31)} = 1.10$ $p = .345$	$F_{(5,31,342,94)} = 1.03$ $p = .397$
Rol Emocional	89.68 (11.74)	93.17 (11.27)	88.23 (11.74)	89.43 (17.23)	88.99 (19.18)	91.63 (16.54)	91.40 (15.05)	$F_{(2,129)} = 1.92$ $p = .150$	$F_{(2,79,5,59)} = 1.27$ $p = .284$	$F_{(5,59,360,86)} = 1.97$ $p = .074$
Salud Mental	78.29 (13.65)	80.17 (13.15)	74.67 (13.65)	72.24 (17.80)	78.47 (20.10)	79.50 (17.92)	80.62 (18.84)	$F_{(2,129)} = 1.45$ $p = .237$	$F_{(3,6)} = 1.39$ $p = .244$	$F_{(6,387)} = .736$ $p = .621$
Rol Físico	83.65 (12.77)	81.51 (12.31)	77.01 (12.75)	91.49 (15.16)	52.04 (30.67)	90.16 (18.03)	89.20 (17.80)	$F_{(2,129)} = 2.42$ $p = .093$	$F_{(1,94,3,89)} = 4.65$ $p = .011^*$	$F_{(3,89,251,20)} = 1.75$ $p = .140$

Nota: Medias ajustadas en función de la covariable edad. A mayor puntuación, mayor calidad de vida * $p < .05$, ** $p < .01$

4.4.3. Autoconcepto

Como se observa en la Tabla 19, no se hallaron efectos interactivos entre los factores tipo de cirugía y fases temporales en ninguna de las variables estudiadas. En cuanto a los efectos principales, al comparar los tres tipos de cirugía, hallamos diferencias significativas en todas las variables: “autoconcepto físico” ($p = .001$), “autoestima física” ($p = .001$), “autocomportamiento físico” ($p = .001$) y “autoconcepto físico total” ($p = .000$). En concreto, los contrastes por pares indicaron que el grupo de mujeres que se sometieron a una mamoplastia de reducción puntuaron más bajo en la variable “autoconcepto físico” en comparación con los grupos de pacientes de mamoplastia de aumento ($p = .001$) y de mastopexia ($p = .017$). En cuanto a la variable “autoestima física”, las pacientes del grupo de mamoplastia de reducción obtuvieron unas puntuaciones más bajas en comparación con las pacientes del grupo de mamoplastia de aumento ($p = .001$) y de mastopexia ($p = .004$). Los contrastes por pares también indicaron que el grupo de mujeres con mamoplastia de reducción puntuaron más bajo en la variable “autocomportamiento físico” en comparación con los grupos de pacientes de mamoplastia de aumento ($p = .001$) y de mastopexia ($p = .006$). Por último, en cuanto a la variable “autoconcepto físico total”, las pacientes del grupo de

mamoplastia de reducción obtuvieron igualmente unas puntuaciones más bajas en comparación con las pacientes del grupo de mamoplastia de aumento ($p=.000$) y mastopexia ($p=.001$). Por otro lado, también se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes fases temporales, mejorando las pacientes en los momentos postoperatorios en comparación con la fase preoperatoria en las variables “autoconcepto físico” ($p=.028$) y “autoconcepto físico total” ($p=.044$). En el resto de las variables no fueron significativas las diferencias: “autoestima física” ($p=.624$) y “autocomportamiento físico” ($p=.624$) (Figuras 20 a 23).

Tabla 19. Comparación de la evolución psicosocial en función de la cirugía estética mamaria: Autoconcepto

	MEDIAS							Efectos principales		Efectos interactivos
	TIPO DE CIRUGÍA			FASES TEMPORALES			Estadístico de contraste			
	Mamoplastia de Aumento	Mastopexia	Mamoplastia de Reducción	Preoperatorio	1 mes Postoperatorio	6 meses Postoperatorio		12 meses Postoperatorio	Tipo de Cirugía	Fases Temporales
	N= 63	N= 42	N= 28	N= 132	N= 132	N= 132	N= 132			
<i>M (DT)</i>				<i>M (DT)</i>						
AUTOCONCEPTO										
Autoconcepto Físico	27.10 (2.34)	26.59 (2.26)	25.02 (2.34)	25.46 (3.11)	26.29 (2.99)	26.52 (2.83)	26.68 (2.84)	$F(2,129)=7.13$ $p=.001^{**}$	$F(2,82,5,66)=3.13$ $p=.028^*$	$F(5,65,364,46)=.897$ $p=.493$
Autoestima Física	22.33 (3.19)	21.92 (3.07)	19.41 (3.19)	18.95 (4.36)	21.75 (4.05)	22.03 (4.07)	22.16 (4.04)	$F(2,129)=8.08$ $p=.001^{**}$	$F(2,63,5,07)=1.69$ $p=.624$	$F(5,07,327,51)=.838$ $p=.525$
Autocomportamiento Físico	24.67 (3.13)	24.20 (3.02)	21.88 (3.13)	22.86 (3.69)	23.34 (3.60)	23.91 (3.76)	24.23 (3.75)	$F(2,129)=7.55$ $p=.001^{**}$	$F(3,6)=.587$ $p=.624$	$F(6,387)=1.86$ $p=.086$
Autoconcepto Físico Total	74.17 (7.49)	72.43 (7.21)	66.39 (7.48)	67.11 (8.93)	71.68 (8.72)	72.49 (8.86)	73.11 (9.06)	$F(2,129)=10.16$ $p=.000^{**}$	$F(2,79,5,58)=2.79$ $p=.044^*$	$F(5,58,360,24)=.609$ $p=.711$

Nota: Medias ajustadas en función de la covariable edad. A mayor puntuación, mejor autoconcepto * $p < .05$, ** $p < .01$

4.4.4. Relaciones familiares

Como figura en la Tabla 20, en cuanto a los efectos principales, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos factores estudiados: a) tipo de cirugía: “cohesión” ($p=.992$), “expresividad” ($p=.413$) y “conflicto” ($p=.417$), y b) fases temporales: “cohesión” ($p=.148$), “expresividad” ($p=.800$), y “conflicto” ($p=.794$). Respecto a los efectos interactivos, sólo se obtuvieron en la variable “cohesión” ($p=.001$). En concreto, no existieron diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) entre los tres grupos en cada una de las fases temporales de este estudio. Tanto en las pacientes intervenidas de mastopexia como en las de mamoplastia de reducción, no se manifestaron cambios significativos a lo largo del tiempo, es decir, entre las distintas fases temporales; mientras que sí se hallaron en las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento. Éstas últimas, percibieron mayor cohesión en sus hogares durante las fases postoperatoria y menos en la fase preoperatoria (Tabla 8 y Figuras 24 a 26).

**Tabla 20. Comparación de la evolución psicosocial en función del tipo de cirugía estética mamaria:
Relaciones familiares**

	MEDIAS							Efectos principales		Efectos interactivos
	TIPO DE CIRUGÍA			FASES TEMPORALES			Estadístico de contraste		Estadístico de contraste	
	Mamoplastia de Aumento	Mastopexia	Mamoplastia de Reducción	Preoperatorio	1 mes Postoperatorio	6 meses Postoperatorio	12 meses Postoperatorio	Tipo de Cirugía	Fases Temporales	
	N= 63	N= 42	N= 28	N= 132	N= 132	N= 132	N= 132			
<i>M (DT)</i>			<i>M (DT)</i>							
RELACIONES FAMILIARES										
Cohesión	7.78 (1.86)	7.73 (1.79)	7.75 (1.86)	7.68 (1.96)	7.71 (2.14)	7.90 (2.03)	7.70 (2.10)	$F_{(2,129)}=.008$ $p=.992$	$F_{(3,6)}= 1.79$ $p=.148$	$F_{(6,387)}= 3.96$ $p=.001^{**}$
Expresividad	6.64 (1.51)	6.60 (1.46)	6.19 (1.51)	6.36 (1.80)	6.53 (1.74)	6.56 (1.67)	6.47 (1.91)	$F_{(2,129)}=.890$ $p=.413$	$F_{(3,6)}= .335$ $p=.800$	$F_{(6,387)}= 1.11$ $p=.354$
Conflicto	2.35 (0.95)	2.47 (0.91)	2.65 (0.94)	2.59 (1.27)	2.44 (1.28)	2.44 (1.20)	2.48 (1.25)	$F_{(2,129)}=.881$ $p=.417$	$F_{(3,6)}= .343$ $p=.794$	$F_{(6,387)}= .629$ $p=.707$

Nota: Medias ajustadas en función de la covariable edad. En las dos primeras variables, a mayor puntuación, mejores relaciones familiares. En la última variable, a mayor puntuación, peores relaciones familiares, ** $p < .01$

