

ARTICULO ORIGINAL

Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010

Quality of life in patients with breast cancer undergoing ambulatory oncologic treatment at the Social Security Institute in 2010

Recalde MT^I, *Samudio M^{II}

^IFacultad de Ciencias de la Salud. Carrera Enfermería. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Paraguay

^{II}Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

RESUMEN

El cáncer de mama es un problema de salud pública debido a su frecuencia y porque su diagnóstico y tratamiento alteran la calidad de vida de las mujeres afectadas en las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y sexuales. En Paraguay, existen pocos estudios realizados sobre la calidad de vida de pacientes oncológicos. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida de 125 mujeres, entre 25 y 90 años con cáncer de mama, que fueron sometidas a mastectomía y quimioterapia ambulatoria en el Hospital Día del Servicio de Hematología del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Se les administró un cuestionario genérico de la calidad de vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30), y uno específico: módulo de cáncer de mama (QLQ-BR23). Las mujeres reportaron malestar físico (dolor, insomnio, cansancio), malestar psicológico y dificultades en sus relaciones sexuales. Se observó una buena correlación entre ambos instrumentos ($r=0,77$; valor $p < 0,0001$), el QLQBR23 arrojó puntuaciones menores que el QLQ30 ($68,0 \pm 13,4$ frente $79,9 \pm 14,0$). La dimensión salud general tuvo el promedio más bajo. Ninguna persona calificó su salud general como excelente. La etapa de la enfermedad y presencia de linfedema se relacionaron con menor puntuación de la calidad de vida. En general, las mujeres afirmaron que su salud general y calidad de vida eran buenas; demostrando capacidad para desempeñar actividades laborales o del hogar y sociales. Se concluye que la calidad de vida relacionada a la salud es favorable en las pacientes estudiadas.

Palabras clave: calidad de vida, cáncer de mama, tratamiento oncológico, QLQ 30, QLQ BR 23.

ABSTRACT

Breast cancer is very frequent in women and its diagnosis and treatment influence the quality of life of affected women in the physical, psychological, social and sexual aspects. In Paraguay, there are few studies on the quality of life of cancer patients. The objective of this study was to evaluate the quality of life of 125 women who were between 25 and 90 years, had breast cancer and underwent mastectomy and chemotherapy in the outpatient Day Hospital of the Hematology Service of the Central Hospital of the Social Security Institute (IPS in Spanish). Two questionnaires were administered, a generic about the quality of life of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30), and one specific: breast cancer module (QLQ-BR23). The women reported physical discomfort (pain, insomnia, and fatigue), psychological distress and difficulties in their sex life. There was a very good

*Autor Correspondiente: **Dra. Margarita Samudio**. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud.

Río de la Plata y Lagerenza. Asunción-Paraguay

Email: margarita.samudio@gmail.com

Fecha de recepción: Octubre de 2011; Fecha de aceptación: Octubre de 2012

correlation between the two instruments ($r=0.77$, $p<0.0001$), despite the lower scores shown in the QLQBR23 as compared to the QLQ30 (68.0 ± 13.4 versus 79.9 ± 14.0). General health scores had the lowest average. No person described their general health as excellent. The stage of the disease and presence of lymph-edema were associated with lower scores of the quality of life. In general, the participants described their general health and quality of life as good, showing ability to perform home tasks and social activities. We conclude that the quality of life related to health is favorable in these patients.

Keywords: quality of life, breast cancer, cancer treatment, QLQ 30, QLQ BR 23.

INTRODUCCIÓN

Frente al diagnóstico de cáncer de mama, la mujer experimenta generalmente sentimientos de miedo, tristeza y negación; le genera sentimientos de ansiedad, tristeza y miedo, así como dudas y cuestionamientos, debido al estigma de enfermedad terminal que ocasiona sufrimiento y muerte. El cáncer de mama tiene un gran impacto sobre las mujeres, tanto por la importancia que se da a la mama, como por el miedo relacionado a los tratamientos. El tratamiento quirúrgico implica el retiro de toda o una parte de la mama, acompañado en ocasiones de radioterapia, quimioterapia o terapia hormonal sistémica. La enfermedad es agresiva y traumática, pudiendo afectar a la mujer en todas las dimensiones de su vida, acarreando cambios en el desempeño de sus roles y en la percepción de su imagen corporal (1).

Los éxitos en la investigación y el tratamiento en el cáncer de mama han conducido a un aumento en el número de sobrevivientes, lo que ha generado un gran interés del equipo interdisciplinario de salud por satisfacer las necesidades de este grupo. El efecto de estos procedimientos y tratamientos es devastador tanto para el paciente como para la familia, no solamente desde el punto de vista físico y psicológico; sino en todas las esferas holísticas del ser humano. El manejo integral del paciente oncológico, durante todas y cada una de las etapas de su enfermedad demanda por parte del profesional de enfermería conocimientos científicos específicos, además de un entrenamiento especial para su desempeño en las diferentes áreas relacionadas con la atención de este tipo de paciente (2).

El término calidad de vida (CV) se emplea hoy en día en muy diferentes campos del sistema de salud y también en otras áreas, como la sociología aplicada a la medicina y la economía de la salud. Aunque es un término que aparece con mucha frecuencia, no cuenta con una definición aceptada universalmente. En general, la CV se puede relacionar con todos los aspectos de la vida de una persona, pero en el campo de la oncología este término se centra en la salud del paciente. Por lo tanto, en este trabajo al hablar de CV, nos referimos a la salud global del sujeto y su relación con la enfermedad oncológica y sus tratamientos (3).

La CV se ha ido transformando en una importante medida del impacto de los cuidados médicos. La opinión cada vez más extendida y aceptada entre los profesionales de la salud de que los resultados médicos son insuficientes para mostrar una visión apropiada del efecto de la atención e intervención sanitaria, ha propiciado el interés por el concepto y la medida de la CV en el área de la salud. Por lo tanto, la atención se ha centrado en la calidad y no sólo en la cantidad de vida. Las respuestas sintomáticas o las tasas de supervivencia ya no son suficientes, en particular, cuando los pacientes son tratados por condiciones crónicas o que amenazan su vida. La terapia debería ser evaluada en función de si es más probable conseguir una vida digna de ser vivida, tanto en términos sociales y psicológicos, como en términos físicos. El propósito fundamental de la utilización y valoración de la CV consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica (3).

La CV de la mujer se ve afectada notablemente después del diagnóstico de cáncer de mama, dado que surgen efectos físicos, psicológicos y sociales que conllevan a un cambio de actitud y expectativas frente a la vida. El hecho que una mujer se enferme o muera por el cáncer de mama tiene un importante impacto en nuestra sociedad, debido a que la mujer constituye el centro del hogar. Además, desempeña múltiples roles en sus diferentes ámbitos de vida, tales como el laboral, académico, político, familiar y personal los cuales se deterioran drásticamente después del diagnóstico, por lo que sus redes sociales se debilitan y sus aportes a la sociedad se ven limitados. Por otro lado, es importante resaltar que en Paraguay no se han publicado investigaciones sobre CV, que abarquen aspectos socio-demográficos, clínicos, físicos y sociales de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y sus efectos, no solo en ellas sino también de su grupo familiar y social, lo que justifica la realización de este estudio que determinó la CV de pacientes con cáncer de mama mastectomizadas en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010 mediante dos cuestionarios, uno genérico (QLQ 30) y el otro específico para cáncer de mama (QLQ BR 23).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo de corte trasversal con componente analítico que se llevó a cabo desde octubre a noviembre del año 2010, en el Hospital Día del Servicio de Hematología del Instituto de Previsión Social (IPS), Asunción. El Servicio Hospital Día es una dependencia del Servicio de Hematología, funcionando a partir de junio del 2005 y ofrece asistencia al paciente oncológico y hematológico en forma ambulatoria. El promedio de pacientes atendidos es alrededor de 450 al mes, de los cuales aproximadamente 300 pacientes son oncológicos y 50 hematológicos. De los 300 pacientes oncológicos 150 pacientes padecen cáncer de mama.

Se seleccionaron todas las pacientes mastectomizadas que recibieron tratamiento ambulatorio de quimioterapia, mayores de 25 años que aceptaron participar voluntariamente. No fueron incluidas aquellas pacientes hospitalizadas o con algún compromiso auditivo o cognitivo que le impida responder el cuestionario individual. La selección de la muestra se realizó en forma consecutiva.

Se utilizaron como instrumentos, una ficha con datos socio-demográficos y clínicos de las pacientes (edad, sexo, estado civil, diagnóstico del cáncer según localización y síntomas, y el módulo general del cuestionario de calidad de vida de la *European Organisation for Research and Treatment of Cancer* (EORTC QLQ-C30) en la versión española(4), dos herramientas validadas de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer: la tercera versión del cuestionario QLQ-C30 y el módulo suplementario para cáncer de mama QLQ-BR23 (5).

El módulo general del cuestionario de calidad de vida (EORTC QLQ-C30) consta de 30 ítems que corresponden a las 30 preguntas del cuestionario que reflejan la múltiple dimensionalidad de la calidad de vida, en los cuales se evalúan cinco escalas funcionales (social, emocional, física, cognitiva y de rol), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómito) y una escala global de salud/calidad de vida. Esta escala incluye además un ítem orientado al área financiera, así como otros ítems individuales relacionados con los síntomas de la enfermedad y su tratamiento como problemas del sueño, pérdida de apetito, diarrea, disnea y estreñimiento (6).

El módulo específico para el cáncer de mama es el EORTC QLQ-BR23 que valora áreas relacionadas con las diferentes modalidades de tratamiento y otros aspectos de la calidad de vida más específicamente afectados en el cáncer de mama, como la imagen corporal y la sexualidad. El cuestionario consta de dos partes que se organizan en escalas e ítems individuales: 1) la escala funcional compuesta de las subescalas de la imagen corporal, el funcionamiento sexual, el placer sexual y las perspectivas a futuro. 2) la escala sintomática compuesta por las subescalas efectos de la quimioterapia, los síntomas de mama, los síntomas del brazo y la preocupación por la pérdida del cabello (7).

Previa a la ejecución del estudio, se obtuvo la autorización de las jefaturas médicas de los servicios de Hematología y Mastología del IPS. Posteriormente se procedió a solicitar en los Servicios, el listado de las mujeres que cumplían los criterios de inclusión para invitarlas a participar en el estudio. Las pacientes que no estaban citadas o cuyas citas no coincidían con el tiempo destinado para la recolección de datos, fueron contactadas por vía telefónica para programar una cita. La entrevista era personalizada, de forma anónima con el fin de conservar la confidencialidad de la información y el respeto por la intimidad de las mujeres encuestadas. Al respecto, se realizaron entrevistas asistidas partiendo de una buena explicación de los objetivos del estudio de parte la encuestadora, permitiendo que esta pudiera leerles el cuestionario y escribir sus respuestas. Con el fin de recoger los antecedentes relevantes para este estudio, se incluyeron en el cuestionario datos personales, consecuencias del tratamiento, intervenciones médico-quirúrgicas y antecedentes sociales y económicos, mediante el desarrollo de una ficha para caracterizar rasgos socioeconómicos.

Después de administrar los cuestionarios, los datos fueron analizados recurriendo al programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versión 11.5. Para la presentación de los informes se utilizó el procesador de texto Microsoft Word. El cuestionario incluyó variables relacionadas con aspectos demográficos, clínicos, de calidad de vida. Los datos que se obtuvieron a través de la ejecución del QLQ C30 y del EORTC QLQ—BR 23 fueron agrupados en base a las variables. En este trabajo se consideró la siguiente escala para medir la calidad de vida: Excelente ≥ 90 ; Muy buena 90 a 80; Buena 79 a 70; Regular 69 a 60; Aceptable 59 a 50; Mala < 50 . Al puntaje más elevado corresponde mejor calidad de vida.

RESULTADOS

Un total de 125 pacientes participaron en forma voluntaria en el estudio. La edad de las pacientes osciló entre 25 y 90 años con un valor medio de 55 años y un desvío estándar de 11 años. Más de la mitad (61%) de las pacientes estaban casadas en el momento de la encuesta; El 38,4% de las pacientes tenía nivel de escolaridad universitario y un nivel económico declarado regular en el 60,8%. Todas las pacientes gozaban de la seguridad social en salud con cobertura económica total en todos los tratamientos oncológicos. En relación a la situación laboral, el 36% era ama de casa, la conformación del hogar fue en casi la mitad entre tres y cuatro personas. El sustento económico del hogar de la paciente se dio en el 39,2% por la familia completa (tabla 1).