Figura 9. Depresión

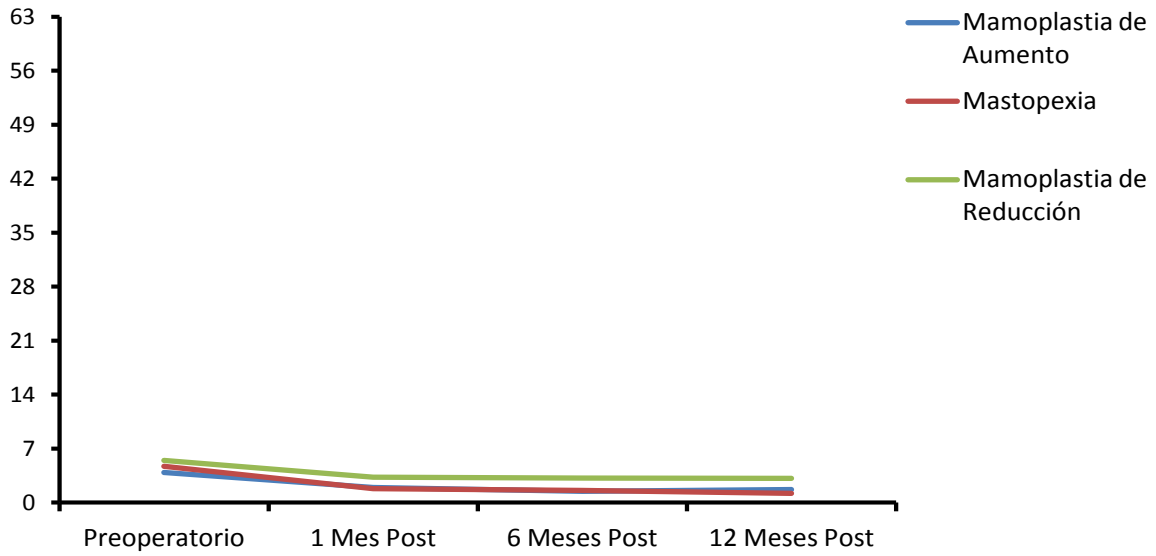


Figura 10. Ansiedad estado

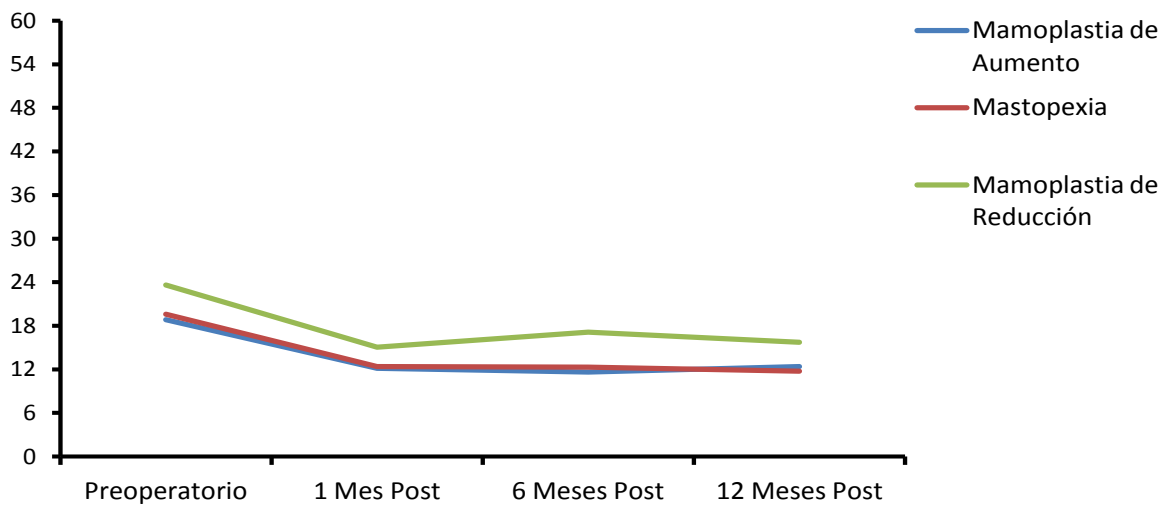


Figura 11. Ansiedad rasgo

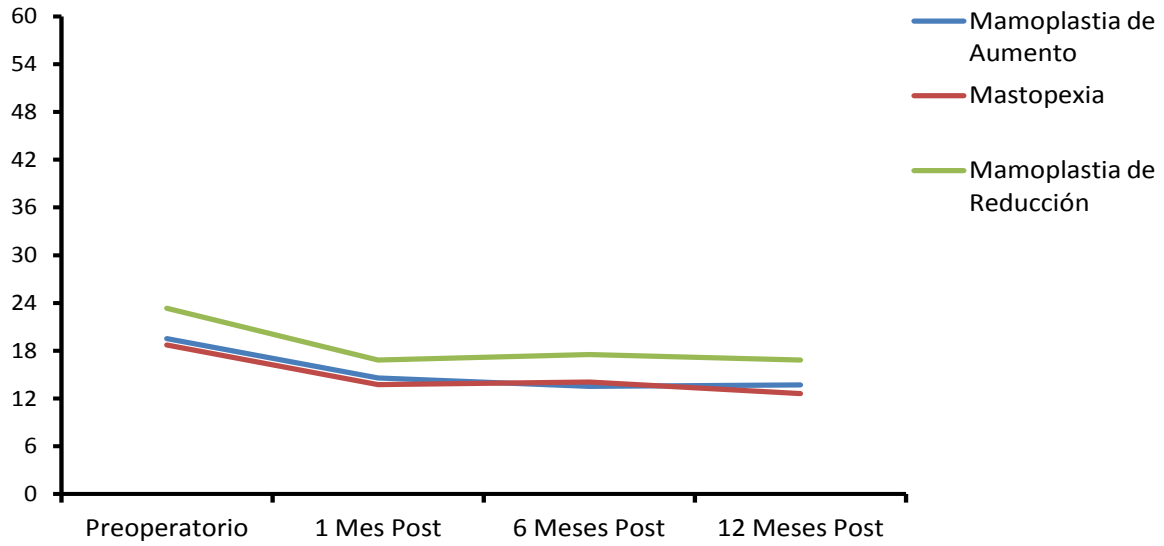


Figura 12. Dolor corporal

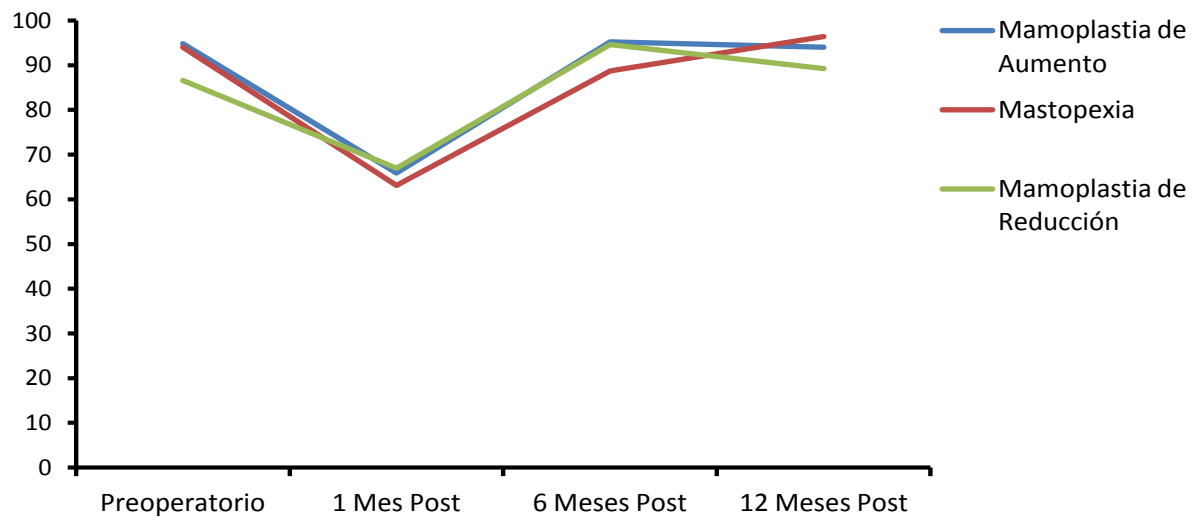


Figura 13. Vitalidad

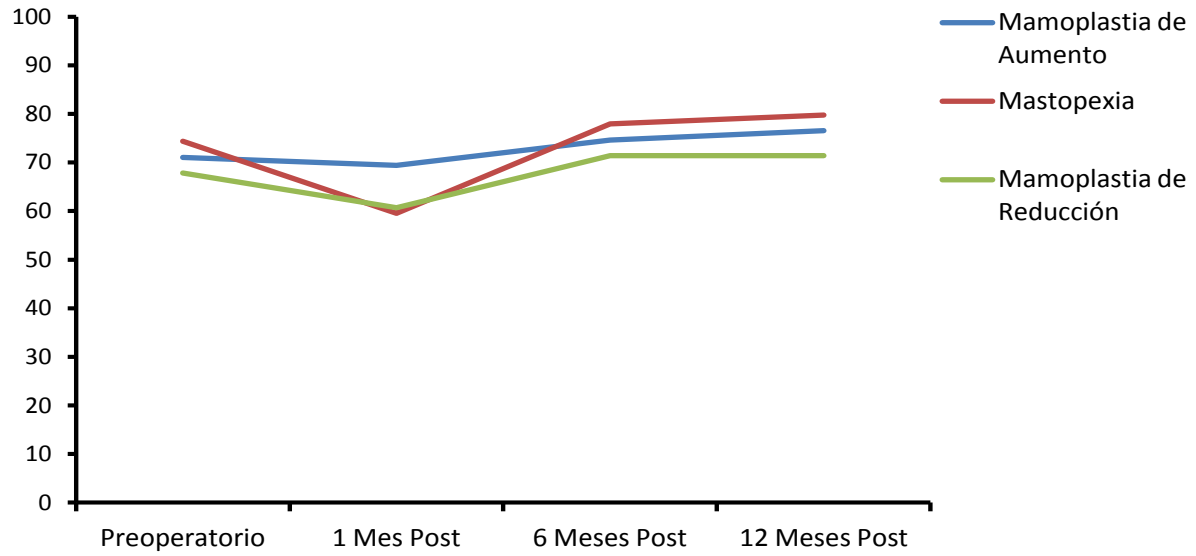


Figura 14. Salud general

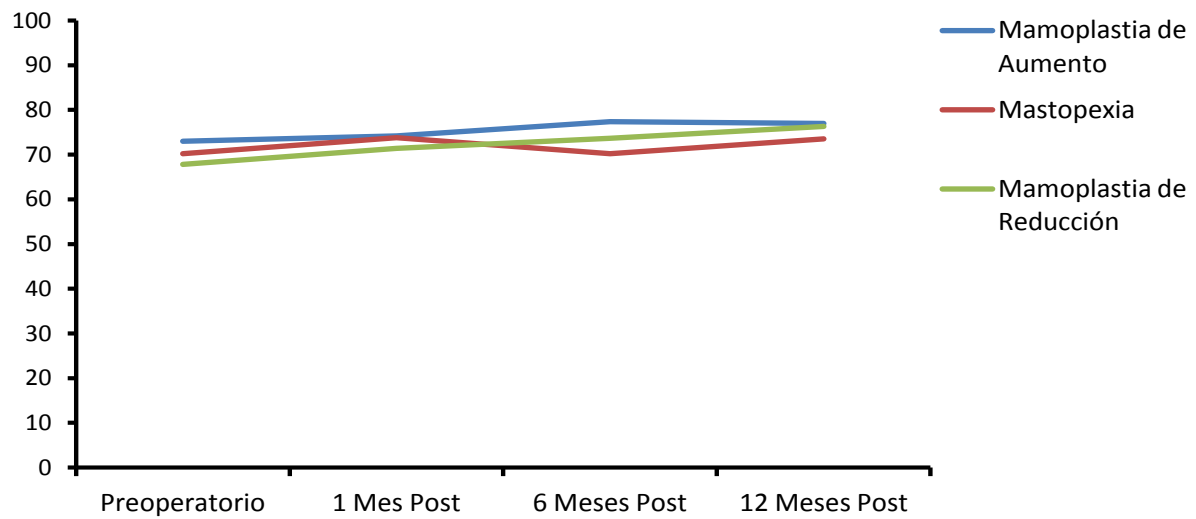


Figura 15. Función física

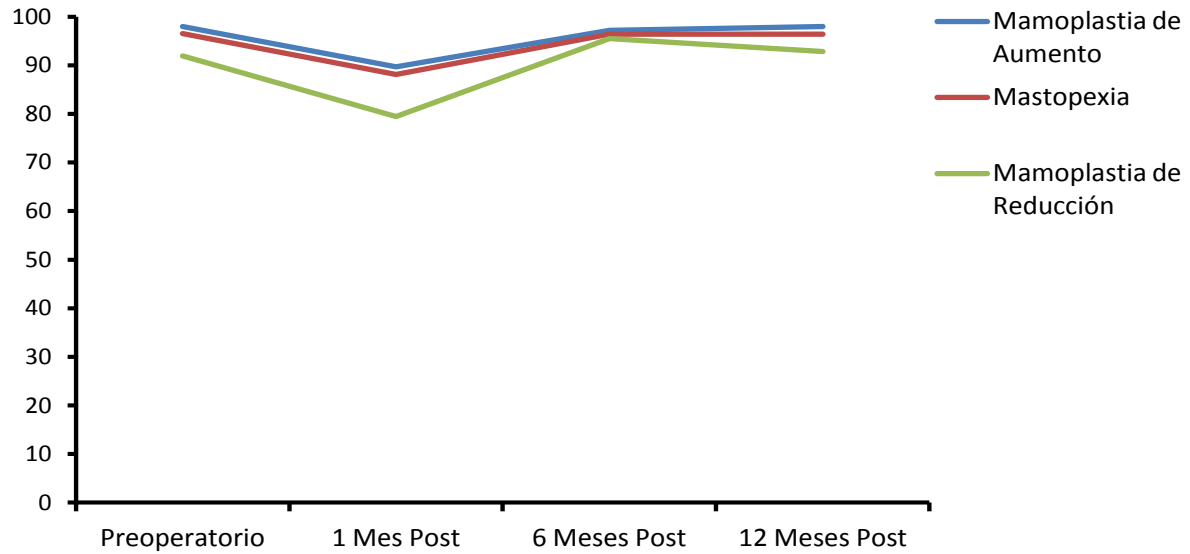


Figura 16. Función social

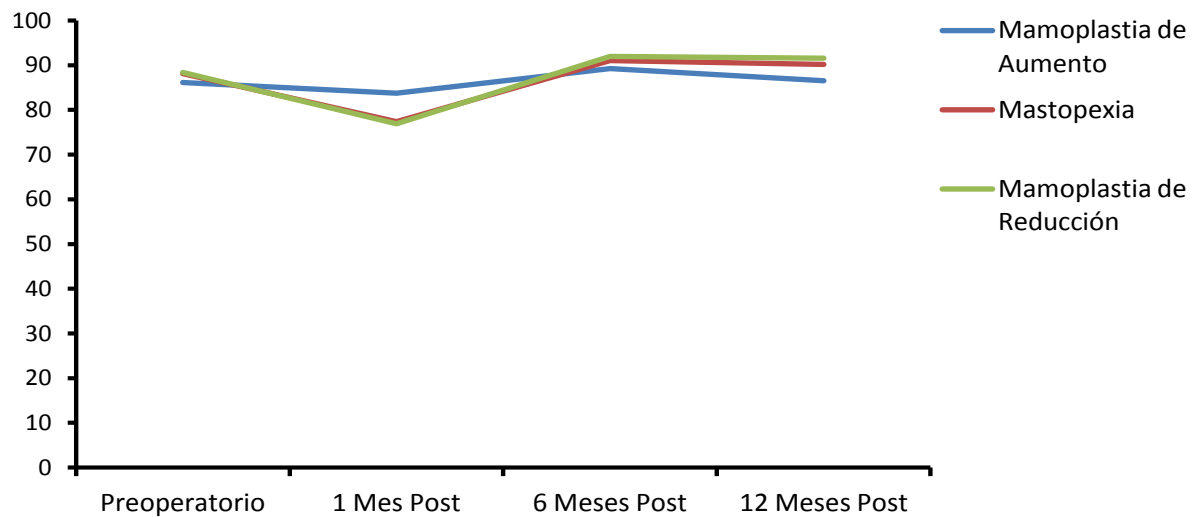


Figura 17. Rol emocional

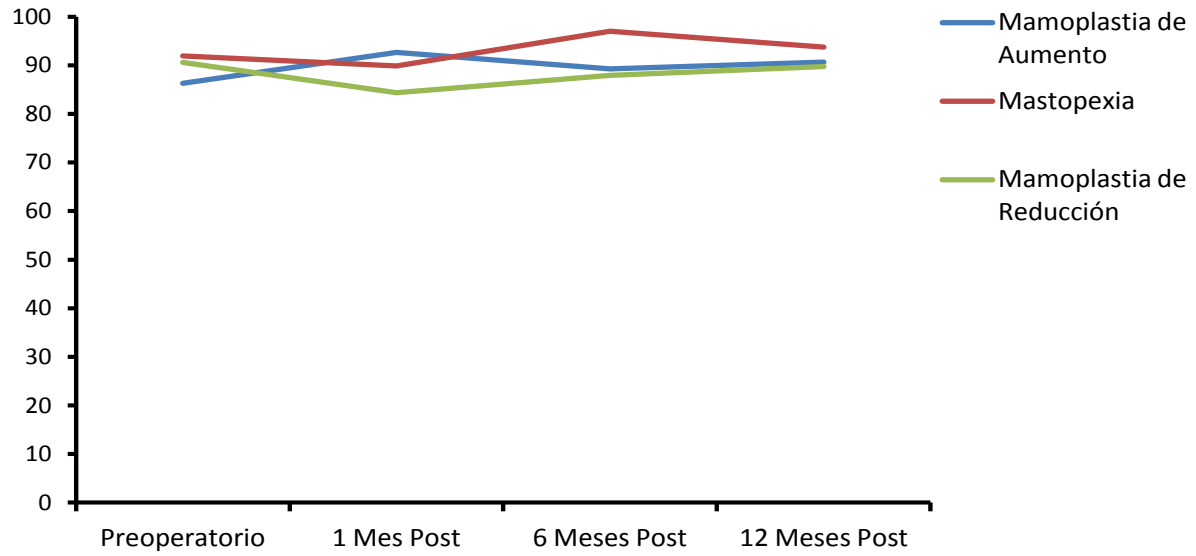


Figura 18. Salud mental

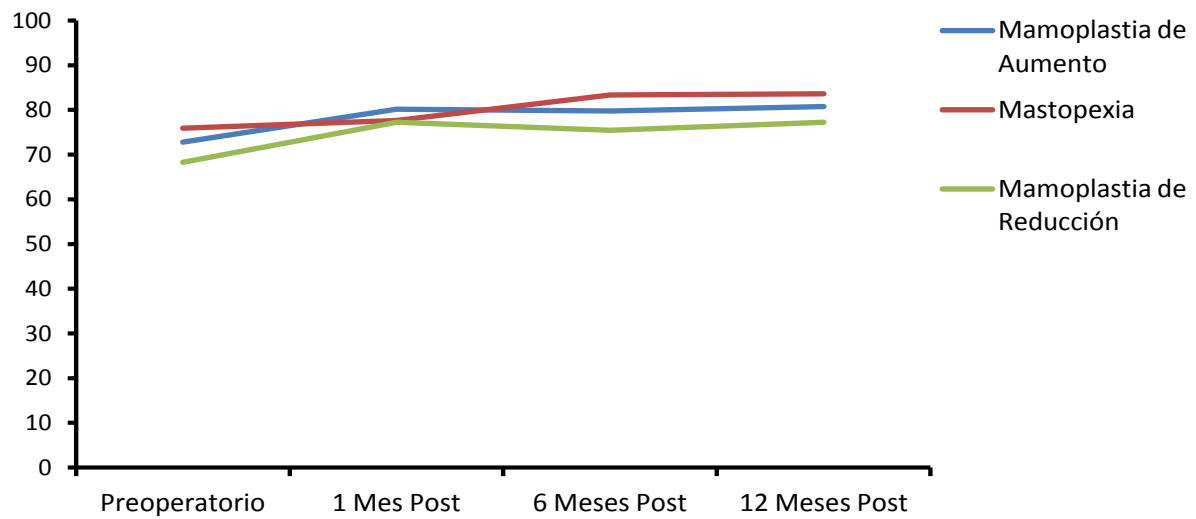


Figura 19. Rol físico

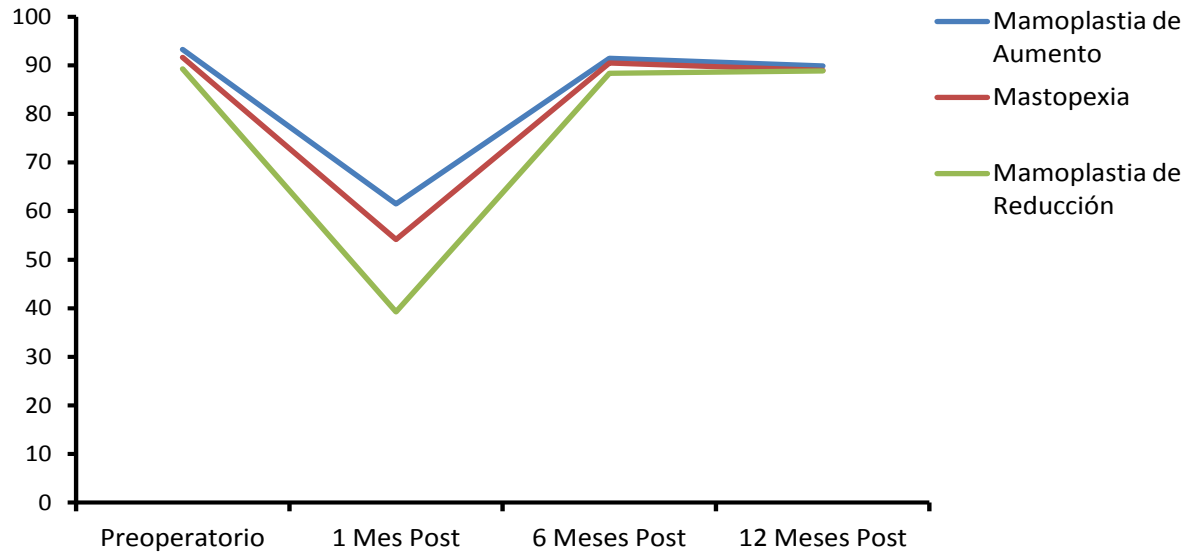


Figura 20. Autoconcepto físico

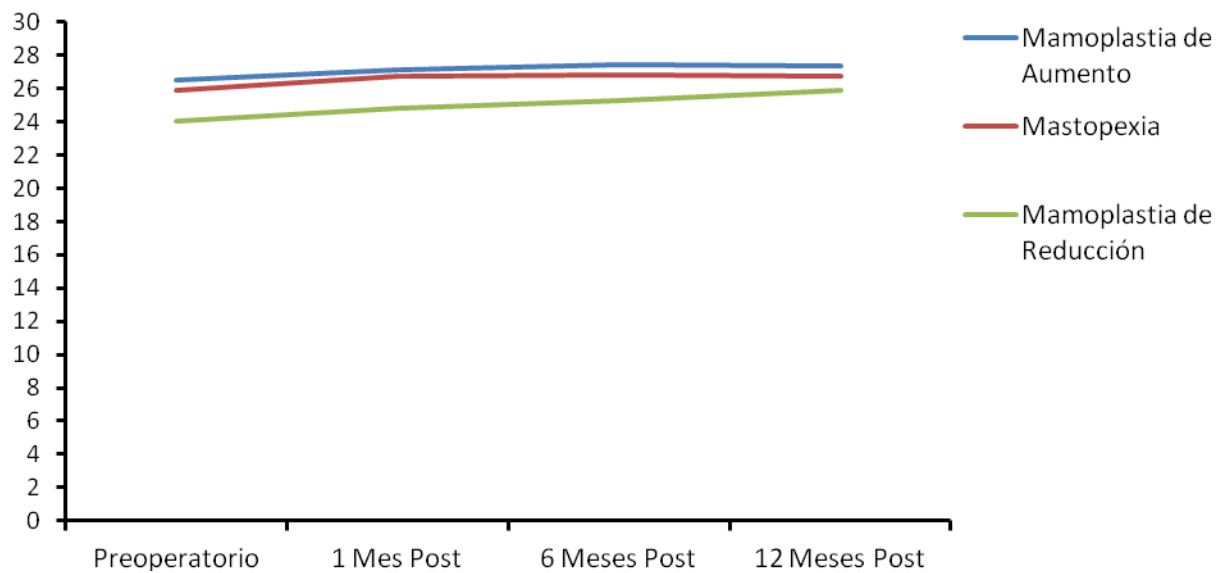


Figura 21. Autoestima física

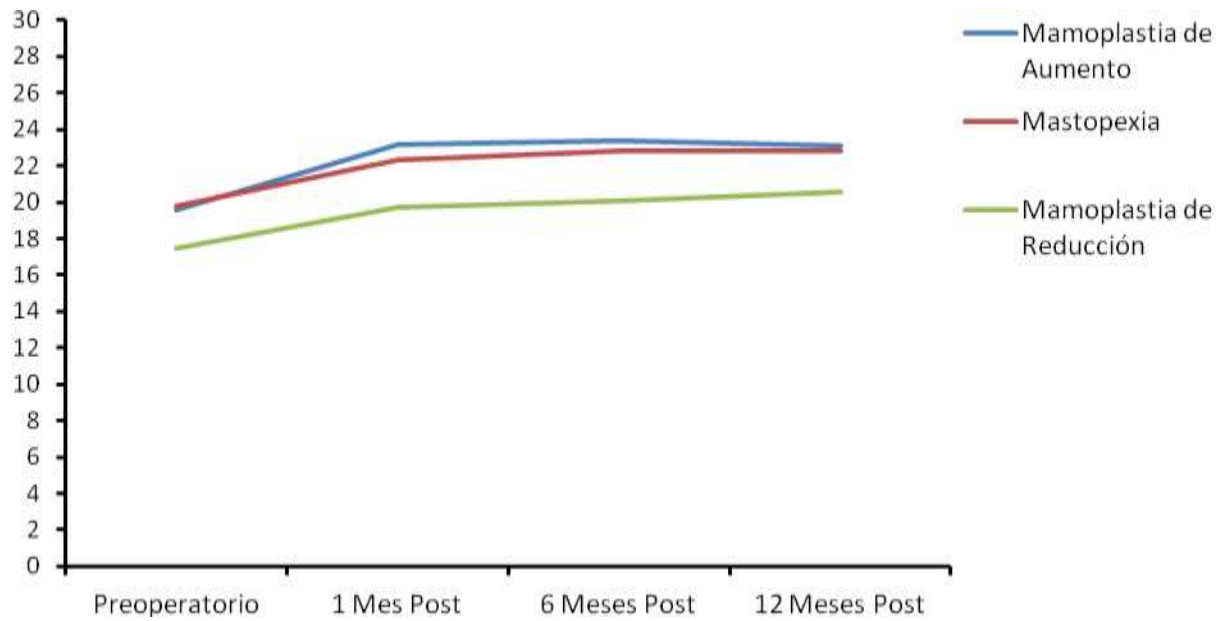


Figura 22. Autocomportamiento físico

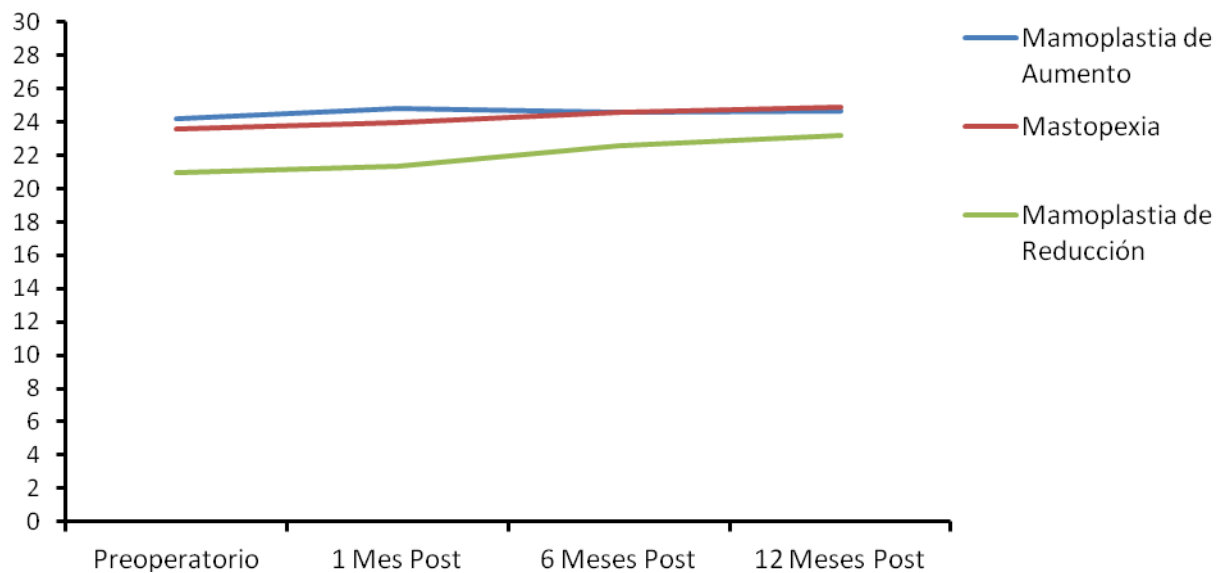


Figura 23. Autoconcepto físico total

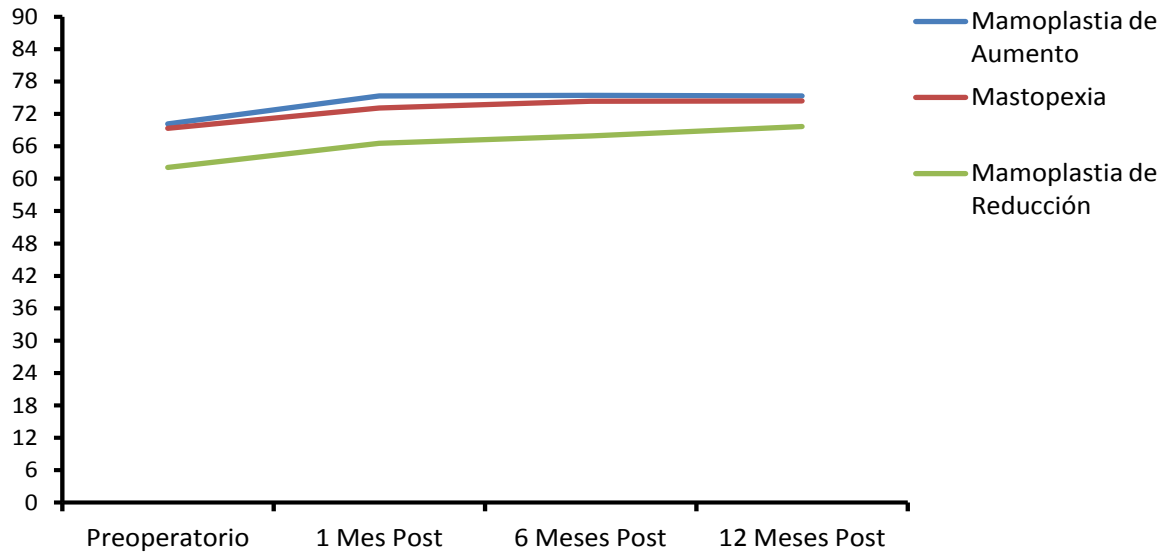


Figura 24. Cohesión

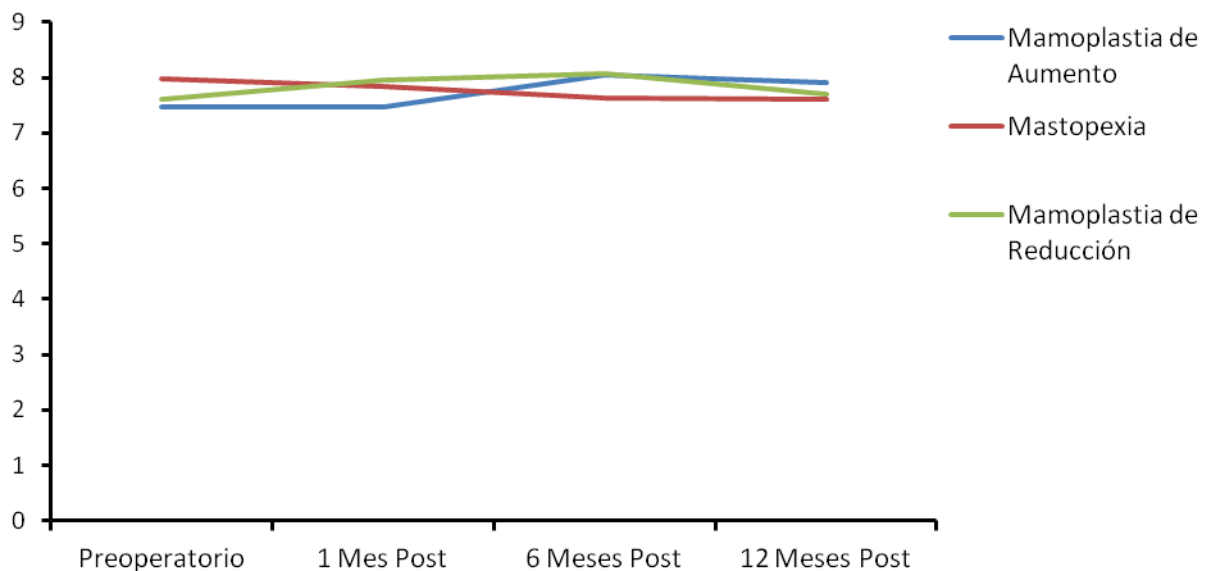


Figura 25. Expresividad

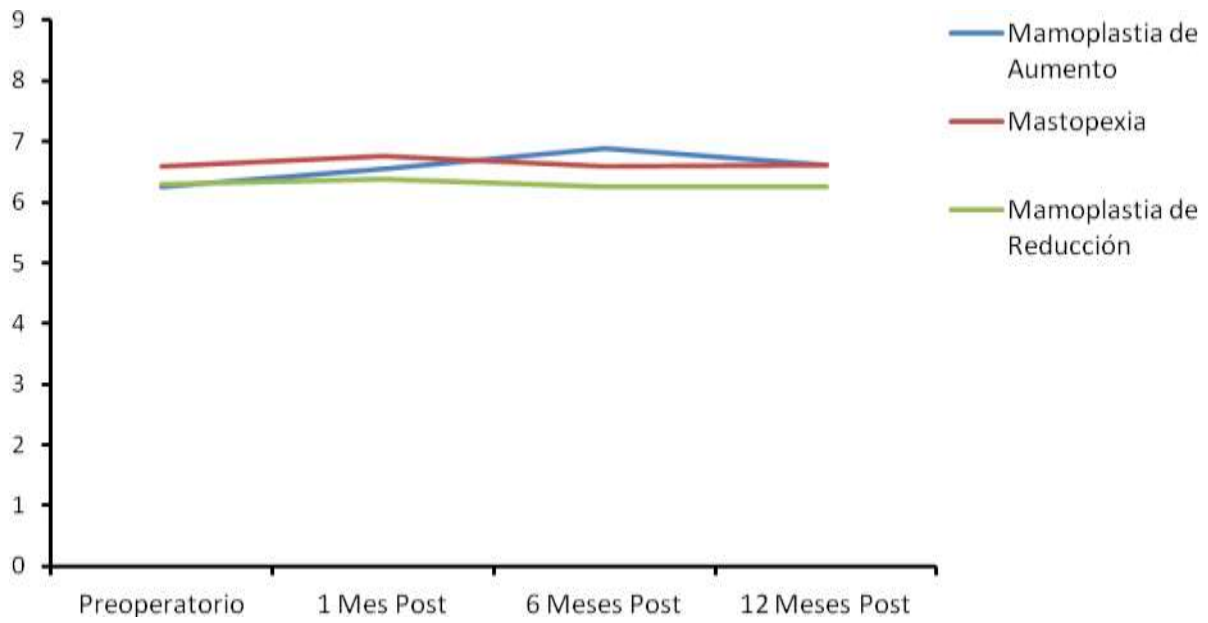
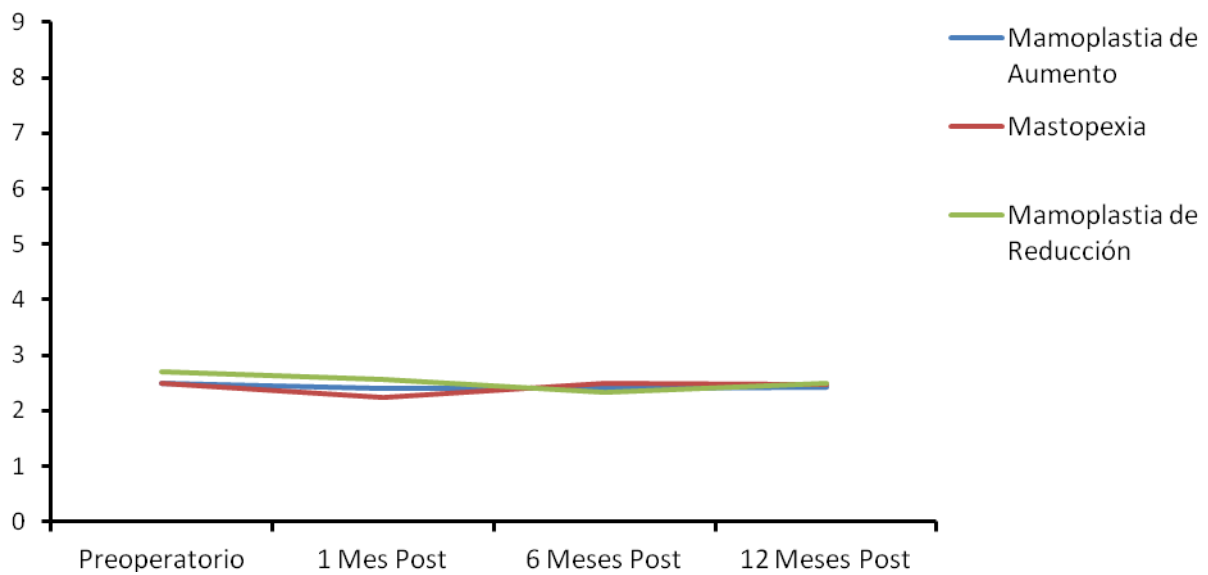


Figura 26. Conflicto



5. DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN

La cirugía estética es un tratamiento que influye en el estilo de vida de las personas que se someten a ella. En este sentido, casi la totalidad de las pacientes que han participado en esta investigación, coinciden en que la intervención ha cambiado positivamente su estilo de vida, especialmente una mejora en la relación de pareja en los casos de mamoplastia de aumento y de mastopexia. En los casos de mamoplastia de reducción, las pacientes han manifestado tener más éxito social un año después de la intervención y se han liberado, además, de los problemas físicos previos a la intervención. En esta línea, en un estudio realizado en Dinamarca y publicado recientemente (Breiting *et al.*, 2012), además de confirmar el alto índice de satisfacción que la mamoplastia de reducción produce en las pacientes sometidas a ella (en su estudio, un 89.7% a los seis meses y un 80.2% al año de la intervención), ha demostrado que esta satisfacción es mayor en las propias pacientes que en los cirujanos plásticos, que se muestran más críticos con el resultado. Además, la calidad de la información preoperatoria, así como las expectativas que la paciente presenta sobre el resultado de la intervención, resultan fundamentales a la hora de conseguir la satisfacción de la paciente desde el punto de vista estético (Nahai & Nahai, 2008). De hecho, hace ya tiempo, Hughes & Mahoney (1993) reflejaron la queja de muchas de las pacientes de mamoplastia de aumento estudiadas por ellos: haber recibido una información preoperatoria insuficiente. En este punto, hemos de decir que el cirujano responsable de todas las intervenciones realizadas en nuestro estudio incide mucho diariamente en su consulta, tanto en la importancia de la información preoperatoria como en la de tener unas expectativas realistas, y así lo hace saber a todas las pacientes que buscan información sobre la cirugía estética en su página web ([http://www.drortega.com/La intervención/Antes de la intervención](http://www.drortega.com/La_intervención/Antes_de_la_intervención)). Consideramos que este es uno de los motivos principales por el que las pacientes de nuestro estudio estén muy satisfechas con el resultado de la intervención.

En nuestro estudio, la gran mayoría de las pacientes de mamoplastia de aumento (100%), mastopexia (95.2%) y mamoplastia de reducción (100%) declararon encontrarse satisfechas con el resultado de la intervención un año después de la misma y afirmaron que la cirugía había cumplido con sus expectativas. Hetter (1979), observó en su estudio con 165 pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento unos resultados casi idénticos a los de nuestro estudio, donde el 88% de las pacientes se encontraban satisfechas con el resultado, el 96% de las mujeres operadas había cumplido sus expectativas, y casi un 97% reconoció que volvería a someterse nuevamente a la intervención. A su vez, esto habría conseguido un objetivo secundario: una mejora en la imagen de sí mismas. Estos datos son congruentes con las altas tasas de satisfacción que declaran las pacientes de mamoplastia de aumento en la literatura (Beale *et al.*, 1984; Cash *et al.*, 2002; Goin & Goin, 1981; Institute of Medicine, 1999; Pruzinsky, 1997).