Tabla 1. Características generales de las mujeres con cáncer de mama, mastectomizadas y con tratamiento oncológico ambulatorio. n= 125

Características generales	n	%
Estado Civil		
Casada/conviviente	77	61,6
Soltera	23	18,4
Viuda	18	14,4
Separada	7	5,6
Situación Laboral		
Ama de Casa	45	36,0
Empleada	42	33,6
Jubilada	26	20,8
Con Licencia	11	8,8
Desempleada	1	0,8
Escolaridad		
Básica	45	36,0
Media	17	13,6
Técnica	15	12,0
Universitario	48	38,4
Situación Económica		
Buena	44	35,2
Regular	76	60,8
Mala	5	4,0
Nº de personas que viven en la casa		
Uno	2	1,6
Dos	10	8,0
Tres	35	28,0
Cuatro	29	23,2
Cinco	25	20,0
Seis	14	11,2
Más de seis	10	8,0
Quien sustenta la casa		
Paciente	28	22,4
Hijo	11	8,8
Esposo	37	29,6
Familia	49	39,2

En relación a las características de la mastectomía, la extirpación de la mama fue total unilateral en el 80% de las pacientes, en el 46% fue del lado derecho y en el 8% la extirpación fue bilateral. El 8% se sometió a reconstrucción mamaria. En el 92% de los casos se realizó la disección axilar de los ganglios linfáticos. El 95,2% de las pacientes recibió como tratamiento complementario quimioterapia (tabla 2).

Tabla 2. Características de la mastectomía con cáncer de mama, mastectomizadas y con tratamiento oncológico ambulatorio. n=125

Características de la mastectomía	n	%
Año de Mastectomía		
1999-2000	7	5,6
2001-2002	4	3,2
2003-2004	6	4,8
2005-2006	17	13,6
2007-2008	25	20,0
2009-2010	68	52,8
Mastectomía		
Total	100	80
Parcial	25	20
Ubicación de la mastectomía		
Derecha	59	47,2
Izquierda	56	44,8
Bilateral	10	8,0
Nódulos linfáticos		
Diseción axilar (DAL)	115	92,0
Ganglio centinela (DGC)	5	4,0
Ninguna	5	4,0
Reconstrucción mamaria		
No	115	92,0
Si	10	8,0
Manos que usa para comer		
Derecha	116	92,8
Izquierda	9	7,2

Las pacientes reportaron presencia de hipertensión arterial en el 50%. El 70% de las pacientes se encontraba en la fase curativa y el 30,4% en la etapa paliativa con metástasis y recaída de la enfermedad. La presencia de linfedema fue observada en el 28% de las pacientes (tabla 3).

Tabla 3. Características clínicas de las mujeres con cáncer de mama, mastectomizadas y con tratamiento oncológico ambulatorio. n=125

Características clínicas	n	%
Antecedentes mórbidos		
Hipertensión arterial crónica	62	49,6
Diabetes mellitus	18	14,4
Malignidad Previa	44	35,2
Etapas de la enfermedad		
Paliativa	38	30,4
Curativa	87	69,6
Tipo de tratamiento		
Quimioterapia	119	95,2
Radioterapia	64	51,2
Linfedema		
No	90	72,0
Si	35	28,0

Calidad de vida según el cuestionario QLQ30. En la dimensión del funcionamiento físico, el 41% de las mujeres refirió tener dificultad para dar un paseo largo; el 18% tiene dificultad para realizar esfuerzos importantes como llevar una bolsa de compra o una maleta. Teniendo en cuenta las limitaciones funcionales de las pacientes, el 15% tuvo impedimento importante para hacer su trabajo y el 13,2% tuvo limitaciones para sus actividades de ocio y entretenimiento. De acuerdo a los síntomas que presentaron las

pacientes por el tratamiento oncológico, el 58% de los casos reportó algún grado de cansancio, un poco (42%), bastante (12%) y mucho (4%). En forma similar, el 57% necesitó tiempo para descansar en algún nivel y el 54% ha tenido dificultades para dormir. El dolor fue reportado por la mitad de las pacientes, y en el 45% el dolor interfirió en sus actividades diarias. El 53% tuvo estreñimiento y el 26% refirió falta de apetito. En la función cognitiva, se encontró que el 68% de las mujeres tuvo alguna dificultad para recordar cosas y el 21% para leer el periódico o ver la televisión. En relación al estado emocional, el 73% de las mujeres refirió sentirse preocupada, el 64% sentirse nerviosa, deprimida 46% y 43% irritable. El 27% de las mujeres estaba bastante o muy preocupada en relación a todo lo que concierne a la enfermedad y 23% bastante o muy nerviosa. En el desenvolvimiento social, el 79,2% de las encuestadas indicó que no interfirió su estado físico o su tratamiento médico en su vida familiar, por el contrario todas las encuestadas comentaron el apoyo permanente de familiares y amigos. Las pacientes que recurren al Instituto de Previsión Social tiene seguro social para la salud y las encuestadas refirieron que no les causó muchos inconvenientes económicos el tratamiento oncológico en sí, porque el seguro la cubre totalmente. Sin embargo, los comentarios que algunas de ellas hicieron durante la entrevista revelaron que los gastos de traslado les crearon inconvenientes económicos. El 54,4% de las pacientes respondió que el tratamiento médico o el estado físico no le causaron problemas económicos (tabla 4).

Tabla 4. Dimensión física y síntomas generales en mujeres con cáncer de mama, mastectomizadas y con tratamiento quimioterápico ambulatorio. n= 125