Centrándonos en los principales motivos por los que las pacientes deciden someterse a la intervención de cirugía estética mamaria, puede apreciarse cómo éstos son casi idénticos en el grupo de mamoplastia de aumento y mastopexia y

muy diferentes en el grupo de mujeres de mamoplastia de reducción. De esta forma, para las mujeres de mamoplastia de aumento y mastopexia, mejorar el aspecto físico es el motivo principal para someterse a la cirugía (69.8% y 69%, respectivamente), le sigue el deterioro en la sensación de feminidad (15.9% y 21.4%, respectivamente) y la incomodidad a la hora de vestirse (4.8% y 2.4%, respectivamente). En cuanto a las mujeres del grupo de mamoplastia de reducción, las molestias físicas fueron el motivo principal que les hacía tomar la decisión de intervenir (53.6%), así también como la incomodidad a la hora de vestirse (17.9%) y mejorar el aspecto físico (17.9%). Estos datos son congruentes con los encontrados en la literatura científica, concluyéndose que el deterioro que la hipertrofia mamaria conlleva, incide no sólo sobre el estado de salud de la mujer que la sufre, sino también sobre su calidad de vida (Chao *et al.*, 2002). En este sentido, la intervención ha demostrado su eficacia en la mejoría de síntomas físicos de las pacientes que la sufren (Kerrigan *et al.*, 2001b; Rogliani *et al.*, 2009).

Por tanto, la motivación principal de las pacientes que se someten a cualquiera de estos procedimientos de cirugía estética mamaria es conseguir estar satisfecha con su apariencia física y, consecuentemente, una mejoría en su funcionamiento psicosocial. A pesar del creciente interés en la investigación por abordar los aspectos psicosociales de la cirugía estética, los estudios empíricos con un diseño longitudinal que analicen los cambios en la apariencia y la satisfacción junto con otras medidas psicosociales después de la cirugía, son muy escasos (Von Soest, Kvaalem, Skolleborg, & Roald, 2011). No obstante, hay que resaltar que la cirugía estética influye principalmente en los factores estrechamente relacionados con el aspecto físico, mientras que los constructos psicológicos se ven afectados en menor grado (Murphy, Beckstrand, & Sarwer, 2009).

Por otro lado, la presencia de problemas psicológicos en las pacientes antes de someterse a la intervención de cirugía estética, predice menos mejora en la autoestima y una menor satisfacción con la apariencia general y los resultados quirúrgicos seis meses después de la cirugía (Von Soest *et al.*, 2011). Sin embargo, la posibilidad de que las características psicológicas de los pacientes puedan predecir los resultados psicosociales varios años después de la cirugía no se han investigado.

Respecto a los trastornos psicológicos preoperatorios, aunque el más frecuente suele ser la dismorfofobia (Sarwer, 2002), en el presente estudio no se ha tenido que excluir a ninguna mujer por presentar dicho trastorno. En todos los casos la intervención quirúrgica solicitada resultó, desde un punto de vista clínico, apropiada.

Centrándonos en los objetivos propuestos en el presente estudio y en cuanto a las variables ansioso-depresivas estudiadas en el grupo de pacientes de mamoplastia de aumento, éstas mostraron diferencias importantes, con tamaños de efecto medianos y grandes entre el preoperatorio y los distintos postoperatorios (1 mes, 6 meses y 12 meses), encontrando el resultado más relevante en la variable "ansiedad estado" al hacer la comparación entre el preoperatorio y los 6 meses

postoperatorios; por otro lado, no existieron diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas (tamaños de efecto nulos) cuando comparamos entre sí las diversas fases postoperatorias (1 mes-6 meses, 1 mes-12 meses y 6 meses-12 meses). Estos datos se corresponden con los encontrados en otras investigaciones, cuyos resultados también indican menos sintomatología ansioso-depresiva en la fase postoperatoria (Sarwer *et al.*, 2003; Schlebush & Mahrt, 1993). Cabe destacar que los índices de la ansiedad rasgo (A/R) que señalan una relativamente estable propensión ansiosa en los sujetos, en nuestras pacientes se hayan visto modificados desde el primer mes postoperatorio y se hayan mantenido estables doce meses después de la intervención quirúrgica de forma favorable.

Por lo que respecta a la calidad de vida en el grupo de mamoplastia de aumento, observamos que las diferencias más importantes con tamaños de efecto grandes, las encontramos en las dimensiones “dolor corporal” y “rol físico” cuando se compararon las fases postoperatorias de 1 mes con los 6 y 12 meses, hallándose en estos dos últimos periodos una mejoría muy significativa en este grupo de pacientes. De esta forma, el dolor dejó de interferir en la vida de estas mujeres y su funcionamiento ocupacional fue óptimo a partir de los 6 meses postoperatorios. Estos resultados se explican porque estas dimensiones se ven seriamente afectadas tras la intervención quirúrgica, es decir, al mes postoperatorio, ya que las pacientes deben permanecer en reposo durante las siguientes dos semanas a dicha intervención; esto se refleja en que éstas puntúen mucho más bajo en las dimensiones “dolor corporal”, “función física”, “salud mental” y “rol físico” al mes postoperatorio. Estos datos son congruentes con los que se obtienen en otros estudios, en los que se muestra una mejoría de la calidad de vida a medida que transcurre el tiempo (Hedén *et al.*, 2006; Rankin, *et al.*, 1998).

En cuanto al autoconcepto en el grupo de mujeres de mamoplastia de aumento, encontramos las mayores diferencias, con tamaños de efecto grandes, en la variable “autoestima física”, siendo bastante peor los resultados en el preoperatorio que en cualquiera de los momentos postoperatorios. Esto se debe a que las pacientes después de la intervención quirúrgica, valoran mucho más positivamente su punto de vista con respecto al nuevo aspecto físico. Ocurre también con la variable “autoconcepto físico total”, aunque en este caso las diferencias no son tan llamativas. Estos datos coinciden con los existentes en la literatura científica (Anderson, 1996; Cash *et al.*, 2002; Goin & Goin, 1981; Kaslow & Becker, 1992; Kilman *et al.*, 1987; Mazoocchi *et al.*, 2012; Meyer & Ringberg, 1987; Sarwer *et al.*, 2003). Sin embargo, estos resultados difieren de los encontrados por Sawyer *et al.* (2005b), quienes evaluaron la autoestima en 72 pacientes que se intervinieron de mamoplastia de aumento y mastopexia, y cuyos resultados mostraron que no se producía ningún cambio estadísticamente significativo en la autoestima de estas mujeres. La explicación que ofrecían de estos resultados es que la autoestima era una variable muy compleja que se extendía más allá del aspecto físico. En esta línea hay que tener en cuenta un estudio más reciente que diferencia entre motivaciones internas y externas a la hora de someterse a la intervención de aumento mamario, en el que se concluye que son las mujeres con motivaciones internas (por ejemplo, el deseo de aumentar su autoestima) las que con más

probabilidad consiguen sus objetivos después de la intervención (Crerand, Infield, & Sarwer, 2009).

Por otro lado, Baumeister (1998) describió que las personas con una visión negativa respecto a sí mismas están más motivadas a cambiar su imagen y mostrar conductas de autoprotección que aquellas que tienen una alta autoestima, tendientes a mostrar más sus cualidades positivas. Como resultado, las mujeres con una baja autoestima tenderían a corregir todo aquello que consideraran como defecto en su aspecto físico, con la intención de evitar comentarios negativos por parte de otras personas. Esto coincide con lo observado en nuestro estudio, en el que se evidencia que las pacientes presentaban niveles bajos de autoestima antes de la intervención.

Si nos centramos en las relaciones familiares en el grupo de pacientes de mamoplastia de aumento, hallamos una mejoría estadísticamente significativa en las variables “cohesión” y “expresividad”. En concreto cuando se comparó el preoperatorio con los seis meses postoperatorio, y en el caso de la cohesión también a los doce meses después de la intervención, lo que nos hace concluir que hubo mayor compenetración familiar un año después de haber transcurrido la misma. Estos resultados no van en la misma línea que los hallados por Meyer & Ringberg (1987), que concluyeron que la mayoría de las pacientes con hipoplasia mamaria procedían de hogares inseguros, con conflictos entre sus padres y relaciones emocionales insatisfactorias con ellos. En la misma línea, también contradice los resultados de la investigación de Javo & Sørлие (2010), que concluyeron que unas relaciones familiares pobres podrían constituir un factor predictor negativo significativo para realizarse tanto una mamoplastia de aumento como cualquier otro tipo de intervención de cirugía estética.

En nuestra investigación, no hay cambios en los índices de conflicto entre los miembros de las familias de las pacientes en las diferentes fases, teniendo estos además unas puntuaciones bajas, lo que nos hace deducir que, en general, existe un buen funcionamiento en las relaciones intrafamiliares.

Considerando el segundo objetivo y en cuanto a las variables ansioso-depresivas estudiadas en el grupo de pacientes de mastopexia, apreciamos que las diferencias más importantes, con tamaños de efecto medianos y grandes se dieron en todas las variables al comparar el preoperatorio con los distintos momentos postoperatorios (1 mes, 6 meses y 12 meses), excepto en la variable “ansiedad rasgo” al comparar el preoperatorio y los 6 meses postoperatorio donde se obtuvo un tamaño de efecto pequeño. Estos resultados nos muestran que las pacientes a partir del mes de la intervención quirúrgica mejoran su sintomatología en las variables “depresión”, “ansiedad estado” y “ansiedad rasgo” y se mantienen estables a lo largo de todo el postoperatorio (6 y 12 meses). Hay que destacar también en este grupo y, al contrario que lo que habíamos propuesto en nuestras hipótesis, que los índices de la ansiedad rasgo (A/R) de las pacientes se han visto modificados desde el primer mes postoperatorio y se han mantenido estables al año de la intervención quirúrgica de forma positiva. Estos resultados se hallan en la misma

línea que otras investigaciones que se han realizado en pacientes de mastopexia (Simon *et al.*, 2008; Slevic & Tiggemann, 2010) y en disonancia con el realizado por Sarwer *et al.* (2005b).

En lo que respecta a la calidad de vida en el grupo de mastopexia, observamos diferencias importantes, con tamaños de efecto grandes en las dimensiones “dolor corporal” y “rol físico” al comparar las fases postoperatorias de 1 mes con los 6 y los 12 meses postoperatorios, mejorando las pacientes de forma importante en estos dos últimos periodos. Además, cabe destacar que las pacientes de este grupo obtuvieron una mejoría muy relevante en la dimensión “vitalidad” a los doce meses del postoperatorio en comparación con el primer mes postoperatorio. Estos resultados se explican porque durante el primer mes postoperatorio, al igual que ocurría con el grupo de mamoplastia de aumento, las pacientes se encuentran en periodo de recuperación, consecuentemente el nivel de fatiga es elevado y el de energía está mermado durante unas semanas, lo cual se refleja en que puntúan mucho más bajo en las dimensiones “dolor corporal”, “vitalidad”, “función física”, “función social” y “rol físico” en este periodo postoperatorio.

En cuanto al autoconcepto en el grupo de mujeres de mastopexia, encontramos la mayor diferencia con tamaños de efecto medianos y grandes en la variable “autoestima física” y “autoconcepto físico total”. Aquí observamos que todas las pacientes están peor en el preoperatorio que en cualquiera de las distintas fases postoperatorias. De nuevo, en este grupo de pacientes comprobamos que las mujeres aceptan de forma muy positiva el cambio corporal producido tras la intervención quirúrgica desde el primer mes postoperatorio. Estos resultados se hallan en la misma línea de otras investigaciones (Mazzocchi *et al.*, 2012; Saucier, 2004; Slevic & Tiggemann, 2010; Tiggemann, 2004; Webster & Tiggemann, 2003).

Centrándonos en las relaciones familiares en el grupo de pacientes de mastopexia, nos encontramos que no se producen cambios significativos en las mismas, sino que se mantienen estables en todos los postoperatorios. En este sentido, no hallamos diferencias importantes en ninguna de las tres variables estudiadas (cohesión, expresividad y conflicto).

Atendiendo al tercer objetivo de este estudio y en cuando a las variables ansioso-depresivas estudiadas en el grupo de pacientes de mamoplastia de reducción, encontramos las mayores diferencias con tamaños de efecto medianos entre el preoperatorio y todas las fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses) en las variables “ansiedad rasgo” y “ansiedad estado”. En la variable “depresión” sólo se obtuvieron estos tamaños de efecto en el contraste del preoperatorio con 1 mes y 6 meses postoperatorio. Concluimos tras estos resultados que las pacientes gozan de una mejor salud mental desde el primer mes tras la intervención y que estos resultados se mantuvieron doce meses después. Como ocurría en los otros grupos de pacientes y al contrario de lo que pensábamos en nuestras hipótesis, la ansiedad rasgo (A/R) también se vio modificada de forma favorable a lo largo del tiempo desde el primer mes postoperatorio.

En lo que respecta a la calidad de vida en el grupo de mamoplastia de reducción, observamos diferencias importantes, con tamaños de efecto grandes en las dimensiones “dolor corporal” y “rol físico” al comparar las fases postoperatorias de 1 mes con los 6 y los 12 meses postoperatorios, mejorando las mujeres de forma importante en estos dos últimos periodos. Observamos por tanto, unos resultados idénticos a los del grupo de mamoplastia de aumento y de mastopexia. Además, cabe destacar que las pacientes de este grupo obtuvieron una mejoría muy relevante en la dimensión “vitalidad” a los 12 meses del postoperatorio en comparación con el primer mes postoperatorio, igual que ocurría también con el grupo de mastopexia. En este caso al igual que ocurría con los otros dos grupos de mujeres estudiados, se debe tener en cuenta que durante el primer mes postoperatorio, las pacientes se encuentran en periodo de recuperación y que, por tanto, suele haber molestias e inflamación durante algunas semanas, lo cual queda reflejado en que éstas puntúan mucho más bajo en las dimensiones “dolor corporal”, “función física” y “rol físico” al mes postoperatorio. Estos datos se hallan en la misma línea de otras investigaciones. (Chao *et al.*, 2002; Collins *et al.*, 2002; Friere *et al.*, 2007; Horch *et al.*, 1999; Kerrigan *et al.*, 2001a; Mello *et al.*, 2010; Rogliani *et al.*, 2009; Shakespeare & Postle, 1999; Sigurdson *et al.*, 2007; Smith & Kent, 2002; Taylor *et al.*, 2004; Tykkä *et al.*, 2010).

En un estudio realizado por Behmand *et al.* (2000), utilizando el mismo Cuestionario de Salud que en la presente investigación pero en su versión ampliada (SF-36), se halló una mejora significativa en las mismas dimensiones que las pacientes de nuestro estudio, esto es, “función física”, “dolor corporal” y “vitalidad”. En la misma línea, encontramos el estudio de Ribeiro *et al.* (1995) donde utilizaron también el Cuestionario de Salud SF-36 y cuyos datos obtenidos por sus pacientes confirman una mejoría significativa en la calidad de vida sin que hubiese cambios, como en nuestra investigación, en las dos evaluaciones postoperatorias (aunque no se precisa en el estudio cuándo se realizaron las evaluaciones).

Aunque existen numerosos estudios que han descrito de forma cualitativa la mejoría de los síntomas físicos que presenta la paciente con macromastia después de la mamoplastia de reducción (Collins *et al.*, 2002; Netscher *et al.*, 2000;), existen pocas revisiones que hayan estudiado la mejoría de los síntomas físicos desde un punto de vista objetivo y funcional (Singh & Losken, 2012). Incluso menos frecuentes son los estudios del efecto de la mamoplastia de reducción sobre la pérdida de peso, el ejercicio y la conducta alimentaria. Las mujeres con un volumen mamario grande limitan la práctica de ejercicio físico, no sólo debido a molestias de tipo físico, sino también para evitar las posibles críticas de los demás (Singh & Losken, 2012). De hecho, pueden llegar a desarrollar algún trastorno alimentario en un intento de reducir el volumen de sus mamas y de buscar la proporción con el resto de su cuerpo.

A pesar de que la mamoplastia de reducción ha demostrado su eficacia en mejorar la salud y la calidad de vida de la paciente que presenta una hipertrofia mamaria (Hermans, Boeck, de Lorenzi, & van der Hulst, 2005), sorprende que se siga viendo como una intervención con una finalidad estética (Thoma, Sprague,

Veltri, Duku, & Furlong, 2007). Es evidente que la mamoplastia de reducción consigue en la paciente algo más que una mera reducción de su volumen. Y esa es la razón de que esta intervención produzca un índice de satisfacción tan elevado (Jones & Bain, 2001) y de que hasta el 95% de las pacientes intervenidas aseguren que se volverían a operar (Nahai & Nahai, 2008), entre otras razones debido a que disminuye el dolor (Noone, 2010).

Ha quedado suficientemente demostrado que las pacientes intervenidas de mamoplastia de reducción experimentan una mejoría funcional, una reducción del dolor, una mejoría en la estabilidad de la columna vertebral y también de la función pulmonar, duermen mejor y sufren menos cefaleas. Al mismo tiempo, la intervención supone un estímulo para la reducción de peso, para hacer ejercicio físico y comenzar con actitudes alimentarias sanas. Las pacientes mejoran su autoestima, tienen menos ansiedad y depresión y mejoran su calidad de vida (Singh & Losken, 2012).

Numerosos estudios (Boschert *et al.*, 1996; Brown *et al.*, 2008; Singh *et al.*, 2010; Thoma *et al.*, 2007), han concluido que la obesidad no debería constituir una razón para no intervenir a una paciente con hipertrofia mamaria sino, más bien al contrario, ya que puede ayudar a que la paciente reduzca su peso.

Aunque las pacientes, por lo general, no se someten a la intervención para mejorar simplemente el aspecto estético de sus mamas, este constituye, indudablemente, un apartado importante a la hora de valorar la influencia de la intervención sobre su calidad de vida. Se ha estudiado la valoración del resultado estético de la intervención por parte de las pacientes (Borkenhagen *et al.*, 2007) y también por parte de los especialistas (Godwin *et al.*, 1998). Sin embargo, son escasos los estudios que analizan el resultado estético de la mamoplastia de reducción. Resulta curioso que, después de la intervención, las pacientes valoran mejor, desde el punto de vista estético, ciertas partes de su cuerpo diferentes al tórax y, por lo tanto, no modificadas durante la misma (Borkenhagen *et al.*, 2007). En esta línea, Singh & Losken (2012), concluyeron que la mamoplastia de reducción hace más por la mujer que reducir simplemente el volumen de sus mamas. Ese es el motivo por el que la intervención presenta tan elevado índice de satisfacción entre las pacientes que se someten a ella.

Con relación al autoconcepto en el grupo de mamoplastia de reducción, encontramos la mayor diferencia, con un tamaño de efecto grande, en la variable "autoconcepto físico total", por lo que observamos una mejoría muy significativa a los doce meses postoperatorio en comparación con la fase preoperatoria. En general todas las pacientes de nuestro estudio mejoraron el punto de vista que tenían sobre su cuerpo, su aspecto físico y su estado de salud. De una forma global, hacen una valoración más positiva de sí mismas, un año después de la intervención. Son muchos los autores que han hallado resultados semejantes en sus investigaciones (Bendite-Klepetko *et al.*, 2007; Guthrie *et al.*, 1998; Horch *et al.*, 1999; Klassen *et al.*, 1996; Mello *et al.*, 2010; Ribeiro *et al.*, 1995; Rogliani *et al.*, 2009; Saariemi *et al.*,

2009; Sabino Neto *et al.*, 2008; Shakespeare & Postle, 1999; Turhan-Haktanir *et al.*, 2010).

En esta línea, hay que tener en cuenta que las mujeres con hipertrofia mamaria suelen presentar una disminución en su autoestima, una alteración de la función psicosexual, depresión y ansiedad. Estos factores, unidos al dolor físico que produce la hipertrofia mamaria y otros problemas relacionados con el peso, provocan un impacto evidente sobre la calidad de vida de la mujer (Singh & Losken, 2012). Centrándonos en los tipos de cirugías mamarias, en la presente investigación hallamos que las mujeres del grupo de mamoplastia de aumento tenían un autoconcepto superior a las mujeres del grupo de mastopexia y a las de mamoplastia de reducción, y en todos los grupos dichas puntuaciones aumentaron transcurrido un año de la intervención. En definitiva, y como también hallamos en nuestro estudio, la motivación principal de las mujeres para someterse a la intervención quirúrgica es sentirse mejor consigo mismas, además de mejorar su aspecto físico (Gladfelter & Murphy, 2008); quedando muy lejos otras motivaciones como mejorar su vida sexual o encontrar una nueva pareja.

En cuanto a las relaciones familiares en el grupo de mamoplastia de reducción, no se han obtenido resultados significativos, es decir, las puntuaciones son similares en todos los postoperatorios en las tres variables evaluadas (cohesión, expresividad y conflicto).

Atendiendo al cuarto y último objetivo de esta investigación, cuando comparamos la evolución psicosocial de todas las pacientes en función del tipo de cirugía estética mamaria realizada, nos encontramos que, con respecto a las variables ansioso-depresivas, no existían efectos interactivos en ninguna de las variables estudiadas. Sí podemos destacar que se producen cambios significativos entre las diferentes fases temporales, mejorando las pacientes en los distintos postoperatorios en comparación con la fase preoperatoria.

En la misma línea se encuentran los resultados obtenidos en la variable calidad de vida. No se hallaron efectos interactivos entre los factores tipo de cirugía y fases temporales en ninguna de las dimensiones estudiadas. En cuanto a los efectos principales hallamos diferencias significativas entre las distintas fases temporales en las dimensiones “dolor corporal” y “rol físico” hallándose peor las pacientes al mes de la intervención quirúrgica.