	Nivel de afectación			
	A n (%)	B n (%)	C n (%)	D n (%)
Dimensión física				
-Dificultad para hacer actividades que requieran gran esfuerzo	71 (57)	32 (26)	12 (10)	10 (8)
-Dificultad para dar un paseo largo	74 (59)	28 (22)	13 (10)	10 (8)
-Dificultad para dar un paseo corto fuera de la casa	111(89)	8 (6)	3 (2)	3 (2)
-Tiene que permanecer en la cama o sentada	99 (79)	17 (14)	6 (5)	3 (2)
-Necesita ayuda para comer vestirse, asearse o ir al baño	117 (94)	6 (5)	-	2 (2)
Limitaciones funcionales				
-Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo cotidiano	90 (72)	17 (14)	12 (10)	6 (5)
-Ha tenido algún impedimento para realizar actividades de ocio	95 (76)	14 (11)	12 (10)	4 (3)
Síntomas generales (físico)				
-Tuvo asfixia	93 (74)	27 (22)	1 (1)	4 (3,2)
-Ha tenido dolor	62 (50)	41 (33)	11(9)	11 (9)
-Necesito tiempo para descansar	54 (43)	50 (40)	15 (12)	6 (5)
-Ha tenido dificultades para dormir	58 (46)	40 (32)	20 (16)	7 (6)
-Se ha sentido débil	66 (53)	46 (37)	8 (6)	5 (4)
-Le ha faltado el apetito	92 (74)	20 (16)	4 (3)	9 (7)
-Ha tenido náuseas	98 (78)	21 (17)	2 (2)	4 (3)
-Ha vomitado	114 (91)	9 (7)	2 (2)	-
-Ha estado estreñida	59 (47)	42 (34)	16 (13)	8 (6)
-Ha tenido diarrea	107 (86)	14 (11)	1 (18)	3 (2)
-Estuvo cansada	52 (42)	53 (42)	15 (12)	5 (4)
-Interfirió algún dolor en sus actividades diarias	69 (55)	35 (28)	11 (9)	10 (10)
Función cognitiva				
-Ha tenido dificultad para recordar cosas	40 (32)	59 (47)	20 (16)	6 (5)
-Ha tenido dificultad para leer el periódico o ver la televisión	99 (79)	19 (15)	6 (5)	1 (1)
Estado Emocional				
-Se sintió nerviosa	45 (36)	51 (41)	19 (15)	10 (8)
-Se sintió preocupada	34 (27)	57 (46)	15 (12)	19 (15)
-Se sintió irritable	71 (57)	34 (27)	14 (11)	6 (5)
-Se sintió deprimida	67 (54)	38 (30)	11 (9)	9 (7)
Su estado físico o tratamiento médico interfirió				
- en su vida familiar	99 (79)	15 (12)	9 (7)	2 (2)
- en su actividades sociales	74 (59)	34(27)	14 (11)	3 (2)
Su estado físico o el tratamiento médico				
-Le han causado problemas económicos	68 (54)	37 (30)	11 (9)	9 (7)

A: En absoluto; B: Un poco; C: Bastante; D:Mucho

En las escalas de salud general y calidad de vida las mujeres, el 40% valora su salud general como buena o muy buena (18%) y el 48% valora su calidad de vida como buena o muy buena (18%) (tabla 5).

Tabla 5. Salud general en mujeres con cáncer de mama, mastectomizadas y con tratamiento quimioterápico ambulatorio. n= 125

Durante la semana pasada, cómo valoraría ...	Nivel de afectación*					
	M n (%)	A n (%)	R n (%)	B n (%)	MB n (%)	E n (%)
su salud general	3 (2)	23 (18)	26 (21)	50 (40)	23 (18)	-
su calidad de vida en general	-	4 (11)	28 (22)	60 (48)	22 (18)	1 (1)

*Ninguna valoró como pésima. M: mala; A: aceptable; R: regular; B: buena; MB: muy buena; E: excelente

La calidad de vida según el QLQBR-23 mostró que en la escala sintomática, el 60% de las mujeres ha tenido en mayor o menor grado subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo; 55% tuvo dolores de cabeza; 51% tuvo la boca seca y a 49% le dolieron, irritaron o le lagrimearon los ojos. Casi la mitad de las mujeres experimentaron alguna caída de pelo. De estas últimas el 52% se sintió preocupada por la caída del pelo. El 84% de las mujeres refirió preocupación por su salud en el futuro; entre ellas el 18% expresó mucha preocupación y el 26% bastante preocupación. En cuanto a la frecuencia de la actividad sexual, el 70% de las mujeres entrevistadas refirió bajo nivel de deseo, el 64% baja frecuencia de la actividad sexual y el 69% falta de interés en el sexo. En la escala sintomática del brazo y el pecho, el 64% de las mujeres refirió algún dolor en el brazo o en el hombro; el 34% tuvo en mayor o menor grado dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados y al 27% se le hinchó el brazo del lado de la cirugía. El 71% de las mujeres sintió que la zona de su pecho afectado estaba más sensible de lo normal y el 54% tuvo algún dolor en el área de su pecho afectado (tabla 6).

Tabla 6. Efectos secundarios al tratamiento quimioterápico, función física y emocional en mujeres con cáncer de mama, mastectomizadas y con tratamiento quimioterápico ambulatorio. n= 125

Efectos secundarios	Nivel de afectación			
	A n (%)	B n (%)	C n (%)	D n (%)
-Tuvo la boca seca	61 (49)	40 (32)	11 (9)	13 (10)
-Tenía la comida y la bebida sabor diferente al habitual	78 (62)	31 (25)	6 (5)	10 (8)
-Le dolieron, se irritaron o le lloraron los ojos	64 (51)	43 (34)	10 (8)	6 (6)
-Se le cayó algo de pelo	63 (50)	8 (6)	4 (3)	50 (40)
-Preocupada por la caída del pelo (n=65)*	31 (48)	16 (25)	7 (11)	11 (17)
-Se sintió enferma o mal	79 (63)	29 (23)	13(10)	4 (3)
-Ha tenido subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo	50 (40)	41 (33)	22 (18)	12 (10)
-Tuvo dolores de cabeza	56 (45)	53 (42)	10 (8)	6 (5)
Imagen corporal (físico)				
-Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento	65 (52)	33 (26)	13 (10)	14 (11)
-Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento	74 (59)	34 (27)	9 (7)	6 (6)
-Le resultó difícil verse desnuda	73 (58)	20 (16)	16 (13)	16 (13)
-Se sintió desilusionada con su cuerpo	77 (62)	24 (19)	12 (10)	12 (10)
-Estuvo preocupada por su salud en el futuro	20 (16)	51 (41)	32 (26)	22 (18)
Disfrute del sexo				
-Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo	86 (69)	29 (23)	5 (4)	5 (4)
-Hasta qué punto tuvo vida sexual activa (con o sin coito)	80 (64)	36 (29)	8 (6)	1 (1)
-Hasta qué punto disfrutó del sexo**	87 (70)	16 (13)	14 (11)	6 (6)
Síntomas del brazo				
-Sintió algún dolor en el brazo o en el hombro	45 (36)	63 (50)	10 (8)	7 (6)
-Se le hinchó el brazo o la mano	91 (73)	24 (19)	6 (5)	4 (3)
-Tuvo dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados	82 (66)	29 (23)	8 (6)	6 (5)
Síntomas del pecho				
-Ha tenido algún dolor en zona de su pecho afectado	57 (46)	59 (47)	2 (2)	7 (6)
-Se le hinchó la zona de su pecho afectado	102 (82)	19 (15)	3 (2)	1 (1)
-Sintió que la zona de su pecho afectado estaba más sensible de lo normal	36 (29)	62 (50)	19 (15)	8 (6)
-Ha tenido problemas de piel en la zona de su pecho afectado (picor, sequedad, descamación)	86 (69)	32 (26)	2 (2)	5 (4)

*Sólo para las que tuvieron caída de pelo, **Solo para las personas que tuvo actividad sexual.

A: En absoluto; B: Un poco; C: Bastante; D: Mucho

Valores promedios de la calidad de vida en el QLQ30, QLQBR23 y combinación de ambos instrumentos. La dimensión salud general fue la que tuvo el promedio más bajo seguido de la calidad de vida y el aspecto emocional. No hubo ninguna persona que haya declarado su salud general como excelente (tabla 7).

Tabla 7. Valores promedios de las dimensiones que evalúan la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama mediante el QLQ30. n=125

Escalas	Promedio \pm desvío estándar	Rango
Funcional		
Social	85,8 \pm 21,0	0-100
Emocional	71,2 \pm 24,8	0-100
Física y de rol	85,3 \pm 19,1	4,1-100
Cognitiva	79,5 \pm 17,8	33-100
Síntomas	82,1 \pm 15,1	33,2-100
Dificultad financiera	76,7 \pm 30,5	0-100
Salud general	60,7 \pm 17,2	34-85
Calidad de vida	63,9 \pm 15,2	34-100

Dentro de la dimensión funcional, el aspecto sexual fue la que arrojó valores promedios muy bajos, a saber la escala del funcionamiento sexual tuvo un valor promedio de $14,5 \pm 22,1$ y disfrute del sexo $18,2 \pm 30,9$. La siguiente escala, que presentó un promedio bajo, fue de preocupación por la salud en el futuro $51,5 \pm 30,1$ y caída del pelo $69,9 \pm 34,6$ (tabla 8).

Tabla 8. Valores promedios de las dimensiones que evalúan la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama mediante el QLQ BR 23.

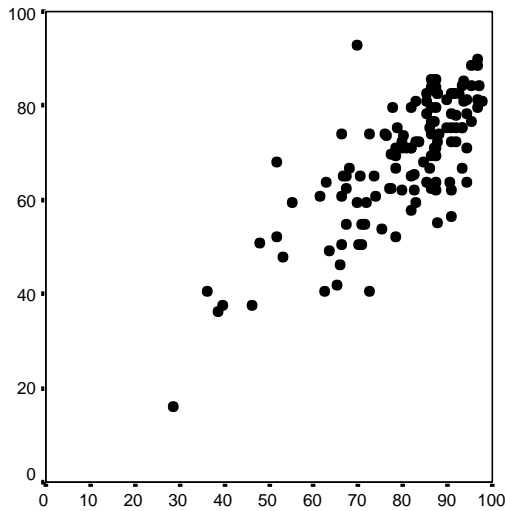
Escala	Promedio \pm desvío estándar	Rango
Funcional		
Imagen corporal	$75,8 \pm 28,9$	0-100
Funcionamiento sexual	$14,5 \pm 22,1$	0-100
Placer sexual	$18,2 \pm 30,9$	0-100
Preocupación por la salud en el futuro	$51,5 \pm 30,1$	0-100
Sintomática		
Efectos de la quimioterapia	$75,7 \pm 19,4$	5,5-100
Síntomas de la mama	$81,9 \pm 16,1$	16,5-100
Síntomas del brazo	$80,8 \pm 21,7$	0-100
Caída del pelo	$69,9 \pm 34,6$	0-100

Valores promedios de la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama (QLQ 30 y QLQBR23). El valor promedio de la calidad de vida fue menor por el instrumento específico QLQ BR 23 comparado al genérico QLQ30 ($68,0 \pm 13,4$ frente $79,9 \pm 14,0$) (tabla 9).

Tabla 9. Valores promedios de la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama mediante el QLQ30, QLQ BR 23 y combinación de QLQ30, QLQ BR 23.

Calidad de vida	Promedio \pm desvío estándar	Rango
QLQ30	$79,9 \pm 14,0$	28,8-97,9
QLQBR23	$68,0 \pm 13,4$	15,9-92,6
QLQ30 + QLQBR23	$74,8 \pm 12,9$	23,0-94,0

Correlación entre QLQ30 y QLQBR23 en las pacientes con cáncer de mama. Se observó una muy buena correlación entre ambos instrumentos ($r=0,77$; valor $p < 0,0001$), a pesar de que el QLQBR23 arrojó puntuaciones menores que el QLQ30 (figura 1).



Correlación $r = 0,77$; valor $p < 0,0001$

Figura 1. Correlación entre QLQ30 y QLQBR23

Calidad de vida de acuerdo al QLQ30, al QLQBR23 y combinados. Se observó mayor porcentaje de personas con calidad de vida muy buena (37% frente a 19%) y excelente (25% frente a 0,8%) en el QLQ30 que en el QLQBR23. Hubo mayor porcentaje de bueno (32% frente a 19%) y regular (26% frente a 11%) en el QLQBR23 que en el QLQ30 (figura 2).