En cuanto al autoconcepto, no se hallaron efectos interactivos entre los factores tipo de cirugía y fases temporales en ninguna de las variables estudiadas. Si bien, en cuanto a los efectos principales, al comparar los tres tipos de cirugía, hallamos diferencias significativas en todas las variables. Fueron las pacientes que se habían realizado una mamoplastia de reducción las que puntuaron más bajo, es decir, las que tenían un peor autoconcepto en comparación con las pacientes de mamoplastia de aumento y mastopexia.

Por último, respecto a las relaciones familiares, no se hallaron diferencias significativas en cuanto a los efectos principales en ninguno de los dos factores estudiados (tipo de cirugía y fases temporales). En relación a los efectos interactivos, sólo se obtuvieron en la variable cohesión, en concreto podemos concluir que las diversas fases temporales no ejercen un efecto diferencial en el tipo de cirugía estética mamaria, presentando la misma evolución psicológica en todas las variables estudiadas, excepto en la variable “cohesión”. En esta última, las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento presentan puntuaciones más elevadas en las fases postoperatorias que en el preoperatorio; no hallándose cambios en el tiempo en las pacientes intervenidas de mastopexia y mamoplastia de reducción.

Diversos autores han estudiado las diferencias en la evolución postoperatoria, incluida la aparición de complicaciones, resultado estético final y satisfacción de las pacientes intervenidas de mamoplastia de reducción, en función de la técnica quirúrgica empleada. Cruz-Korchin & Korchin (2003) observaron que, a pesar de que en las pacientes sometidas a la técnica de cicatriz vertical es más frecuente la necesidad de realización de una reintervención para tratar alguna complicación de la herida quirúrgica, estas pacientes suelen mostrarse más contentas con el aspecto de su cicatriz que las pacientes intervenidas mediante la técnica de cicatriz en T invertida, que deja cicatrices más largas. A pesar de ello, independientemente del tipo de cirugía, todas las pacientes se hallaron muy satisfechas con el resultado de la intervención.

En los tres grupos evaluados hemos hallado que con el transcurso del tiempo desde la intervención quirúrgica, las pacientes se han encontrado más satisfechas con el resultado. Esto puede ser más llamativo en las pacientes del grupo de mastopexia y mamoplastia de reducción, ya que estas intervenciones producen más cicatrices y una recuperación de la forma definitiva de la mama más lenta que la intervención de mamoplastia de aumento. Aunque, por otra parte, y como ya ha sido previamente publicado (Spear, Boehmler, & Clemens, 2006), debido a las características especiales de los tejidos de la mama de las pacientes de ptosis mamaria (fundamentalmente la falta de elasticidad de los mismos), las pacientes de mastopexia, especialmente las de mastopexia de aumento, presentan una mayor tasa de complicaciones y necesidad de reintervenciones quirúrgicas que las de mamoplastia de aumento. Por esta razón podríamos esperar unos resultados en la satisfacción que muestran nuestras pacientes de mastopexia o mamoplastia de reducción menor, a largo plazo, que la de las pacientes de mamoplastia de aumento, aunque ha quedado demostrado en este estudio, que el nivel de satisfacción de las pacientes es muy alto en los tres grupos estudiados al año postoperatorio (mamoplastia de aumento, 100%; mastopexia, 95,2%, y mamoplastia de reducción, 100%).

Una óptima intervención psicológica debe centrarse en ofrecer a cada mujer, en función del tipo de cirugía estética mamaria, toda la información necesaria sobre el procedimiento quirúrgico y las sensaciones que experimentará, con un especial énfasis en la resolución de las diversas dudas e inquietudes. Es fundamental

también, el empleo de otras técnicas (reestructuración cognitiva, relajación, etc.) que ayude a que estas mujeres tengan la máxima calidad de vida. De esta forma, se conseguiría equilibrar las características estresantes de este tipo de cirugía y disminuir así el nivel de ansiedad y depresión experimentado por cada paciente en cada una de las fases del acto quirúrgico (pre y postoperatorio). Consecuentemente, la cirugía estética, cuando se alcanzan los objetivos realistas propuestos, resulta beneficiosa para la salud de las personas.

Para finalizar, consideramos importante manifestar algunas limitaciones implicadas en este estudio que deberían tenerse en cuenta en futuras investigaciones: a) ampliar el número de pacientes evaluadas del grupo de mamoplastia de reducción, ya que en este grupo sólo pudieron incluirse 28 mujeres frente a las 42 del grupo de mastopexia y a las 63 del grupo de mamoplastia de reducción, b) añadir un grupo comparativo constituido por mujeres que, aún siendo idóneas para someterse a cualquiera de los tres tipos de intervenciones, no estuvieran interesadas en realizarla y, c) estudiar otras variables como los factores sexuales y los trastornos de la conducta alimentaria.

Por último, sería interesante incluir pacientes que se hubieran sometido a otros tipos de intervenciones de cirugía estética diferente de la mamaria así como también incluir a varones en el estudio que, aunque con menor frecuencia, también demandan este tipo de cirugía. De esta forma, se podría determinar cómo reaccionan ante estos cambios determinando si experimentan una mayor morbilidad psicológica que las mujeres y si influye también el tipo de intervención de cirugía plástica realizada.

6. CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES

Una vez analizados los resultados obtenidos en el presente estudio podemos concluir las siguientes afirmaciones:

1. Conclusiones que se derivan del Objetivo 1:

1.1. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento, en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses) presentan puntuaciones más elevadas en las variables depresión, ansiedad estado y ansiedad rasgo.

1.2. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento, en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses) presentan puntuaciones más bajas en la dimensión “salud mental” y no se hallan diferencias significativas en las dimensiones “vitalidad”, “salud general”, “función social” y “rol emocional”. Por otro lado, obtienen puntuaciones más bajas al mes postoperatorio en comparación con la fase preoperatoria en las dimensiones “dolor corporal”, “función física” y “rol físico”.

1.3. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento, en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses) presentan puntuaciones más bajas en las variables “autoestima física” y “autoconcepto físico total” y no se hallan diferencias significativas en la variable “autocomportamiento físico”. Por otro lado, obtienen puntuaciones más bajas en el preoperatorio que en los 6 meses postoperatorio en la variable “autoconcepto físico”.

1.4. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento, en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses) presentan las mismas puntuaciones en la variable “conflicto”. Por otro lado, presentan puntuaciones más bajas en la variable “cohesión” en el preoperatorio en comparación con los 6 y 12 meses postoperatorios, y en la variable expresividad en el preoperatorio en comparación con los 6 meses postoperatorios.

2. Conclusiones que se derivan del Objetivo 2:

2.1. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mastopexia, en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses) presentan puntuaciones más elevadas en las variables “depresión”, “ansiedad estado” y “ansiedad rasgo”.

2.2. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mastopexia, en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses) presentan las mismas puntuaciones en las dimensiones “salud general” y “rol

emocional”. Por otro lado, obtienen puntuaciones más bajas al mes postoperatorio en comparación con la fase preoperatoria en las dimensiones “dolor corporal”, “vitalidad”, “función física”, “función social” y “rol físico”. Y en la dimensión “salud mental” obtienen puntuaciones más bajas en el preoperatorio en comparación con los 6 y los 12 meses postoperatorio.

2.3. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mastopexia, en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses) presentan puntuaciones más bajas en las variables “autoestima física”, y “autoconcepto físico total”, y no se hallan diferencias significativas en la variable “autoconcepto físico”. Por otro lado, obtienen puntuaciones más bajas en el preoperatorio que a los 12 meses postoperatorio en la variable “autocomportamiento físico”.

2.4. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mastopexia en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses) presentan las mismas puntuaciones en las variables “cohesión”, “expresividad” y “conflicto”.

3. Conclusiones que se derivan del Objetivo 3:

3.1. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mamoplastia de reducción, en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes y 12 meses) presentan puntuaciones más elevadas en la variable “ansiedad estado”.

Por otro lado, en la fase preoperatoria en comparación con la fase postoperatoria de 1 mes, presentan puntuaciones más elevadas en la variable “ansiedad rasgo”. En cuanto a la variable “depresión” no se hallan diferencias entre las fases pre y postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses).

3.2. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mamoplastia de reducción, en comparación con las diversas fases postoperatorias, (1 mes, 6 meses y 12 meses) presentan las mismas puntuaciones en “vitalidad”, “salud general”, “función física”, “función social”, “rol emocional” y “salud mental”. Por otro lado, obtienen puntuaciones más altas en el preoperatorio que al mes de la intervención en las dimensiones “dolor corporal” y “rol físico”.

3.3. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mamoplastia de reducción en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses) presentan una menor puntuación en la variable “autoconcepto físico total”. Por otro lado, obtienen puntuaciones más bajas en el preoperatorio que a los 12 meses postoperatorio en la variable “autoestima física”, y unas puntuaciones más bajas en el preoperatorio que a los 6 y 12 meses postoperatorio en la variable “autocomportamiento físico”. En la variable “autoconcepto físico” presentan las mismas puntuaciones en la fase preoperatoria, en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses).

3.4. En la fase preoperatoria, las pacientes intervenidas de mamoplastia de reducción, en comparación con las diversas fases postoperatorias (1 mes, 6 meses y 12 meses) no presentan diferencias significativas en las variables “cohesión”, “expresividad” y “conflicto”.

4. Conclusiones que se derivan del Objetivo 4:

Las diversas fases temporales no ejercen un efecto diferencial en el tipo de cirugía estética mamaria, presentando la misma evolución psicológica (salud mental, calidad de vida, autoconcepto y relaciones familiares) en todas las variables estudiadas, excepto en la variable “cohesión”. En esta última, las pacientes intervenidas de mamoplastia de aumento presentan puntuaciones más elevadas en las fases postoperatorias que en el periodo preoperatorio; no hallándose cambios en el tiempo en las pacientes intervenidas de mastopexia y mamoplastia de reducción.

7. REFERENCIAS

7. REFERENCIAS

- Alderman, A.K., & Kulkarni, A.R. (2011). Discussion: increasing age impairs outcomes in breast reduction surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 128(6), 1188-1190.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., & de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111(11), 410-416.
- American Society for Aesthetic Plastic Surgery (2013). Statistics. Extraído de <http://www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-2012-Stats.pdf>.
- American Society of Plastic Surgeons (2013). News & Resources. Statistics. Extraído de <http://www.plasticsurgery.org/News-and-Resources/2012-plastic-surgery-statistics-.html>.
- Anderson, R.C. (1996). Aesthetic surgery and psychosexual issues. *Aesthetic Surgery Journal*, 16(4), 227-229.
- Anderson, R.C., & Franke, K.A. (2008). Mamoplastia de aumento: consideraciones generales. En S. Spear, S. Willey, G. Robb & D. Hammond. (Eds.), *Cirugía de la mama. Principios y arte* (Vol. 3, pp. 1289-1296). Bogotá, Colombia: Amolca.
- Andrade, R.A., Coca, K.P., & Abra, A.C. (2010). Breastfeeding pattern in the first month of life in women submitted to breast reduction and augmentation. *Jornal do Pediatría*, 86(3), 239-244.
- Arion, H. (2001). Carboxy-methyl cellulose hydrogel used to fill breast implants: 15 years of experience. *European Journal of Plastic Surgery*, 24, 172-175.
- Baasch, M., Nielsen, S.F., Engholm, G., & Lund., K. (1996). Breast cancer incidence subsequent to surgical reduction of the female breast. *British Journal of Cancer*, 73, 961-963.
- Baker, J.L., Kolin, I.S., & Bartlett, E.S. (1997). Psychosexual dynamics of patients undergoing mammary augmentation. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 53, 652-659.
- Barrett, A.E., & Robbins, C. (2008). The multiple sources of women's aging anxiety and their relationship with psychological distress. *Journal Aging Health*, 20(1), 32-65.
- Baumeister, R. (1998). *The self. Handbook of social psychology* (4th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

- Beale, S., Lambert, G., Lisper, H.O., Olsen, L., & Palm, B. (1984). Augmentation mammoplasty: the surgical and psychological effects of the operation and prediction of the results. *Annals of Plastic Surgery*, 13, 279-297.
- Beck, A.T., Rial, W.Y., & Rickels, K. (1974). Short form of Depression Inventory (Cross-validation). *Psychological Reports*, 34, 1184-1186.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Behmand, R.A., Tang, D.H., & Smith, D.J. (2000). Outcomes of breast reduction surgery. *Annals of Plastic Surgery*, 45, 575-580.
- Bendite-Klepetko, H., Leisser, V., Paternostro-Sluga, T., Rakos, M., Trattinig, S., Helbich., et al. (2007). Hypertrophy of the breast: a problem of beauty or health? *Journal of Women´s Health*, 16, 1062-1069.
- Bermúdez, J. (1977). Análisis funcional de la ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 153, 617-634.
- Boice J.D., Persson I., Brinton L.A., Hober, M., McLaughlin, J.K., Blot, W.J., et al. (2000). Breast cancer following breast reduction in Sweden. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 106(4), 755-762.
- Boo-Chai, K. (1969). The complications of augmentation mammoplasty by silicone injection. *British Journal of Plastic Surgery*, 22(3), 281-285.
- Borkenhagen, A., Rohricht, F., Preiss, S., Schneider, W., & Brähler, E. (2007). Changes in body image and health-related quality of life following breast reduction surgery in german macromastia patients: a new tool for measuring body images changes. *Annals of Plastic Surgery*, 58, 364-370.
- Boschert, M.T., Barone, C.M., & Puckett, C.L. (1996). Outcome analysis of reduction mammoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 98, 451-454.
- Bostwick, J. (1990a). Augmentation mammoplasty. En J. Bostwick (Ed.), *Plastic and Reconstructive Breast Surgery* (vol. 1, pp. 195-291). St.Louis, MO, EE.UU.: QMP.
- Bostwick, J. (1990b). Mastopexy. En J. Bostwick (Ed.), *Plastic and Reconstructive Breast Surgery* (Vol. 1, pp. 409-463). St.Louis, MO, EE.UU.: QMP.

- Bostwick, J. (1990c). Reduction mammoplasty. En J. Bostwick (Ed.), *Plastic and Reconstructive Breast Surgery* (Vol. 1, pp. 293-405). St.Louis, MO, EE.UU.: QMP.
- Boyd, N.F., Lockwood, G.A., Byng, J.W., Tritchler, D.L., & Yaffe, M.J. (1998). Mammographic densities and breast cancer risk. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 7, 1133-1144.
- Breiting, L.B., Henriksen, T.F., Kalialis, L.V., Gramkow, C., & Hoyer, A.P. (2012). A prospective study of short and long term cosmetic outcome after reduction mammoplasty from three different perspectives: the patient, a department surgeon and an independent private practitioner in Plastic Surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 130(2), 273-281.
- Brinton, L.A., Lubin, J.H., Burich, M.C., Colton, T., & Hoover, R.N. (2001). Mortality among augmentation mammoplasty patients. *Epidemiology*, 12(3), 321-326.
- Brinton, L.A., Malone, K.E., Coates, R.J., Schoenberg, J.B., Swanson, C.A., Daling, J.R., et al. (1996). Breast enlargement and reduction: results from a breast cancer case-control study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 97(2), 269-275.
- Brinton L.A., Persson I., Boice J.D., Mc Laughlin J.K., & Fraumeni J.F. (2001). Breast cancer risk in relation to amount of tissue removed during breast reduction operations in Sweden. *Cancer*, 91, 478-483.
- Brown, J.R., Holton, L.H.III, Chung, T.L., & Slezak, S. (2008). Breast-feeding, self-exam, and exercise practices before and after reduction mammoplasty. *Annals of Plastic Surgery*, 61, 375-379.
- Brown M.H., Weinberg M., Chang N., Levine R., & Holowaty, E. (1999). A cohort study of breast cancer risk in breast reduction patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 103, 1674-1681.
- Brzozowski, D., Niessen, M., Evans, H.B., & Hurst, L.N. (2000). Breast-feeding after inferior pedicle reduction mammoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105(2), 530-534.
- Cash, T.F. (1985). Physical appearance and mental health. En J.A. Graham & A. Kligman (Eds.), *Psychology of cosmetic treatments* (pp. 196-216). New York, NY: Praeger Scientific.
- Cash, T., Duel, L., & Perkins, L. (2002). Women's psychosocial outcomes of breast augmentation with silicone gel filled implants: a two-year prospective study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 109(6), 2112-2121.

- Celebiler, Ö., Sönmez, A., Erdim, M., Yamam, M., & Numanoglu, A. (2005). Patients' and surgeons' perspectives on the scar components after inferior pedicle breast reduction surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *116*(2), 459-464.
- Cerovac, S., Ali, F.S., Blizard, R., Lloyd, G., & Butler, P.E. (2005). Psychosexual function in women who have undergone reduction mammoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *116*(5), 1306-1313.
- Chahraoui K., Danino, A., Bènyony, H., Frachebois, C., Clerc, A.S., & Malka, G. (2006). Anxiety and subjective quality of life preoperatively and 4 months after reduction mammoplasty. *Journal Psychosomatic Research*, *61*, 801-806.
- Chao, J.D., Memmell, H.C., Redding, J.F., Egan, I., Odom, L.C., & Casas, L.A. (2002). Reduction mammoplasty is a functional operation, improving quality of life in symptomatic women: a prospective, single-center breast reduction outcome study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *110*, 1644-1652.
- Chun, Y.S., Schwartz, M.A., Xiangmei, G., Lipsitz, S.R., & Carty, M.J. (2011). Body Mass Index as a predictor of postoperative complications in reduction mammoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *129*(2), 228e-233e.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). London: Lawrence Erlbaum.
- Collins, E.D., Kerrigan, C.L., Kim, M., Lowery, J.C., Striplin, D.T., Cunningham, B., & Wilkins, E.G. (2002). The effectiveness of surgical and nonsurgical interventions in relieving symptoms of macromastia. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *109*(5), 1556-1566.
- Comeche, M.I., Díaz, M.I., & Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, inventarios, escalas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Conde, V., Esteban, T., & Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General Aplicada*, *31*, 469-497.
- Coridi, M., Holtz, P.F., & Gusenoff, J.A. (2011). *Plastic and Reconstructive Surgery*, *128*(3), 643-650.
- Crerand, C.E., Infield, A.L., & Sarwer, D.B. (2009). Psychological considerations in cosmetic breast augmentation. *Plastic Surgical Nursing*, *29*(1), 49-57.
- Cronin, T.D., & Gerow, F.J. (1963). Augmentation mammoplasty. A new "natural feel" prosthesis. *Transactions of the Third International Congress of Plastic Surgery*, October 13-18, 41-49. Amsterdam, Países Bajos: Excerpta Medica Foundation.

- Cruz-Korchin, N., & Korchin, L. (2003). Vertical versus Wise pattern breast reduction: patient satisfaction, revision rates and complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 112, 1573-1578.
- Cunningham B.L., Gear, A.J., Kerrigan, C.L., & Collins, E.D. (2005). Analysis of breast reduction complications derived from the BRAVO study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 115, 1597-1604.
- Curran, J.P., & Cattell, R.B. (1976). *Manual for the Eight State Questionnaire*. Champaign, IL, EE.UU.: Institute for Personality and Ability Testing.
- Czerny, V. (1895). Plastic replacement of the breast with a lipoma. *Chir Kong Verhandl*, 2, 216.
- Dabbah, A., Lehman, J.A., Parker, M.G., Tantri, D., & Wagner, D.S. (1995). Reduction mammoplasty: an outcome analysis. *Annals of Plastic Surgery*, 35, 337-436.
- Derogatis, L.R. (1993). *BSI, Brief Symptom Inventory: administration, scoring and procedures manual* (4th ed.). Minneapolis, MN, EE.UU: National Computer Systems.
- Didie, E.R., & Sarwer, D.B. (2003). Factors that influence the decision to undergo cosmetic breast augmentation surgery. *Journal of Women's Health*, 12(3), 241-253.
- Dieffenbach, J.F. (1848). En J.F. Dieffenbach (Ed.), *Die Operative Chirurgie* (vol. 2, p. 370). Leipzig, Alemania: F.A. Brockhaus.
- Ducic, I., Iorio, M.L., & Al-Attar, A. (2010). Chronic headaches/migraines: extending indications for breast reduction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 125(1), 44-49.
- Edgerton, M.T., & McClary, A.R. (1958). Augmentation mammoplasty; psychiatric implications and surgical indications; (with special reference to use of the polyvinyl alcohol sponge ivalon). *Plastic and Reconstructive Surgery and the Transplantation Bulletin*, 21, 279-305.
- Edgerton, M.T., Meyer, E., & Jacobson, W.E. (1961). Augmentation mammoplasty. II. Further surgical and psychiatric evaluation. *Plastic and Reconstructive Surgery and the Transplantation Bulletin*, 27(3), 279-302.
- Eggert, E., Schuss, R., & Edsander-Nord, A. (2009). Clinical outcome, quality of life, patients' satisfaction, and aesthetic results, after reduction mammoplasty. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 43, 201-206.

- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos. Apéndice: test, técnicas y procedimientos de evaluación*. Madrid: Pirámide.
- Figueroa, C. (2003). Self-esteem and cosmetic surgery: is there a relationship between the two? *Plastic Surgical Nursing*, 23(1), 21-24.
- Fitts, W.H. (1965). *Tennessee Self Concept Scale*. Manual. Nashville, TN, EE.UU.: Counselor Recording and Test.
- Foreman, K.B., Dibble, L.E., Droge, J., Carson, R., & Rockwell, W.B. (2009). The impact of breast reduction surgery on low-back compressive forces and function in individuals with macromastia. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124, 1393-1399.
- Friere, M., Neto, M.S., García, E.B., Quaresma, M.R., & Ferreira, L.M. (2007). Functional capacity and postural pain outcomes alter reduction mammoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 119, 1149-1156.
- Fryzek, J., Weiderpass, E., Signorello, L.B., Hakelius, L., Lipworth, L., Blot, W.J., et al. (2000). Characteristics of women with cosmetic breast augmentation surgery compared with breast reduction surgery patients and women in the general population of Sweden. *Annals of Plastic Surgery*, 45(4), 349-356.
- Gandek, B., Ware, J.E., Aaronson, N.K., Apolone, G., Bjorner, J.B., Brazier, J.E., et al. (1998). Crossvalidation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1171-1178.
- Garanto, J. (1984). *Las actitudes hacia sí mismo y su medición*. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- García-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., Bousoño, M., & Bobes, J. (2006). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Georgiade, G.S. (1990). *Aesthetic Surgery of the Breast*. Philadelphia, PA, EE.UU.: Saunders.
- Gladfelter, J., & Murphy, D. (2008). Breast augmentation motivations and satisfaction: a prospective study of more than 3.000 silicone implantations psychological reactions to surgery of the breast. *Plastic Surgical Nursing*, 28(4), 170-174.
- Godwin, Y., Wood, S.H., & O'Neil, T.J. (1998). A comparison of the patient and surgeon opinion on the long-term aesthetic outcome of reduction mammoplasty. *British Journal of Plastic Surgery*, 51, 444-449.

- Goin, M.K. (1982). Psychological reactions to surgery of the breast. *Clinics in Plastic Surgery*, 9(3), 347-354.
- Goin, J.M., & Goin, M.K. (1981). *Changing the body: psychological effects of plastic surgery*. Baltimore, MD: Williams y Wilkins.
- Greenbaum, A.R., Heslop, T., Morris, J., & Dunn, K.W. (2003). An investigation of the suitability of bra fit in women referred for reduction mammoplasty. *British Journal of Plastic Surgery*, 56, 331-339.
- Grotting, J.C., & Chen, S.M. (2005). Control and precision in Mastopexy. En F. Nahai (Ed.), *The art of aesthetic surgery: principles and techniques* (Vol. 3, pp. 1860-1906). St.Louis, MO, EE.UU.: QMP.
- Guthrie, E., Bradbury, E., Davenport, P., & Faria, F.S. (1998). Psychosocial status of woman requesting breast reduction surgery as compared with a control Group of large-breasted women. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 331-339.
- Hammond, D. (2009a). Breast augmentation. En D. Hammond (Ed.), *Atlas of Aesthetic Breast Surgery* (pp. 39-81). Philadelphia, PA, EE.UU.: Saunders-Elsevier.
- Hammond, D. (2009b). Mastopexy. En D. Hammond (Ed.), *Atlas of Aesthetic Breast Surgery* (pp. 83-128). Philadelphia, PA, EE.UU.: Saunders-Elsevier.
- Hammond, D. (2009c). Augmentation mastopexy. En D. Hammond (Ed.), *Atlas of Aesthetic Breast Surgery* (pp. 129-145). Philadelphia, PA, EE.UU.: Saunders-Elsevier.
- Harris, L., Morris, S.F., & Freiberg, A. (1992). Is breast-feeding possible after reduction mammoplasty? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 89(5), 836-839.
- Hasan, J.S. (2000). Psychological issues in cosmetic surgery: a functional overview. *Annals of Plastic Surgery*, 44(1), 89-96.
- Hathaway, S.R., & McKinley, J.C. (1940). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory manual*. New York, NY: Psychological Corporation.
- Heddens, C.J. (2000). Breast reduction for the older woman. *Plastic Surgical Nursing*, 20, 141-143.
- Hedén, P., Boné, B., Murphy, D.K., Slicton, A., & Walker, P.S. (2006). Style 410 cohesive silicone breast implants: safely and effectiveness at 5 to 9 years after implantation. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 118, 1281.
- Hermans, B.J.E., Boeck, W.D., de Lorenzi, F., & van der Hulst, R.R.W.J. (2005). Quality of life after breast reduction. *Annals of Plastic Surgery*, 55, 227-231.

- Hetter, G.P. (1979). Satisfactions and dissatisfactions of patients with augmentation mammoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 64(2), 151-155.
- Hinderer, U.T. (1994). Kafka's "trial" for breast implants. *International Consense Conference on Silicone Breast Implants of the EQAM, European Committee on Quality Assurance and Medical Devices in Plastic Surgery*. Regensburg, July 2.
- Hinderer, U.T. (2003). La evolución de la cirugía plástica mamaria en la hipoplasia, ptosis e hipertrofia. En J. Bisbal (Ed.), *Cirugía Plástica mamaria* (pp. 15-45). Barcelona: MIC.
- Horch, R.E., Jaeger, K., & Stark, G.B. (1999). Quality of life after breast reduction-plasty (in German). *Handchir Mikrochir Plastische Chirurgie*, 31, 137-142.
- Hughes, L.A., & Mahoney, J.L. (1993). Patient satisfaction with reduction mammoplasty: an early survey. *Aesthetic Plastic Surgery*, 17(4), 345-349.
- Institute of Medicine. (1999). *Safety of silicone breast implants*. Washington, D.C., EE.UU.: National Academy Press.
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery (2012). Statistics 2011. Extraído de [http://www.isaps.org/files/html-contents/Downloads/ISAPS%20Results %20-%20Procedures%20in%202011.pdf](http://www.isaps.org/files/html-contents/Downloads/ISAPS%20Results%20-%20Procedures%20in%202011.pdf)
- Janniger, C.K., Schwartz, R.A., Szepietowski, J.C., & Reich, A. (2005). Intertrigo and common secondary skin infection. *American Family Physician*, 72, 833-838.
- Javo, I.M., & Sørli, T. (2010). Psychosocial characteristics of young norwegian women interested in liposuction, breast augmentation, rhinoplasty, and abdominoplasty: a population-based study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 125(5), 1536-1543.
- Joiner, T.E. (2003). Does breast augmentation confer risk of or protection from suicide? *Aesthetic Surgery Journal*, 23(5), 370-375.
- Jones, D.P. (2004). Cultural views of the female breast. *Association of Black Nursing Faculty Journal*, 15, 15-21.
- Jones, S.A., & Bain, J.R. (2001). Review of data describing outcomes that are used to assess changes in quality of life after reduction mammoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 108, 62-67.
- Kaslow, F., & Becker, H. (1992). Breast augmentation: psychological and plastic surgery considerations. *Psychotherapy*, 29, 467-473.

- Kendall, P.C., Hollon, S.D., Beck, A.T., Hammen, C.L., & Ingram, R.E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11(3), 289-299.
- Kerrigan, C.L., Collins E.D., Kim H.M., Schnur, P.L., Wilkins, E., Cunningham, B., *et al.* (2001a). Reduction mammoplasty: refining medical necessity. *Medical Decision Making*, 22(3), 208-217.
- Kerrigan, C.L., Collins, E.D., Striplin, D., Kim, H.M., Wilkins, E., Cunningham, B., *et al.* (2001b). The health burden of breast hypertrophy. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 108, 1591-1599.
- Kilman, P.R., Sattler, J.I., & Taylor, J. (1987). The impact of augmentation mammoplasty: a follow-up study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 80(3), 374-378.
- Kjoller, K., Holmich, L.R, Fryzek, J.P., Jacobsen, P.M., Friis, S., McLaughlin, J.K., *et al.* (2002). Epidemiological investigation of local complications after cosmetic breast implant surgery in Denmark. *Annals of Plastic Surgery*, 48, 229-237.
- Klassen, A., Fitzpatrick, R., Jenkinson, C., & Goodacre, T. (1996). Should breast reduction surgery be rationed? A comparison of the health status of patients before and after treatment: postal questionnaire survey. *British Medical Journal*, 313, 454-457.
- Klesmer, J. (2003). Mortality in swedish women with cosmetic breast implants: body dysmorphic disorder should be considered (Letter). *British Medical Journal*, 326(7401), 1266-1267.
- Koltz, P.F., Myers, R.P., Shaw, R.B., Wasiceck, P., & Giroto, J.A. (2011). *Plastic and Reconstructive Surgery*, 127, 158e-159e.
- Koot, V., Peeters, P.H., Granath, F., Grobbee, D.E., & Nyren, O. (2003). Total and cause specific mortality among Swedish women with cosmetic breast implants: prospective study. *British Medical Journal*, 326(7388), 527-528.
- Kriepe R.E., Lewand A.G., Dukarm, C.P., & Caldwell, E.H. (1997). Outcome for patients with bulimia and breast hypertrophy after reduction mammoplasty. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 151, 176-180.
- Kurtz, R.M. (1969). Sex differences in variations in body attitudes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 625-629.
- LaTrenta, G. (1994). Breast Augmentation. En T. Rees & G. LaTrenta (Eds.), *Aesthetic Plastic Surgery* (vol. 3, pp. 1003-1049). Philadelphia, PA, EE.UU.: Saunders Company.

- LaTrenta, G., & Hoffmann, L.A. (1994). Glandular Ptosis. En T. Rees & G. LaTrenta (Eds.), *Aesthetic Plastic Surgery* (vol. 3, pp. 971-987). Philadelphia, PA, EE.UU.: Saunders Company.
- Lejour, M. (1999). Vertical mammoplasty: early complications after 250 personal consecutive cases. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 104(3), 764-770.
- Lejour, M., Abboud, M., Decley, A., & Kertesz, P. (1990). Reduction des cicatrices de plasties mammaires de l'ancree courte à la verticale. *Annales Chirurgie Plastique et Esthetique*, 35(5), 369-379.
- Letterman, G., & Shurter, M. (1976). A history of mammoplasty with emphasis on correction of ptosis and macromastia. En R. Goldwyn (Ed.), *Plastic and Reconstructive Surgery of the Breast* (pp. 3-35). Boston, MS, EE.UU.: Little, Brown and Company.
- Levitt, E.E. (1967). *The psychology of anxiety*. New York, NY: Bobbs-Merrill.
- Lewis, D.M., & Cachelin, F.M. (2001). Body image, body dissatisfaction, and eating attitudes in midlife and elderly women. *Eating Disorders*, 9(1), 29-39.
- Lexer, E. (1921). Corrección de los pechos péndulos (mastoptose) por medio de la implantación de grasa. *Guipúzcoa Médica*, 63, 213.
- Lista, F., & Ahmad, J. (2006). Vertical scar reduction mammoplasty: a 15-year experience including a review of 250 consecutive cases. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 117(7), 2152-2165.
- Longacre, J.J. (1954). Correction of the hypoplastic breast with special reference to reconstruction of the "nipple type breast" with local dermofat pedicle flaps. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 14, 431.
- Losee, J.E., Jiang, S., Long, D.E., Kriepe, R.E., Caldwell, E.H., & Serletti, J.M. (2004). Macromastia as an etiologic factor in bulimia nervosa: 10-year follow up after treatment with reduction mammoplasty. *Annals of Plastic Surgery*, 52, 452-457.
- Losee, J.E., Serletti, J.M., Kreipe, R.E., & Caldwell, E.H. (1997). Reduction mammoplasty in patients with bulimia nervosa. *Annals of Plastic Surgery*, 39, 443-446.
- Mary, H., & McGrath., M.D. (2007). The Psychological Safety of Breast Implant Surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 120, 103.

- Maxwell, G.P., & Baker, M.B. (2008). Mamoplastia de aumento. Consideraciones generales. En S. Spear, S.C. Willey, G.L. Robb, D.C. Hammond & M.Y. Nahabedian (Eds.), *Cirugía de la mama* (Vol. 3, pp. 1237-1260). Bogotá, Colombia: Amolca.
- Mazzocchi, M., Dessy, L.A., Iodice, P., Saggini, R., & Scuderi, N. (2012). A study of postural changes after breast augmentation. *Aesthetic Plastic Surgery*, 36, 570-577.
- McCarthy. (1990). Fundamentals. En J. McCarthy, J.W. Way & J.W. Littler (Eds.), *Plastic Surgery, vol. 1 (General Principles)* (pp. 23-68). New York, NY: W.B. Saunders Company.
- Mello, A.A., Domingos, N.A.M., & Miyazaki, M.C. (2010). Improvement in quality of life and self-esteem after breast reduction surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 34, 59-64.
- Menderes, A., Mola, F., Vayvada, H., & Barutcu, A. (2005). Evaluation of results from reduction mammoplasty: relief of symptoms and patient satisfaction. *Aesthetic Plastic Surgery*, 29, 83-87.
- Meyer, L., & Ringberg, A. (1987). Augmentation mammoplasty: psychiatric and psychosocial characteristics and outcome in a group of swedish women. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 21(2), 199-208.
- Miller, B.J., Morris, S.F., Sigurdson, L.L., Bendor-Samuel, R.L., Brennan, M., Davis, G., et al. (2005). Prospective study of outcomes after reduction mammoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 115(4), 1025-1031.
- Moos, R.H., Moos, B.S., & Trickett, E.J. (1974). *Escalas de clima social: familia, trabajo, instituciones penitenciarias, centro escolar*. Madrid: Tea Ediciones.
- Moss, T.P., & Harris, D.L. (2009). Psychological change after aesthetic plastic surgery: a prospective controlled outcome study. *Psychology, Health and Medicine*, 14(5), 567-572.
- Murphy, D.K., Beckstrand, M., & Sarwer, D.B. (2009). A prospective, multicenter study of psychosocial outcomes after augmentation with natrelle silicone-filled breast implants. *Annals of Plastic Surgery*, 62, 118-121.
- Nahai, F.R., & Nahai, F. (2008). Breast Reduction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 121(1), 1-13.