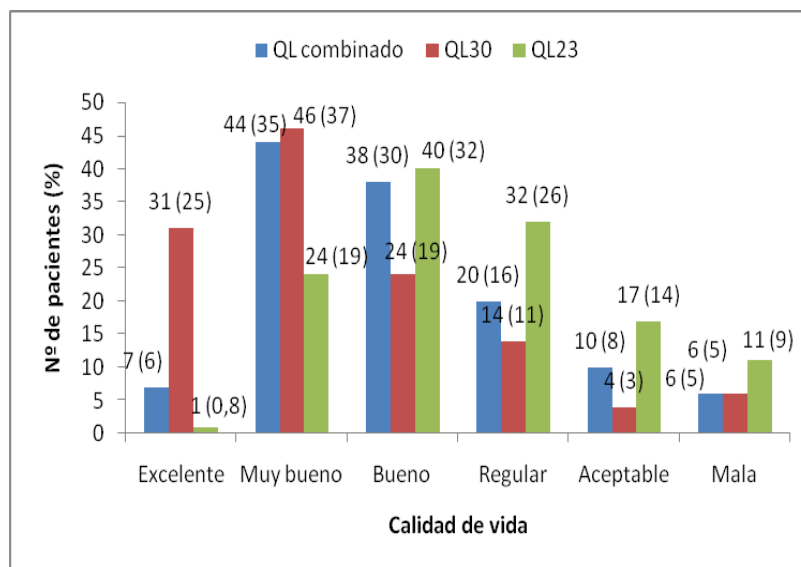


Figura 2. Calidad de vida de acuerdo al QLQ30, al QLQBR23 y combinación de ambos

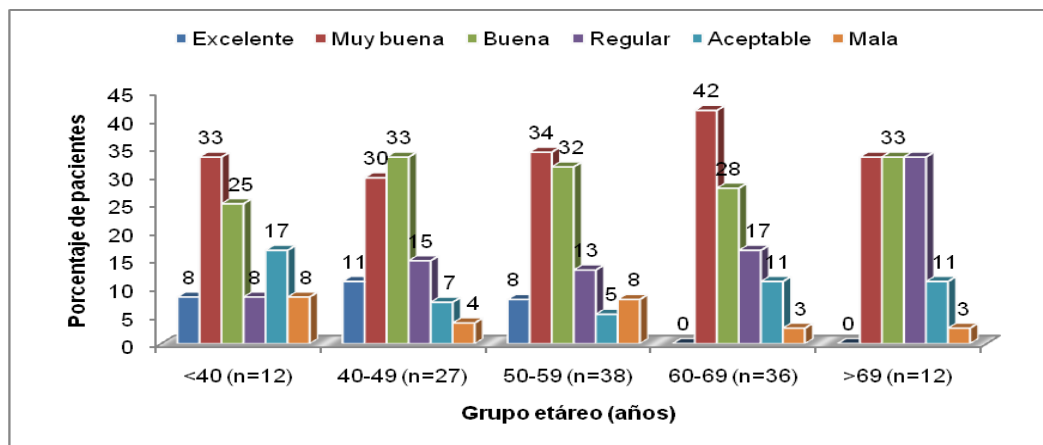
Factores asociados a la calidad de vida. No hubo diferencia significativa entre los valores promedios de la calidad de vida general combinando los cuestionarios QLQ30 y QLQBR23 según etario en las pacientes con cáncer de mama (valor $p > 0,05$; prueba ANOVA) (tabla 10).

Tabla 10. Valores promedios de la calidad de vida general de acuerdo al grupo etario. n=125

Grupo etario	n	Valores promedio desvío estándar	Rango
<40	12	72,1±16,2	38-89
40-49	27	75,1±15,7	23-93
50-59	37	74,0±13,4	37-90
60-69	36	75,4±10,5	42-90
>69	12	77,7±8,7	66-93

Valor $p > 0,05$; prueba ANOVA

En el grupo de mujeres entre 60-69 años, el 42% presentaba una calidad de vida muy buena; en el grupo menores de 40 años 31% presentaba una calidad de vida regular, aceptable o mala (figura 3).

**Figura 3.** Calidad de vida general por grupo etario en las pacientes con cáncer de mama

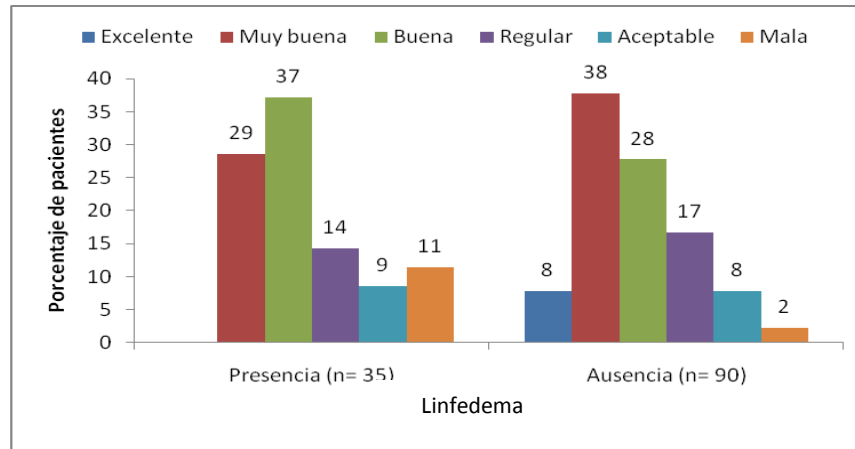
Los únicos factores que se asociaron significativamente a la calidad de vida fueron la etapa de la enfermedad y la presencia o no de linfedema (tabla 11).

Tabla 11. Comparación de valores promedios de las calidad de vida general de acuerdo a la etapa de la enfermedad y la presencia de linfedema

	Valores promedio \pm DE	Rango	Valor p
Etapa de la enfermedad			
Paliativa (n=38)	68,1±15,3	23,2-89,9	<0,001
Curativa (n=87)	77,7±10,6	42,5-93,7	
Linfedema			
Presente (n=35)	70,0 \pm 15,1	23,2-89,3	0,01
Ausente (n=90)	76,6 \pm 11,6	38,9-93,7	

DE: desvío estándar

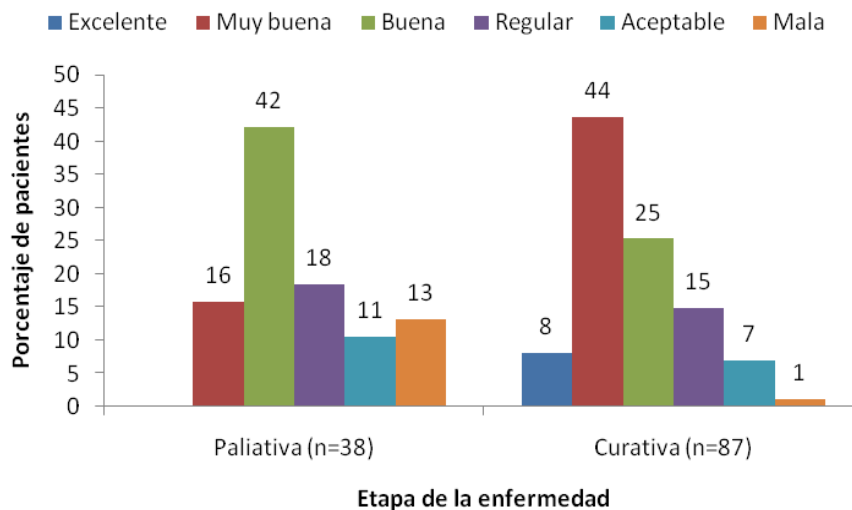
Hubo mayor proporción de mujeres con calidad de vida buena a excelente en el grupo que no presentó linfedema en comparación a las que presentaron, pero la diferencia no llegó a ser significativa (figura 4).



Valor $p = 0,1$; prueba χ^2

Figura 4. Asociación de la calidad de vida con la presencia de linfedema

Significativamente mayor porcentaje de mujeres que se encontraban en la etapa curativa presentaron calidades de vida de buena a excelente en comparación a las que se encontraban en la etapa paliativa (figura 5).



Valor $p = 0,001$; prueba χ^2

Figura 5. Asociación de la calidad de vida con la etapa de la enfermedad

DISCUSIÓN

Aunque en la esfera de la prevención del cáncer de mama una de las prioridades de los sistemas de salud de los países es su detección temprana, estudios como el presente justifican la necesidad de brindar a las pacientes con cáncer de mama medios que les permitan afrontar de la mejor forma las dificultades físicas, psicológicas y sociales que dicho diagnóstico trae aparejado. Tal respaldo ayudaría a prevenir el aislamiento de estas

pacientes y a que continúen con su proyecto de vida en mejores condiciones, fortaleciendo su entorno familiar y sus vínculos sociales para enfrentar las dificultades de la enfermedad.

Los estudios de calidad de vida siguen siendo un reto debido a su eminente carácter subjetivo, pero la epidemiología y la estadística brindan herramientas que permiten un buen acercamiento a la realidad de las pacientes. Estas aportan información relacionada con condiciones que pueden ser modificables o que simplemente generan una alerta en el personal de salud para focalizar acciones en grupos más vulnerables. En este estudio se trabajó con una muestra de 125 pacientes, mayoritariamente adultas mastectomizadas y con tratamiento quimioterápico ambulatorio.

El principal hallazgo en esta investigación fue la alta valoración en las escalas de la salud general y calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama, que dieron como resultado un 40% que valora su salud general como buena y el 48% valora como buena su calidad de vida. A nivel general, a las pacientes con cáncer reportaron que la enfermedad y el tratamiento médico no interfirieron demasiado en la realización de las actividades de la vida diaria, en actividades o encuentros de tipo social o familiar, como tampoco interfirió en la capacidad para concentrarse o recordar los acontecimientos de su entorno. Los resultados de este estudio son similares a las investigaciones desarrolladas por el Instituto de Medicancer de Medellín, Colombia donde la calidad de vida de los pacientes con cáncer fue de buena a muy favorable, lo mismo que la sintomatología clínica asociada al tratamiento quimioterapéutico como sensación de náuseas en el estómago, deseos de vomitar y vómito, dolor, disnea, inapetencia, diarrea o estreñimiento (8).

En nuestro estudio puede decirse que la percepción favorable en la calidad de vida global de los pacientes con cáncer estuvo específicamente supeditada a unas buenas funciones físicas y una baja sintomatología física, resultados que son similares a las investigaciones desarrollada por Da Costa Neto y Ferreira de Araujo y Steel et al(9), donde las dimensiones relacionadas con los síntomas de la enfermedad, las relaciones familiares y sociales tuvieron alto impacto en la calidad de vida general de los pacientes.

En el 79,2% de las mujeres encuestadas, su estado físico o su tratamiento médico no interfirió con el desenvolvimiento social, muy por el contrario sintieron el apoyo familiar en todo momento. Resultados de Fialho y Silva señalan también que, tras la realización de mastectomía las mujeres que no tenían apoyo de la familia, tenían más problemas bio-psico-social por la que el apoyo social y familiar ha sido identificado como un factor importante en la adaptación a la enfermedad contribuyendo así a una mejor calidad de la vida (10).

Se destaca el alto porcentaje de pacientes menores de 50 años en el estudio, con casos a partir de los 28 años de edad. Algunos autores afirman que las mujeres con cáncer de mama más jóvenes padecen a menudo distintos efectos secundarios que las mayores y enfrentan diferentes desafíos que las pacientes posmenopáusicas, como esterilidad, pérdida de la masa ósea, menopausia prematura y mayor fatiga (11). En este estudio se observaron diferencias en la mediana del puntaje de calidad de vida según los grupos de edad, siendo mejor la calidad de vida en las mujeres de 50 y más años, específicamente en el dominio relacionado con el entorno. Sin embargo, estos resultados contradicen lo observado en otro estudio, en el cual se presentaron puntajes de calidad de vida más altos en las pacientes más jóvenes que en las mayores de 50 años, posiblemente debido a que las pacientes de dicho estudio tenían mayor tiempo con el tratamiento para el cáncer de mama que las mujeres del presente estudio, lo cual permite una mejor adaptación biológica a las terapias correspondientes (12). Más aún, este hallazgo está sustentado en lo expresado por otros autores que afirman que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida (13).

En el IPS los servicios oncológicos, específicamente en lo relacionado con el tratamiento, se encuentra centralizada en el Hospital Central, por lo que muchas pacientes deben desplazarse desde otras ciudades periféricas a la capital e interior del país para acceder a estos servicios. Al respecto, si bien se podría esperar que la calidad de vida estuviera afectada en este sentido, dadas las implicaciones físicas y económicas de este desplazamiento, no se encontraron datos probatorios suficientes para afirmarlo, tal vez, entre otras razones, porque el cuestionario utilizado para valorar la calidad de vida no abordó en profundidad aspectos financieros de las pacientes. En la dimensión social de la calidad de vida un factor muy importante son estas dificultades financieras de las pacientes para afrontar el costo del tratamiento. El 54,4% de todas las pacientes respondió que no les ocasionaban problemas económicos, porque el tratamiento fue cubierto totalmente por el seguro social del IPS (14).

El cuestionario QLQ-C30 evalúa el estado emocional a través de cuatro preguntas sobre el estado de ánimo, preocupación, irritabilidad y depresión de las mujeres. El estado emocional, manifestado específicamente en sentimientos de preocupación se observó en el 15,2% de las encuestadas. En un estudio comparativo realizado en Cuba por Izquierdo-González et al en el año 2008 se demostró que el 81,2% mostró preocupación y el 62,5% mostró algún grado de depresión; estos dos aspectos en la escala de evaluación, la preocupación con un media de 54,67 y la depresión 66,67 fueron los factores que incidieron para que la escala emocional esté por debajo de los valores normativos de calidad de vida (15).

En cuanto a las escalas de síntomas generales y específicos, no se reportan porcentajes elevados, coincidiendo con los resultados de este trabajo y los reportados en el estudio realizado por Izquierdo-González et al (15). El 95% de las mujeres encuestadas en este estudio está con tratamiento quimioterápico y/o radioterápico o ambos al mismo tiempo, lo cual sufren el efecto secundario de la alopecia (pérdida de pelo), el 80% de ellas tienen mastectomía total, y el 20% mastectomía parcial (tumorectomía).

El funcionamiento sexual se evaluó a través de dos preguntas, relacionadas con el deseo y la frecuencia de la actividad sexual. El 70% de las mujeres entrevistadas refieren bajos niveles de deseo y el 64% baja frecuencia en el disfrute del sexo. Comparativamente con el estudio realizado en Cuba también el 81,2% de las entrevistadas refieren bajos niveles de deseo y frecuencia de la actividad sexual (15).

También Joly et al (2000) en otro estudio mostraron resultados negativos como consecuencia de efecto de la quimioterapia en el funcionamiento sexual, que sin embargo se va disminuyendo con el tiempo (16).

El estudio de Ganz et al en el año 2004, realizado con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama mostraron que el funcionamiento sexual es peor en el grupo de mujeres que reciben quimioterapia (17). Sin embargo, las secuelas de la pérdida del cabello fueron las de mayor incidencia en el grupo de este estudio al puntuar 40% del grupo encuestado. Este hallazgo concuerda con el estudio de Cuba al puntuar 66,7, del orden del valor reportado en pacientes de cáncer con menos de un año de supervivencia. El enfoque de la pregunta va dirigido a la preocupación por la pérdida del pelo, lo que evalúa un aspecto emocional y valorativo de la autoimagen, asociado a una de las consecuencias de la quimioterapia.

En un estudio de exploración realizado por Rebelo V et al en el año 2007 con 60 mujeres de Portugal, 17 se sometieron a una tumorectomía y 48 recibieron quimioterapia, sin embargo, los dos grupos no diferían en cuanto a la evaluación del funcionamiento y placer sexual, en comparación con las mujeres mastectomizadas que tienen más dificultades para hacer frente a su sexualidad y más problemas en términos de su imagen corporal y funcionamiento sexual, en comparación con mujeres tumorectomizadas; resultado similar se encontró en este estudio en relación al tratamiento que afecta al funcionamiento sexual y placer sexual de las pacientes del IPS (18).

También se demostró que, desde un punto de vista funcional, las pacientes en tratamiento con formas más tóxicas de quimioterapia, refieren menos placer sexual, y en los términos sintomáticos, había más fatiga, falta de aliento, cada vez más náuseas y vómitos. En resumen, estas pacientes sufren mucho más con los efectos físicos de la quimioterapia que las que reciben tratamientos menos agresivos, con una percepción de calidad de vida inferior (19). Resultados similares fueron encontrados por Fialho y Silva en el año 1993 según el cual la quimioterapia con antraciclinas, es más tóxica y reflejan negativamente en la calidad de vida de las personas estudiadas (20).

La adaptación general a la enfermedad dependerá, además, de factores como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, el locus de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médico y farmacológico utilizados, entre otras. Todos estos factores, en algunos casos, podrán permitir o no a los pacientes con cáncer lograr tener salud y por ende bienestar psicológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Cáncer de mama: prevención y control. [Internet]. Washington: OMS. [Citado noviembre 2010] Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>.
2. Casso D, Buist DS, Taplin S. Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health Qual Life Outcomes*. 2004 May 18;2:25.
3. Arraras JI, Martínez M, Manterota A, Laínez N. La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico: el grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicología [en línea]*. 2004 [Citado octubre 2010]; 1(1):p. 87-98. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=VOLUMEN&revista_busqueda=7552&clave_busqueda=1.
4. Silberfarb PM, Maurer LH, Crouthamel CS. Psychosocial aspects of neoplastic disease: I. Functional status of breast cancer patients during different treatment regimens. *Am. J. Psychiatry* 1980; 137(4): 450-5.
5. Plumb MM, Holland J. Comparative studies of psychological function in patient with advanced cancer- I. Self-reported depressive symptoms. *Psychosom. Med*. 1977; 39(4):264-76.
6. Bloom J, Fotopoulis S, Flamer G, Holland JC, Muenz L, Murawski B, et al. Psychological response to mastectomy. A prospective Comparison study. *Cancer* 1987; 59:189-196.
7. Jacobsen PB, Holland JC. The Stress of cancer: Psychological responses to diagnoses and treatment. In: Cooper CL, Watson M, ed. *Cancer and Stress: Psychological, Biological and Coping Studies*. Australia: John Wiley & Sons Australia; 1991: p.147-167.
8. Gaviria AM, Vinaccia S, Riveros MF, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicol. Caribe*. [Internet]. 2007 [Citado noviembre 2010]. (20): 50-75. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pdc/n20/n20a04.pdf>.
9. Costa Neto SB, Ferreira de Araujo TC. Calidad de vida de los portadores de neoplasia de cabeza y de cuello en fase diagnóstica. *Revista colombiana de Psicología* 2005; (14): 53-63.
10. Fialho AVM, Silva RM. Mastectomia e suas repercussões. *Rev Bras Enfermagem* 1992 janeiro/março; 45(1):28-35.
11. Stuyck J. Cáncer de mama en la flor de la vida. Informe para médicos. *OncoLog*. 2006; 51(6).
12. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Eckel R, Sauer H, Hölzel D. Predictors of quality of life of breast cancer patients. *Acta oncology*. 2003; 42(7):710-8.
13. Leplège A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *JAMA*. 1997 Jul 2; 278(1):47-50
14. Monsalve G. El origen institucional de la seguridad social. *Visión general del sistema de seguridad social en salud*. Bogotá: Ministerio de Salud; 2005.
15. Izquierdo-González M, González-Pérez U, Alerm-González A, Jáuregui-Haza U. Calidad de vida en grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. *Rev. Haban cienc Med La Habana* 2008; 7(2):1-11.
16. Joly F, Espinosa M, Martí M. Calidad a largo plazo de la vida en las mujeres pre menopáusicas con cáncer de mama con ganglios negativos localizado tratado con o sin quimioterapia adyuvante. *Mama Revista Cáncer* 2000; 83: 577-82.

17. Ganz Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Meyerowitz B, Bower JE. La calidad de vida al final del tratamiento primario del cáncer de mama: en primer lugar resultados del ensayo Más allá del cáncer de azar. *Diario del Instituto Nacional del Cáncer* 2004; 5: 376-87.
18. Rebelo V, Rolim L. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psic, Saúde & Doenças* 2007; 8(1)13-32.
19. Bloom JR. Respuesta psicológica a la mastectomía. *Cáncer* 1986, 59, 189-96.
20. Fialho A, Silva R. Mastectomía y sus consecuencias. *Diario Enfermería* 1993, 46, 266-70.