- Netscher, D.T., Meade, R.A., Goodman, C.M., Brehm, B.J., Friedman, J.D., & Thornby, J. (2000). Physical and psychosocial symptoms among 88 volunteer subjects compared with patients seeking plastic surgery procedures to the breast. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105, 2366-2373.
- Noone, R.B. (2010). An Evidence-Based Approach to Reduction Mammoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 126, 2171-2176.
- O'Grady, K.F., Thoma, A., & Dal Cin, A. (2005). A comparison of complication rates in large and small inferior pedicle reduction mammoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 115, 736-742.
- Ortiz-Monasterio, F., & Trigos, I. (1972). Management of patients with complications from injections of foreign materials into the breast. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 50(1), 42-47.
- Page, D.L., Schuyler, P.A., Duponto, W.D., Jensen, R.A., Plummer, W.D., & Simpson, J.F. (2003). Atypical lobular hyperplasia as a unilateral predictor of breast cancer risk: a retrospective cohort study. *Lancet*, 361, 125-129.
- Pernia, L.R., Ronel, D.N., Leeper, J.D., & Miller, H.L. (2000). Carpal Tunnel Syndrome in women undergoing reduction mammoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105, 1314-1319.
- Peters, W.J. (1981). Plastic Surgery of the Breast. *Modern Medicine*, 6, 37-41.
- Philips, K.A. (1996). *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York, NY: Oxford University Press.
- Picha, G.J., & Batra, M.K. (2000). Breast augmentation. En B.M. Achauer, E. Eriksson, B. Guyuron, J.J. Coleman, R.C. Russell & Vander Kolk, C.A. (Eds.), *Plastic surgery: indications, operations, and outcomes* (pp. 2743-2756). St. Louis, MO: Mosby.
- Pliner, P., Chaiken, S., & Flett, G. (1990). Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the life span. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 263-273.
- Pukkala, E., Kulmala, I., Hovi, S.L., Hemminki, E., Keskimäki, I., Lipworth, L., et al. (2003). Causes of death among finnish women with cosmetic breast implants, 1971-2001. *Annals of Plastic Surgery*, 51(4), 339-342.
- Pruzinsky, T. (1997). Breast Implants. En E.A. Blechman & K.D. Brownell (Eds.), *Behavioral medicine and women: a comprehensive handbook* (pp. 392-396). New York, NY: Guilford.

- Rankin, M., Borah, G.L., Perry, A.W., & Wey, P. D. (1998). Quality of-life outcomes after cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 102, 2139.
- Reardon, R., & Grogan, S. (2011). Women´s Reasons for Seeking Breast Reduction. A Qualitative Investigation. *Journal of Health Psychology*, 16(1), 31-41.
- Regnault, P. (1976). Breast ptosis. Definition and treatment. *Clinics in Plastic Surgery*, 3(2), 193-203.
- Ribeiro, S.M.F., Ferreira, M.C., Junior, P.T., & Jacquemin, A. (1995). Avaliação psicológica pré-operatória de pacientes sometidas a ritidoplastia. *Revista Do Hospital Das Clínicas Faculdade De Medicina de Sao Paulo*, 50, 17-21.
- Rinker, B., Veneracion, M., & Walsh, B.S. (2010). Breast ptosis. Causes and cure. *Annals of Plastic Surgery*, 64(5), 579-584.
- Robinson, B.E., & Kelley, L. (1996). Concurrent validity of the Beck Depression Inventory as a measure of depression. *Psychological Report*, 79, 929-930.
- Roehl, K., Craig, E.S., Gómez, V., & Phillips, L.G. (2008). Breast reduction: safe in the morbidly obese? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 122(2), 370-378.
- Rogliani, M., Gentile, P., Labardi, L., Donfrancesco, A., & Cervelli, V. (2009). Improvement of physical and psychological symptoms after breast reduction. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 62(12), 1647-1649.
- Romeo, M., Cuccia, G., Zirilli, A., Weiler-Mithoff, E., & Stagno d'Alcontres, F. (2010). Reduction mammoplasty and related impact on psychosexual function. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 63, 2112-2116.
- Saariniemi, K.M., Joukamaa, M., Raitasalo, R., & Kuokkanen, H.O. (2009). Breast reduction alleviates depression and anxiety and restores self-esteem. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 43(6), 320-324.
- Saariniemi, K.M., Kuokkanen, H.O., & Tukianen, E.J. (2011). The outcome of reduction mammoplasty remains stable at 2-5 years´ follow-up: a prospective study. *Journal of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 64, 573-576.
- Sabino Neto, M., Demattê, M.F., Freire, M., Garcia, E.B., Quaresma, M., & Ferreira, L.M. (2008). Self-esteem and functional capacity outcomes following reduction mammoplasty. *Aesthetic Surgery Journal*, 28, 417-420.
- Sandín, B. (1981). Consideraciones sobre el cuestionario 8SQ. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 169, 323-327.

- Sarwer, D.B. (2002). Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: results of a survey of American Society for Aesthetic Plastic Surgery members. *Aesthetic Surgery Journal*, 22(6), 531-535.
- Sarwer, D.B., Cash, T.F., Magee, L., Williams, E.F., Thompson, J.K., Roehrig, M., *et al.* (2005a). Female college students and cosmetic surgery: an investigation of experiences, attitudes and body image. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 115(3), 931-938.
- Sarwer, D.B., Gibbons, L.M., Magee, L., Baker, J.L., Casas, L.A., Glat, P.M., *et al.* (2005b). A prospective, multi-site investigation of patient satisfaction and psychosocial status following cosmetic surgery. *Aesthetic Surgery Journal*, 25, 263.
- Sarwer, D.B., LaRossa, D., Barlett, S.P., Low, D.W., Bucky, L.P., & Whitaker, L.A. (2003). Body image concerns of augmentation patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 112(1), 83-90.
- Sarwer, D.B., Pertschuk, M.J., Wadden, T.A., & Whitaker, L.A. (1998). Psychological investigations of cosmetic surgery patients: a look back and a look ahead. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 101(4), 1136-1142.
- Saucier, M.G. (2004). Midlife and beyond: issues for aging women. *Journal of Counselling y Development*, 82, 420-425.
- Schlebusch, L. (1989). Negative body experience and prevalence of depression in patients who request augmentation mammoplasty. *South African Medical Journal*, 75, 323-326.
- Schlebusch, L., & Levin, A. (1983). A psychological profile of women selected for augmentation mammoplasty. *South African Medical Journal*, 64, 481.
- Schlebusch, L., & Mahrt, I. (1993). Long-term psychological sequelae of augmentation mammoplasty. *South African Medical Journal*, 83, 267-271.
- Schnur, P.L., Schnur, D.P., Petty, P.M., Hanson, T.J., & Weaver, A.L. (1997). Reduction mammoplasty: an outcome study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 100, 875-883.
- Scott, R.S., Carson, C.L., & Borak, G.L. (2005). Maximizing outcomes in breast reduction surgery: a review of 518 consecutive patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 116(6), 1633-1639.
- Seisdedos, N., de la Cruz, M.V., Cordero, A., & Fernández-Ballesteros, R. (1984). *Escalas de clima social: familia, trabajo, instituciones penitenciarias, centro escolar*. Madrid: Tea Ediciones.

- Shah, R., Al-Ajam, Y., Stott, D., & Kang, N. (2011). Obesity in mammoplasty: a study of complications following breast reduction. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, *64*, 508-514.
- Shakespeare, V., & Cole, R.P. (1997). Measuring patient-based outcomes in a plastic surgery service: breast reduction surgical patients. *British Journal of Plastic Surgery*, *50*, 242-248.
- Shakespeare, V., & Postle, K. (1999). A qualitative study on patient's views on the effects of breast reduction surgery: a 2-year follow-up survey. *British Journal of Plastic Surgery*, *52*, 198-204.
- Shermak, M.A., Chang, D., Buretta, K., Mithani, S., Mallalieu, J., & Manahan, M. (2011). *Plastic and Reconstructive Surgery*, *128*(6), 1182-1187.
- Shiple, R.H., O'Donnell, J.M., & Bader, K.F. (1977). Personality characteristics of women seeking breast augmentation, comparison to small-busted and average-busted controls. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *60*(3), 369-376.
- Sigurdson, L., Mykhalovskiy, E., Kirkland, S., & Pallen, S. (2007). Symptoms and related severity experienced by women with breast hypertrophy. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *119*(2), 481-486.
- Singh, K.A., & Losken, A. (2012). Additional benefits of reduction mammoplasty: a systematic review of the literature. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *129*(3), 562-570.
- Sihm, F., Jagd, M., & Perse, M. (1978). Psychological assessment before and after augmentation mammoplasty. *Scandinavian Journal of Reconstructive Surgery*, *12*, 295-298.
- Simon, G.E., Ludman, E.J., Linde, J.A., Operkalski, B.H., Ichikawa, L., Rohde, P., et al. (2008). Association between obesity and depression in middle-aged women. *General Hospital Psychiatry*, *30*, 32-29.
- Singh, K.A., & Losken, A. (2012). Additional benefits of reduction mammoplasty: a sistematic review of the literature. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *129*(3), 562-570.
- Singh, K.A., Pinell, X., & Losken, A. (2010). Is reduction mammoplasty a stimulus for weight loss and improves quality of life? *Annals of Plastic Surgery*, *64*(5), 585-587.
- Slevec, J., & Tiggemann, M. (2010). Attitudes toward cosmetic surgery in middle-aged women: body image, aging anxiety and the media. *Psychology of Women Quarterly*, *34*, 65-74.

- Smith, M., & Kent, K. (2002). Breast Concerns and Lifestyles of Women. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 45(4), 1129-1139.
- Snyderman, R.K., & Lizardo, J.G. (1960). Statistical study of malignancies found before, during, or after routine breast plastic operations. *Plastic and Reconstructive Surgery and the Transplantation Bulletin*, 25, 253-256.
- Spear, S.L., Boehmler, J.H., & Clemens, M.W. (2006). Augmentation/Mastopexy: a 3 year review of a single surgeon's experience. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 118(Suppl), 136S-147S.
- Spector, J.A., Singh, S.P., & Karp, N.S. (2008). Outcomes after breast reduction: does size really matter? *Annals of Plastic Surgery*, 60(5), 505-509.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Starley, I.F., Bryden, D.C., Tagari, S., Mohammed, P., & Jones, B.P. (1998). An investigation into changes in lung function and the subjective medical benefits from breast reduction surgery. *British Journal of Plastic Surgery*, 51, 531-534.
- Steele, V. (1985). *Fashion and eroticism: ideals of feminine beauty from the victorian era to the jazz age*. New York, NY: Oxford University Press.
- Stevens, W.G., Gear, A.J., Stoker, D.A., Hirsch, E.M., Cohen, R., Spring, M., et al. (2008). Outpatient reduction mammoplasty: an eleven-year experience. *Aesthetic Surgery Journal*, 28(2), 171-179.
- Tarone, R.E., Lipworth, L., Young, V.L., & McLaughlin J.K. (2004). Breast reduction surgery and breast cancer risk: does reduction mammoplasty have a role in primary prevention strategies for women at high risk of breast cancer? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 113, 2104-2110.
- Taylor, A.J., Tate, D., Brandberg, Y., & Blomqvist, L. (2004). Cost-effectiveness of reduction mammoplasty. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 20, 269-273.
- Tebbets, J. (2008). Aspectos psicológicos de la paciente de mamoplastia de aumento. En S. Spear, S. Willey, G. Robb & D. Hammond (Eds.), *Cirugía de la mama. Principios y arte* (Vol. 3, pp. 1289-1296). Bogotá, Colombia: Amolca.
- Thibaudeau, S., Sinno, H., & Williams, B. (2010). The effects of breast reduction on successful breastfeeding: a systematic review. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 63(10), 1688-1693.

- Thoma, A., Sprague, S., Veltri, K., Duku, E., & Furlong, W. (2007). A prospective study of patients undergoing breast reduction surgery: health-related quality of life and clinical outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 1, 13-26.
- Thompson, S., Thomas, C., Rickabaugh, C.A., Tantamjarik, P., Otsuki, T., Pan, D., *et al.* (1998). Primary and secondary control over age-related changes in physical appearance. *Journal of Personality*, 66, 583-605.
- Thompson, J.K., & Thompson, T.M. (1986). Body size distortion and self-esteem in asymptomatic, normal weight males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 1061-1068.
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the life span: stability and change. *Body Image*, 1, 241-252.
- Turhan-Haktanir, N., Geçici, O., Murat Emül, H., Asik, A., Demir, Y., & Ozbulut, O. (2010). Temperament and character traits of women admitted for breast reduction and comparison with body perception. *Aesthetic Plastic Surgery*, 34, 359-364.
- Tykkä, E., Rasanen, P., Tukiainen, E., Asko-Seljavaara, S., Heikkilä, A., Sintonen, H., *et al.* (2010). Cost-utility of breast reduction surgery: a prospective study. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 63, 87-92.
- Uchida, J. (1961). Clinical application of crosslinked dimethylpolysiloxane, restoration of the breast, cheeks, atrophy of infantile paralysis, funnel-shaped chest, etc. *Japan Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*, 4, 303.
- Vachon, C.M., Kuni, C.C., Anderson, K., Anderson, V.E., & Sellers, T.A. (2000). Association of mammographically defined percent breast density with epidemiologic risk factors for breast cancer (United States). *Cancer Causes Control*, 11, 653-662.
- Vázquez, C., & Sanz, J. (1991). *Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck*. Barcelona: III Congreso de Evaluación Psicológica.
- Von Soest, T., Kvaem, I.L., Skolleborg, K.C., & Roald, H.E. (2011). Psychosocial Changes after Cosmetic Surgery: a 5-Year Follow-Up Study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 128(3), 765-772.
- Vrebos, J., & Dupuis, C. (2000). From a single vertical scar to vertical mammoplasty. From Louis Dartigues (1869-1940) to Claude Lassus (1933). *Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique*, 45(1), 62-68.

- Wagner, D.S., & Alfonso, D.R. (2005). The influence of obesity and volume of resection on success in reduction mammoplasty: an outcomes study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 115, 1034-1038.
- Walsh, K.C. (1986). Breast augmentation: your patient's adjustment to a new body image. *Today's OR Nurse*, 8, 20-25.
- Ware, J.E., Kosinski, M., & Keller, S.D. (1994). *SF-36 physical and mental health summary scales: an user's manual*. Boston, MA: The Health Institute.
- Ware, J.E., Kosinski, M., & Keller, S.D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220-33.
- Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. Boston, MA: New England Medical Center.
- Webster, J., & Tiggemann, M. (2003). The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: the role of cognitive control. *The Journal of Genetic Psychology*, 162, 241-252.
- Woodman, R., & Radzynski, S. (2009). Women's perception of life following breast reduction: a phenomenological study. *Plastic Surgical Nursing*, 29, 39-46.
- Zubowski, R., Zins, J.E., Foray-Kaplon, A., Yetman R.J., Lucas, A.R., Papay, F.A., et al. (2000). Relationship of obesity and specimen weight to complications in reduction mammoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 106(5), 998-1003.

8. ANEXOS

8. ANEXOS

ANEXO 1: ENCUESTA PSICOSOCIAL PREOPERATORIO

Apellidos, nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

NHC: _____

Tipo de intervención:

Mamoplastia de aumento Mamoplastia de reducción

Mastopexia con implantes Mastopexia sin implantes

1. Estado civil

Soltera Casada / en pareja Separada/divorciada Viuda

2. Nivel de estudios

Sin estudios EGB/ESO FP Bachiller/Instituto Universitaria

3. Profesión _____

4. Situación laboral actual

En activo De baja Ama de casa Estudia Otras _____

5. Ingresos mensuales (del total de miembros que viven juntos)

≤ 600 euros 601 - 1200 euros 1201 - 1800 euros ≥ 1801 euros

6. ¿Ha visitado a algún otro profesional previamente para obtener información sobre su intervención quirúrgica?

Sí No

7. En caso afirmativo, ¿a cuántos ha visitado?

Ninguno Uno Dos Más de dos

8. ¿Tiene pensado visitar a algún otro profesional después de haber obtenido información en nuestra consulta?

- Sí No

9. ¿Ha buscado información adicional a la que le proporcionó el cirujano plástico sobre la intervención quirúrgica?

- Sí No

10. En caso afirmativo, ¿qué tipo de información ha buscado?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tipos / técnicas de cirugía | <input type="checkbox"/> Ventajas de la cirugía |
| <input type="checkbox"/> Fotos de pre / postoperatorio | <input type="checkbox"/> Desventajas de la cirugía |
| <input type="checkbox"/> Tipos de implantes | <input type="checkbox"/> Formación del cirujano / experiencia |
| <input type="checkbox"/> Complicaciones post-cirugía | <input type="checkbox"/> Idoneidad del hospital |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

11. ¿Dónde ha buscado esa información?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Otros cirujanos plásticos | <input type="checkbox"/> Libros / revistas |
| <input type="checkbox"/> Familiares / amigos | <input type="checkbox"/> TV / radio |
| <input type="checkbox"/> Otros pacientes | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

12. ¿Tiene plena confianza en su cirujano? Indique su grado de acuerdo.

- Nada de acuerdo Medianamente de acuerdo Totalmente de acuerdo

13. ¿Está su cirujano siempre disponible para contestar a sus preguntas? Indique su grado de acuerdo.

- Nada de acuerdo Medianamente de acuerdo Totalmente de acuerdo

14. Teniendo en cuenta cómo es usted, ¿qué tipo de recuperación piensa que tendrá con posterioridad a la intervención?

- Rápida, me considero una persona fuerte y con gran resistencia al dolor, por lo que creo que apenas sentiré molestias y me recuperaré con rapidez.
- Normal, tomaré los analgésicos que precise y no sentiré demasiadas molestias y estaré en reposo durante una semana.
- Lenta, creo que me costará recuperarme de la intervención y que estaré dolorida o muy dolorida durante los días posteriores a la misma.

15. ¿Cuál ha sido la persona que más ha influido a la hora de tomar la decisión de someterse a esta intervención?

- Mi pareja Algún familiar Algún amigo /a Nadie

16. ¿Cuál ha sido el motivo principal que le ha llevado a someterse a la intervención de cirugía estética mamaria? **(INDIQUE SÓLO UNO)**

- Simplemente deseo mejorar mi aspecto
- Deterioro de mi sensación de feminidad
- Incomodidad con la ropa
- Molestias físicas (espalda, cuello...)
- Deterioro en mi relación de pareja
- Me ayudará a encontrar una pareja
- Me ayudará a mejorar mis relaciones sociales
- Otros (diga cuál) _____

17. ¿Cuál es su principal temor respecto a la intervención? **(INDIQUE SÓLO UNO)**

- Anestesia general
- Complicaciones postoperatorias
- No aceptación de mi propio aspecto por mí misma
- No aceptación de mi propio aspecto por parte de mi pareja
- No aceptación de mi propio aspecto por parte de familiares, amigos o compañeros
- No conseguir el aspecto de la mama que he imaginado
- No tengo temores

18. ¿Piensa que influirá la intervención en su estilo de vida?

- Sí No

19. En el caso de que haya contestado afirmativamente a la pregunta anterior, ¿en cuál de las siguientes situaciones ejercerá una mayor influencia?

- Mejorará mi relación de pareja
- Tendré más confianza en mí misma, mejorará mi autoestima
- Otras _____

ANEXO 2: ENCUESTA PSICOSOCIAL UN MES POSTOPERATORIO

Apellidos, nombre: _____

Fecha: _____

1. ¿Piensa que el cirujano le ha dado toda la información que necesitaba para después de la intervención?

Sí

No ¿Por qué?

2. ¿Está satisfecha con los cuidados que el cirujano le ha dado?

Sí

No ¿Por qué?

3. ¿Está satisfecha con la forma que tienen sus mamas?

Sí

No ¿Por qué?

4. ¿Está satisfecha con el volumen que tienen sus mamas?

Sí

No ¿Por qué?

5. ¿Está satisfecha con la simetría que tienen sus mamas?

Sí

No ¿Por qué?

6. Responda únicamente si su intervención ha sido de Mamoplastia de aumento o Mastopexia con prótesis, ¿está satisfecha con la consistencia (tacto) que tienen sus mamas?

Sí

No ¿Por qué?

7. Responda únicamente si su intervención ha sido de Mamoplastia de aumento o Mastopexia con prótesis: en lo que se refiere a los implantes, ¿tiene la sensación de tener un cuerpo extraño dentro de sí misma?

Sí No

8. En función de la información que el cirujano le proporcionó antes de la intervención, las cicatrices que presenta, ¿son las que esperaba tener?

Sí

No ¿Por qué?

9. ¿Ha tenido colocados drenajes después de la intervención?

Sí No

10. ¿Ha presentado algún tipo de complicación después de la intervención?

Sí No ¿Cuál? _____

11. Indique el grado de sensibilidad que tiene en el pecho tras la intervención quirúrgica

No tengo ninguna sensibilidad (y antes de la intervención sí la tenía)

Tengo algo de sensibilidad

Tengo la misma sensibilidad que antes de la intervención

12. ¿Qué tipo de recuperación tuvo con posterioridad a la intervención?

Rápida, apenas sentí molestias y me recuperé con rapidez

Normal, sentí molestias moderadas y me recuperé en unos cuantos días

Lenta, estuve muy dolorida durante los días posteriores a la misma y me costó recuperarme

13. ¿Qué tipo de efectos secundarios ha tenido tras la intervención quirúrgica?

- Náuseas Insomnio
 Vómitos Nerviosismo
 Dolor Otros _____

14. ¿Tuvo que tomar los días previos a la intervención (o el día antes) algún tipo de medicamento para disminuir la ansiedad o el nerviosismo?

- Sí ¿Cuál? Valeriana Lexatín / Orfidal Tranxilium Otros _____
 No

15. ¿Durante cuánto tiempo estuvo tomando analgésicos (Efferalgán, Nolotil, etc.) tras la intervención?

- Tres días o menos Entre cuatro y siete días Más de una semana

16. ¿Tuvo que tomar los días posteriores a la intervención algún tipo de medicamento para disminuir la ansiedad o el nerviosismo?

- Sí ¿Cuál? Valeriana Lexatín / Orfidal Tranxilium Otros _____
 No

17. Haga una valoración global en el momento actual sobre el resultado de su intervención

- Estoy muy satisfecha
 Estoy bastante satisfecha
 Estoy poco satisfecha
 No estoy satisfecha. Motivos: _____

ANEXO 3: ENCUESTA PSICOSOCIAL SEIS MESES POSTOPERATORIO

Apellidos, nombre: _____

Fecha: _____

1. ¿Ha presentado algún tipo de complicación en sus mamas desde que acudió a la última revisión (un mes postoperatorio)?

Sí ¿Cuál? _____

No

2. ¿Está satisfecha con la forma que tienen sus mamas?

Sí

No ¿Por qué?

3. ¿Está satisfecha con el volumen que tienen sus mamas?

Sí

No ¿Por qué?

4. ¿Está satisfecha con la simetría que tienen sus mamas?

Sí

No ¿Por qué?

5. Responda únicamente si su intervención ha sido de Mamoplastia de aumento o Mastopexia con prótesis, ¿está satisfecha con la consistencia (tacto) que tienen sus mamas?

Sí

No ¿Por qué?

6. Responda únicamente si su intervención ha sido de Mamoplastia de aumento o Mastopexia con prótesis: en lo que se refiere a los implantes, ¿tiene la sensación de tener un cuerpo extraño dentro de sí misma?

- Sí No

7. ¿Está satisfecha con la evolución de las cicatrices?

- Sí
 No ¿Por qué?
-
-

8. Indique el grado de sensibilidad que tiene en el pecho actualmente:

- No tengo ninguna sensibilidad (y antes de la intervención sí la tenía).
 Tengo algo de sensibilidad.
 Tengo la misma sensibilidad que antes de la intervención.

9. ¿Ha tenido que tomar algún medicamento (o lo está tomando) debido a algún tipo de complicación en el período postoperatorio tardío?

- Sí ¿Cuál/es?
-
-

No

10. ¿Ha necesitado ser reintervenida debido a alguna complicación durante el postoperatorio?

- Sí ¿Debido a qué?
-
-

No

11. Haga una valoración global en el momento actual sobre el resultado de su intervención:

- Estoy muy satisfecha.
 Estoy bastante satisfecha.
 Estoy poco satisfecha.
 No estoy satisfecha. Motivos: _____

ANEXO 4: ENCUESTA PSICOSOCIAL UN AÑO POSTOPERATORIO

Apellidos, nombre: _____

Fecha: _____

1. ¿Ha presentado algún tipo de complicación desde que acudió a la última revisión (sexto mes postoperatorio)?

Sí ¿Cuál? _____

No

2. ¿Está satisfecha con la forma que tienen sus mamas?

Sí

No ¿Por qué?

3. ¿Está satisfecha con el volumen que tienen sus mamas?

Sí

No ¿Por qué?

4. ¿Está satisfecha con la simetría que tienen sus mamas?

Sí

No ¿Por qué?

5. Responda únicamente si su intervención ha sido de Mamoplastia de aumento o Mastopexia con prótesis, ¿está satisfecha con la consistencia (tacto) que tienen sus mamas?

Sí

No ¿Por qué?

6. Responda únicamente si su intervención ha sido de Mamoplastia de aumento o Mastopexia con prótesis: en lo que se refiere a los implantes, ¿tiene la sensación de tener un cuerpo extraño dentro de sí misma?

- Sí No

7. ¿Está satisfecha con el aspecto final de las cicatrices?

- Sí
 No ¿Por qué?
-
-

8. Indique el grado de sensibilidad que tiene en el pecho actualmente:

- No tengo ninguna sensibilidad (y antes de la intervención sí la tenía).
 Tengo algo de sensibilidad.
 Tengo la misma sensibilidad que antes de la intervención.

9. ¿Ha tenido que tomar en estos seis últimos meses algún medicamento (o lo está tomando) debido a la aparición de alguna complicación?

- Sí ¿Cuál/es?
-
-

- No

10. ¿Ha necesitado ser reintervenida en estos seis últimos meses debido a la aparición de alguna complicación?

- Sí ¿Debido a qué?
-
-

- No

11. ¿Piensa que con la intervención ha conseguido el objetivo principal por el que decidió someterse a la misma?

- Sí
 No ¿Por qué?
-
-

12. Si realizara una valoración global de la intervención a la que ha sido sometida, ¿piensa que ha influido positivamente en su estilo de vida?

- Sí No

13. En el caso de que haya contestado afirmativamente a la pregunta anterior, ¿en cuál de las siguientes situaciones ha ejercido una mayor influencia?

- Ha mejorado mi relación de pareja.
- He tenido más éxito social.
- Me ha ayudado (me está ayudando) a alcanzar mis objetivos profesionales.
- Otras _____

14. Teniendo en cuenta su experiencia durante los últimos doce meses y el aspecto actual de sus mamas, ¿volvería a someterse a este tipo de intervención?

- Sí
- No ¿Por qué? _____

15. Haga una valoración global en el momento actual sobre el resultado definitivo de su intervención:

- Estoy muy satisfecha.
- Estoy bastante satisfecha.
- Estoy poco satisfecha.
- No estoy satisfecha. Motivos: _____

ANEXO 5: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Instrucciones: A continuación encontrará 21 apartados, cada uno con varias frases. Elija para cada uno de los apartados la frase que mejor refleje su situación durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Para ello marque con una cruz a la izquierda de la frase. Recuerde que **SÓLO TIENE QUE ELEGIR UNA FRASE** en cada uno de los 21 apartados.

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciada que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimada respecto al futuro.
 Me siento desanimada respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar.
3. No me siento fracasada.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecha o aburrida de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las situaciones.
 Me siento culpable constantemente.
6. Creo que no estoy siendo castigada.
 Siento que puedo ser castigada.
 Espero ser castigada.
 Siento que estoy siendo castigada.
 Quiero que me castiguen.
7. No me siento descontenta conmigo misma.
 Estoy descontenta conmigo misma.
 Me avergüenzo de mí misma.
 Me odio.
8. No me considero peor que cualquier otra.
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.

- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritada de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritada continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesada en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Estoy preocupada porque parezco mayor o poco atractiva.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractiva.
 Creo que tengo un aspecto horrible.
15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansada de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansada para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
20. No estoy preocupada por mi salud más que lo normal.
 Estoy preocupada por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupada por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
 Estoy menos interesada por el sexo que antes.
 Ahora estoy mucho menos interesada por el sexo.
 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ANEXO 6: ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)

STAI A-E

Instrucciones: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se **SIENTE USTED AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

		NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1	Me siento calmada.	0	1	2	3
2	Me siento segura.	0	1	2	3
3	Estoy tensa.	0	1	2	3
4	Estoy contrariada.	0	1	2	3
5	Me siento cómoda (estoy a gusto).	0	1	2	3
6	Me siento alterada.	0	1	2	3
7	Estoy preocupada por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8	Me siento descansada.	0	1	2	3
9	Me siento angustiada.	0	1	2	3
10	Me siento confortable.	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí misma.	0	1	2	3
12	Me siento nerviosa.	0	1	2	3
13	Estoy sosegada.	0	1	2	3
14	Me siento muy “atada” (como oprimida).	0	1	2	3
15	Estoy relajada.	0	1	2	3
16	Me siento satisfecha.	0	1	2	3
17	Estoy preocupada.	0	1	2	3
18	Me siento aturdida y sobreexcitada.	0	1	2	3
19	Me siento alegre.	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien.	0	1	2	3

STAI A-R

Instrucciones: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se **SIENTE USTED EN GENERAL**, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

		CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
21	Me siento bien.	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente.	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3
26	Me siento descansada.	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena, sosegada.	0	1	2	3
28	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
30	Soy feliz.	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí misma.	0	1	2	3
33	Me siento segura.	0	1	2	3
34	Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólica).	0	1	2	3
36	Estoy satisfecha.	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desencuentros, que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
39	Soy una persona estable.	0	1	2	3
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tensa y agitada.	0	1	2	3

ANEXO 7: CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Para cada una de las siguientes preguntas, por favor **MARQUE CON UNA CRUZ LA CASILLA QUE MEJOR CORRESPONDA A SU RESPUESTA.**

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

- | | Sí, me limita
Mucho | Sí, me limita
un poco | No, no me
limita nada |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Subir <u>varios</u> pisos por la escalera _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- | | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- | | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional?</u> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos <u>cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional?</u> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

6. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

Casi Algunas Sólo
Siempre siempre veces alguna vez Nunca

- a) ¿Se sintió calmada y tranquila? _____ _____ _____ _____ _____
- b) ¿Tuvo mucha energía? _____ _____ _____ _____ _____
- c) ¿Se sintió desanimada y deprimida? _____ _____ _____ _____ _____

7. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

ANEXO 8: ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE (TSCS)

Instrucciones: Las cuestiones que aparecen a continuación tienen como finalidad describir el “sí mismo” de cada uno. Responda, por favor, a cada una de ellas como si se describiera a sí misma. **ANOTE CON UNA CRUZ EN EL INTERIOR DEL RECUADRO EL VALOR DE SU RESPUESTA EN FUNCIÓN DE LA SIGUIENTE ESCALA:**

- * Completamente falso..... 1
- * Mayormente falso..... 2
- * Parcialmente falso y parcialmente verdadero 3
- * Mayormente verdadero..... 4
- * Completamente verdadero..... 5

	1	2	3	4	5
1. Tengo un cuerpo sano.					
2. Soy una persona atractiva.					
3. Me considero fofa.					
4. Me gusta mostrarme siempre aseada y arreglada.					
5. Siempre tengo dolores y molestias físicas.					
6. Soy una persona enferma.					
7. No soy ni muy gorda ni muy delgada.					
8. Me gusta mi apariencia tal y como es.					
9. Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo.					
10. No soy ni muy alta ni muy baja.					
11. No me siento tan bien como debiera.					
12. Debería tener más atractivo sexual.					
13. Me cuido muy bien físicamente.					
14. Trato de ser cuidadosa con mi apariencia.					
15. A menudo actúo como si fuera una manaza.					
16. Me encuentro físicamente bien.					
17. Soy mala en deportes y juegos.					
18. Duermo con dificultad.					

ANEXO 9: ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA (FES)

Instrucciones: A continuación encontrará 27 frases, usted tiene que decir si le parecen verdaderas o falsas en relación con su familia. **SI CREE QUE, RESPECTO A SU FAMILIA, LA FRASE ES VERDADERA O CASI SIEMPRE VERDADERA, CONTESTARÁ "VERDADERO" (PONIENDO UNA CRUZ EN EL RECUADRO CORRESPONDIENTE), SI CREE QUE ES FALSA O CASI SIEMPRE FALSA, CONTESTARÁ "FALSO" (PONIENDO UNA CRUZ EN EL RECUADRO CORRESPONDIENTE).** Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa, conteste la respuesta que corresponda a la mayoría. Recuerde que se pretende conocer lo que usted piensa sobre su familia; no intente reflejar la opinión de los demás miembros de ésta.

	V	F
1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.		
2. Los miembros de la familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos.		
3. En nuestra familia reñimos mucho.		
4. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos “pasando el rato”.		
5. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.		
6. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.		
7. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.		
8. En mi familia es difícil “desahogarse”.		
9. En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo.		
10. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.		
11. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.		
12. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.		
13. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.		
14. En casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.		
15. Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.		
16. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras.		
17. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.		
18. En mi familia a veces nos peleamos a golpes.		
19. En mi familia hay poco espíritu de grupo.		
20. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.		
21. Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.		
22. Realmente nos llevamos bien unos con otros.		
23. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.		
24. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.		
25. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.		
26. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.		
27. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.		

ANEXO 10: HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN PARA LAS PARTICIPANTES

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “EVOLUCIÓN PSICOSOCIAL EN PACIENTES INTERVENIDAS DE CIRUGÍA ESTÉTICA MAMARIA”

A efectos de cumplir con el deber de informar suficientemente a los pacientes sobre los objetivos y características de todo estudio, como requisito previo a solicitar su colaboración voluntaria en el mismo, se presentan a continuación los objetivos y características del proyecto arriba mencionado:

1. OBJETIVOS:

- a) Detectar los factores que predicen un mejor ajuste psicosocial postquirúrgico.
- b) Delimitar el nivel de satisfacción de las pacientes con el resultado de la intervención y con los cuidados médicos recibidos.
- c) Hallar las fuentes de información manejadas por las pacientes sobre la intervención y sus técnicas, así como la satisfacción con la cantidad y calidad de dicha información.
- d) Determinar la influencia que la intervención de cirugía estética mamaria, tiene sobre distintas dimensiones psicológicas de las pacientes que acuden a consulta. En concreto, se estudiará el efecto sobre la sintomatología ansiosa y depresiva, la calidad de vida, el autoconcepto y las relaciones familiares.

2. METODOLOGÍA EMPLEADA:

Se entrevistarán a un número aproximado de 100 a 150 pacientes que tengan previsto someterse a una intervención de cirugía estética mamaria (mamoplastia de aumento, mamoplastia de reducción o mastopexia). Estas pacientes habrán sido valoradas e informadas por el Dr. José Ignacio Ortega Martínez, especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora e intervenidas quirúrgicamente en el Hospital Nisa de Sevilla.

Las pacientes serán seleccionadas y entrevistadas en la consulta del citado especialista, previo consentimiento por escrito, por una única investigadora, Dña. M^a Jesús Arias Moreno. La evaluación estará constituida por una batería de tests psicológicos a los que las pacientes irán respondiendo, según las indicaciones de la investigadora.

3. INCOMODIDADES Y/O RIESGOS DERIVADOS DEL ESTUDIO

- No se observan riesgos, incomodidades psicológicas, ni consecuencias adversas.
- En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), **todos los datos personales recabados de las pacientes serán tratados con absoluta confidencialidad**, no siendo revelados en modo alguno ni la identidad de las pacientes ni ningún indicio de la misma.

En Sevilla, a de de 20_____.

Fdo.: M^a Jesús Arias Moreno
(Investigadora)

Fdo.: Dr. José Ignacio Ortega Martínez
(Cirujano Plástico)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: **EVOLUCIÓN PSICOSOCIAL EN PACIENTES INTERVENIDAS DE CIRUGÍA ESTÉTICA MAMARIA.**

Yo,

He leído la hoja de información que se me ha entregado. He sido suficientemente informada y he podido hacer preguntas sobre los objetivos y metodología aplicada así como resolver las dudas sobre la investigación arriba citada.

He hablado con la investigadora *Dña. M^a Jesús Arias Moreno* y comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo igualmente que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que ello repercuta de ninguna forma en mi asistencia médica.

Por todo lo cual, PRESTO LIBREMENTE MI CONSENTIMIENTO para participar en el estudio.

Fecha:

Firma de la participante: