

ESTUDIO LONGITUDINAL DEL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO Y LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA

LONGITUDINAL STUDY OF POSTTRAUMATIC GROWTH AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN'S BREAST CANCER SURVIVORS

Teresa Esparza Baigorri¹, Tomás Martínez Terrer², Nora Leibovich de Figueroa³, Ricardo Campos Ródenas⁴ y Antonio Lobo Satué⁵

¹ Hospital Oncológico Marie Curie, Buenos Aires, Argentina

² Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, España

³ Facultad de Psicología. Instituto de Investigaciones, Universidad de Buenos Aires, Argentina

⁴ Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

⁵ Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza, España

Resumen

Objetivo: Describir la relación entre el Crecimiento Postraumático (CPT) y la Calidad de Vida (CV) en una muestra de mujeres supervivientes de Cáncer de Mama, a lo largo de tres años tras la finalización de los tratamientos.

Método: A una muestra de pacientes ambulatorios (N=156) administramos la adaptación Argentina del Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI) y de la Escala para la evaluación de enfermedades crónicas (FACIT-B).

Se realizó un estudio descriptivo correlacional longitudinal con un diseño no experimental. Se valoraron las propiedades psicométricas de los cuestionarios utilizados en la muestra. Se aplicó Correlación de Pearson para relacionar ambos constructos y el Test de Friedman para valorar la existencia de diferencias significativas en los valores de CPT y la CV a lo largo del tiempo.

Resultados: La media de edad es de 60,7; (DT=9,0). Se encontró que el 54,5%, 50%, y 53,9% de las participantes presentaron CPT de moderado a alto a lo largo de las tres evaluaciones realizadas. No hubo diferencias significativas entre las tres visitas ($p=0,153$).

Abstract

Objective: The purpose of this study is to describe the relationship between posttraumatic growth (CPT) and Quality of Life (QoL) in a sample of women survivors of Breast Cancer, over three years after completion of treatment.

Method: A sample of outpatients (N=156) completed the Argentinean adaptation of Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) and Scale for the evaluation of chronic disease (FACIT-B).

A longitudinal descriptive correlational study with a non-experimental design was used. The psychometric properties of the questionnaires used in the sample were evaluated. Pearson correlation was used to relate the two constructs and the Friedman test for assessing the existence of significant differences in the values of CPT and CV over time.

Results: The median age was 60,7 (DT=9,0). The 54,5%, 50% and 53.9% of participants had moderate to high CPT in the first, second and third visits respectively. There were no significant differences among the three views

Correspondencia:

Hospital Oncologico Marie Curie
Patricias Argentinas, 150. Buenos Aires (Argentina)
E-mail: teresbai@hotmail.com

La presente investigación fue realizada Buenos Aires (Argentina) en el marco de una "Beca Maec-Aecid" otorgada por el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación Internacional de España.

Los mayores niveles de CPT estuvieron relacionados con una mejor CV. Dicha relación se mantuvo además en la primera visita ($r=0,227$; $p=0,022$), en la segunda ($r=0,317$; $p=0,001$) y en la tercera ($r=0,304$; $p=0,002$). La CV fue deficitaria y empeoró a lo largo del tiempo.

Conclusiones: El CPT permaneció estable. La CV fue disminuyendo. Se encontraron relaciones positivas entre el CPT y la CV, las cuales se mantuvieron a lo largo del tiempo.

Palabras clave: Calidad de Vida, Crecimiento Postraumático, estudio longitudinal, cáncer de mama.

(PTGI Total $p=0,153$). The highest levels of CPT are associated with better CV. This relationship is also maintained in the first visit ($r =0,227$; $p=0,022$), second ($r=0,317$; $p=0,001$) and third ($r=0,304$; $p=0,002$). CV was deficient and decreased over time.

Conclusions: The CPT remained stable. It was found positive relations between the CPT and the CV, which were maintained over time.

Keywords: Quality of Life, Posttraumatic Growth, longitudinal study, Breast Cancer.

INTRODUCCIÓN

La evidencia científica muestra que más del 50% de los pacientes presentan signos y síntomas ansiosos o depresivos como consecuencia del elevado estrés psicológico que experimentan. Así mismo, se ha observado que entre el 20-35% de los pacientes con cáncer llegan a presentar morbilidad psicopatológica tras el diagnóstico y que estos porcentajes aumentan durante los tratamientos y la hospitalización⁽¹⁾.

Sin embargo, a pesar de estas cifras, y de que los pacientes se enfrentan al diagnóstico de esta enfermedad y a múltiples factores de estresores desde el momento en que se les comunica el diagnóstico, hay estudios que afirman que existen aspectos de esta experiencia que las personas perciben como beneficiosos, siendo denominado este proceso Crecimiento Postraumático (CPT), y definido como el cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático⁽²⁾. El individuo no sólo sobrevive y resiste, sino que la dicha experiencia produce en él un cambio positivo que le lleva a un estado mejor al que se encontraba antes de ocurrir el evento.

Este cambio puede producirse en tres dimensiones⁽³⁾. Por un lado puede provo-

car cambios en uno mismo, desarrollando la persona una autoimagen de fortaleza y mayor confianza en sí mismo para afrontar futuras adversidades. Por otro lado, también se describen cambios en las relaciones interpersonales, siendo habitual el fortalecimiento de las relaciones con otras personas, la percepción de mayor unión con la familia a partir del acontecimiento, o el aumento en las conductas de ayuda a los demás por el incremento de la sensibilidad hacia el sufrimiento. Finalmente, también son frecuentes los cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida, produciéndose cambios en la escala de valores, priorizando a otros aspectos, o disfrutando más de las pequeñas cosas⁽⁴⁾.

La alta prevalencia de CPT encontrada en estudios que evaluaban dicho fenómeno en este tipo de pacientes, lleva a cuestionarse si el cambio positivo producido como consecuencia del afrontamiento del cáncer sería una excepción o una norma. Si bien estos estudios describen aspectos positivos relacionados con la enfermedad, también afirman que la idea de que la experiencia de crecimiento no implica verse libre de sufrimiento y cómo la coexistencia de ambos tipos de emociones (positivas y negativas) suele estar presente⁽⁵⁾.

Aproximadamente unos dos tercios de los supervivientes de experiencias traumá-

ticas encuentran caminos a través de los cuales aprenden de su lucha contra los cambios que el suceso traumático provoca en sus vidas⁽⁶⁾. Estudios realizados en pacientes de cáncer concluyen que hasta el 70% han encontrado beneficios de su experiencia⁽⁷⁾, habiendo aprendido a tomarse la vida con mayor facilidad y disfrutar más de ella.

Con relación a la estabilidad del CPT, varios estudios han encontrado que cuanto más tiempo pase desde el suceso traumático, mayor es dicho crecimiento⁽⁸⁻¹⁰⁾. En una revisión de varios estudios⁽¹¹⁾ los cuales incluían muestras en estadios de cáncer de mama de 0-III, se encontró una correlación positiva entre CPT y tiempo desde el diagnóstico que oscilaba entre 0,24 y 0,36. Uno de estos estudios era longitudinal⁽¹²⁾ y revelaba un consistente y significativo aumento de las puntuaciones obtenidas pasados los 18 meses en mujeres con cáncer de mama. Sin embargo otros estudios contradicen estos resultados afirmando la existencia de una relación negativa entre ambos constructos^(13,14). Dichos estudios que revelaban relaciones negativas habían sido realizados con muestras en las que habían pasado más de tres años desde el diagnóstico versus el periodo de menos de dos años de las muestras de los estudios que apoyaban la relación positiva. Por lo que a partir de dichos datos, podría pensarse que la relación entre el CPT y el tiempo desde el diagnóstico puede ser más fuerte en los dos primeros años después del diagnóstico y del tratamiento que varios años después del mismo.

Por otro lado el estudio de la Calidad de Vida (CV) de los pacientes con cáncer de mama ha sido de sumo interés, tanto dirigido a entender el efecto que en ella tienen la enfermedad y los tratamientos, como en intentar mejorarla⁽¹⁵⁾.

La revisión de los estudios demuestra que las supervivientes de cáncer con el paso del tiempo, a pesar de estar libres de

enfermedad, presentan niveles de CV más bajos que el resto de la población sana. Por lo que a pesar de alejarse temporalmente del momento del diagnóstico y de los tratamientos, las secuelas que puedan aparecer no solamente estarán relacionadas con aspectos físicos sino también con aspectos psicológicos y emocionales, que repercutirán en la CV de estas mujeres⁽¹⁶⁾.

A pesar de que las relaciones entre CPT y CV son complejas, los modelos teóricos encuentran relaciones indirectas entre ambas variables a partir de las investigaciones realizadas en emociones positivas. Si bien el afecto positivo no es un componente del CPT, hay estudios que afirman la asociación del crecimiento con incrementos en la afectividad positiva⁽¹⁷⁾. Igualmente el CPT estaría relacionado con indicadores objetivos de salud: aumento de cortisol, disminución de la percepción del dolor, etc.^(18,19). También son encontrados algunos estudios que asocian el CPT con un menor malestar en las pacientes con cáncer⁽²⁰⁾.

Por lo general los resultados que desprenden las investigaciones son contradictorios. La complejidad del concepto de CV, su evaluación y la multiplicidad de factores que la determinan, podrían estar afectando al encuentro de relaciones claras entre ambas variables. La interpretación de los resultados negativos entre CV y CPT también resulta complejo por el tipo de muestras y las medidas de adaptación. Se ha usado una gran variedad de medidas para comprobar la asociación entre CPT y la CV lo que dificulta la extracción de conclusiones al comparar los diferentes estudios realizados⁽²¹⁾.

MÉTODO

Muestra

Participaron en el estudio un total de 156 mujeres (Edad Media=60,7; DT=9,0) pertenecientes al servicio de patología ma-

maria del Hospital Marie Curie de Buenos Aires. Las mismas fueron evaluadas en tres ocasiones de forma anual.

La muestra utilizada fue de tipo no probabilística o dirigida por conveniencia, de sujetos voluntarios⁽²²⁾. Estuvo compuesta por N=156 en la primera visita, N=120 en la segunda visita, y N=102 en la tercera.

Las características sociodemográficas de la misma fue variando levemente por la mortalidad muestral propia de los estudios longitudinales siendo 54 participantes (34,5%) el total de los casos perdidos; de los cuales 38 (24,3%) no pudieron ser ubicadas (por cambios de domicilio o cambio de número de teléfono), 11 (7,05%) fueron excluidas del estudio por tener una recaída de la enfermedad, 4 (2,5%) fallecieron y 1(0,64%) persona abandonó el estudio voluntariamente.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: ser mujer adulta (18 años o más), haber tenido diagnóstico de cáncer de mama in situ o estadios I, II y III (menos de cuatro ganglios afectados) y haber transcurrido al menos un año tras la finalización de los tratamientos (i.e. quirúrgico y médico) y la inexistencia de diagnóstico previo de otro tipo de cáncer. No fue excluyente estar en tratamiento hormonal (i.e. tamoxifeno).

Se realizó una entrevista de evaluación con un protocolo de recogida de datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel educativo), datos médicos relativos a la enfermedad (diagnóstico, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, tipo de tratamiento recibido, antecedentes oncológicos familiares) y datos médicos relativos al estado psicológico actual y antecedentes psiquiátricos del paciente.

Después de la entrevista se administraron la escala "Escala Funcional para el tratamiento de enfermedades crónicas en pacientes con cáncer de mama (FACIT-B)" y el "Posttraumatic Growth Inventory" (PTGI), que el paciente los cumplimentaba.

Material

– *Inventario de Crecimiento postraumático (PTGI)*⁽²³⁾. Es un cuestionario autoadministrado que comprende 21 ítems que evalúan la percepción de beneficios personales en supervivientes de un acontecimiento traumático. Los ítems son del tipo "Cambié mis prioridades sobre lo que es importante en la vida" y el formato de respuesta tipo likert con seis categorías de respuesta, en un rango de puntuación de 0 (no cambio) a 5 (muy alto grado de cambio) en sentido positivo, a más puntuación de mayor cambio percibido. El cuestionario no posee puntos de corte. La interpretación de la puntuación obtenida en el mismo se realiza bajo el criterio de que a mayor puntuación obtenida mayor CPT percibido. Los autores sugieren comparar los resultados obtenidos con los de otros estudios similares, o la división de la puntuación del sujeto entre el número total de ítems para valorar el nivel de crecimiento. Tiene un Alfa de Cronbach de 0,92. Está constituido por cinco dimensiones: Factor 1-*Relación con los demás* ($\alpha=0,85$), que evalúa el hecho de que la persona se sienta más unida y cercana a los demás ante las dificultades, incrementa el sentido de compasión hacia los que sufren, y haya una voluntad para dejarse ayudar y utilizar el apoyo social que antes había ignorado. Factor 2-*Nuevas Posibilidades* ($\alpha=0,84$), referido a un cambio en los intereses o actividades, algunas personas incluso emprenden nuevos proyectos vitales. Factor 3-*Fuerza Personal* ($\alpha =0,72$), este factor evalúa en qué medida la persona siente que ha sobrevivido a lo peor, confirmando con ello su fortaleza, se siente segura de sí misma y capacitada para superar dificultades. Factor 4-*Cambio Espiritual* ($\alpha=0,85$) agrupa la búsqueda de sentido espiritual de las cosas, búsqueda de significado a la vida y planteamientos existenciales de la persona. Factor 5-*Apreciación por la Vida*

($\alpha=0,67$), supone una actitud más relajada ante la vida, cambio en el estilo de vida (i.e. hábitos saludables) o cambio en las prioridades vitales (i.e. valorar pequeñas cosas). La versión española del cuestionario fue validada en población latina inmigrante y ha sido adaptada a la presente muestra de pacientes oncológicos presentando un Alfa de Cronbach de 0,89.

– *Evaluación Funcional para el Tratamiento de Enfermedades Crónicas (FACT-B)*⁽²⁴⁾: Cuestionario autoaplicado que evalúa Calidad de Vida en pacientes con cáncer en general (posee una primera parte común a todo tipo de cáncer), y concretamente en cáncer de mama (la segunda parte es específica para esta población).

Presenta un formato tipo Likert de 5 opciones de respuesta (de “nada” a “muchísimo”). Los ítems son del tipo “Me falta energía” “Me molestan los efectos secundarios del tratamiento” “Tengo el brazo o brazos hinchados o doloridos”. Evalúa 5 aspectos que pueden verse afectados por la enfermedad a través de 37 ítems, en los últimos 7 días.

Está compuesta por dos partes. La primera corresponde a la escala *FACT General (FACT-G)*, que consta de 27 ítems y evalúa cuatro áreas de la Calidad de Vida: *bienestar físico (PWD)*, *bienestar familiar/social (SWD)*, *bienestar emocional (EWS)* y *bienestar funcional (FWS)*. La segunda parte corresponde a la versión *FACT-Breast (FACT-B)* para cáncer de mama y añade nueve ítems específicos para el cáncer de mama que incluyen cuestiones relacionadas con la *aparición, la sexualidad, el efecto del tratamiento y el estrés (CBS)*.

Presenta un índice de fiabilidad de 0,89. La consistencia interna entre sus subescalas presenta un rango entre 0,63 a 0,90. Validez: La evidencia apoya la fiabilidad test-retest (0,88), así como convergente, divergente y validez según grupos conocidos. La versión presente adaptada a población oncológica presenta un Alpha

de Cronbach con relación a las diferentes subescalas analizadas que oscila entre 0,74 y 0,83.

Análisis Estadístico

El presente es un estudio descriptivo correlacional con un diseño no experimental de tipo longitudinal⁽²⁵⁾.

Se comprobó la normalidad de los datos por medio del Test de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors, para con posterioridad determinar el tipo de test a utilizar en el caso de inferencia (Test paramétrico o test no paramétrico).

Se utilizó además el Coeficiente de Correlación de Pearson para comprobar la relación entre variables. Para su interpretación se tuvo en cuenta el siguiente criterio⁽²⁵⁾: bajo = 0,10; mediano = 0,30; alto = 0,50.

Para comparar el CPT y la CV a lo largo de las tres evaluaciones realizadas (Visita 1, Visita 2 y Visita 3) se aplicó el test no paramétrico de Friedman para medidas repetidas y en el caso de que se encontraran diferencias significativas, se realizaba dos a dos con el Test no paramétrico de Wilcoxon.

Así también para relacionar las características de tipo cualitativo, como medida de análisis se utilizó Chi-cuadrado para establecer la asociación o independencia entre las variables estudiadas. En aquellas variables donde se logró determinar la asociación, se utilizaron los residuos ajustados de Haberman (RA) para explicar la categoría responsable de la significación estadística. Así también se utilizó el estadístico Z en el análisis de algunos datos marginales.

RESULTADOS

En la Tabla 1, pueden observarse las características sociodemográficas de la muestra a lo largo de las tres evaluaciones (N=156, N=120 y N=102). Para su análisis en cada momento se tomó la totalidad de

los casos, tratándose por tanto de medidas independientes y aplicándose los estadísticos Kruskal-Wallis y Chi-Cuadrado. Se mantuvo la homogeneidad de la misma, a pesar de las variaciones sufridas por los casos perdidos, propio de los estudios longitudinales.

Crecimiento Postraumático

El 54,5% de la muestra obtuvo puntajes correspondientes con un CPT de moderado a alto en la primera visita, el 50% en la segunda y el 53,9% en la tercera respectivamente.

Tabla 1. Aspectos Sociodemográficos

	1º VISITA N=156		2º VISITA N= 120		3º VISITA N=102		DIFERENCIA ENTRE VISITAS
<i>Edad media</i>	60,7 ±9,0		61,4 ±8,8		62,0 ± 9,0		K-w=4,515(p=0,105)
<i>Edad media al diagnóstico</i>	53,5±10,1		54,3±10,1		54,8±10,5		K-w=5,244(p=0,073)
	N	%	N	%	N	%	
<i>Estado Civil</i>							
Soltera	21	13,5	15	12,5	14	13,7	X ² = 11,069 p = 0,352
Casada	77	49,4	61	50,8	49	48,0	
Separada	23	14,7	14	11,7	12	11,8	
Viuda	21	13,5	19	15,8	16	15,7	
Pareja de hecho	12	7,7	10	8,3	10	9,8	
Pareja no conviviente	2	1,3	1	0,8	1	1,0	
<i>Nivel Educativo</i>							
Universitario completo	4	2,6	3	2,5	1	1,0	X ² = 14,481 p = 0,563
Universitario incompleto	5	3,2	4	3,3	4	3,9	
Terciario completo	7	4,5	6	5,0	6	5,9	
Terciario incompleto	4	2,6	3	2,5	3	2,9	
Secundario completo	44	28,2	37	30,8	32	44	
Secundario incompleto	25	16,0	16	13,3	12	25	
Primario completo	56	35,9	43	35,8	37	56	
Primario incompleto	10	6,4	7	5,8	6	10	
<i>Tratamientos realizados</i>							
Mastectomía	99	63,9	74	62,2	62	61,4	X ² =0,915(p=0,922)
Quimioterapia	93	59,6	70	58,3	56	54,9	X ² =3,681(p=0,159)
Radioterapia	114	73,1	87	72,5	74	72,5	X ² =0,089(p=0,957)
Reconstrucción	8	5,1	8	6,7	6	5,9	X ² =3,390(p=0,184)
<i>Tratamiento psicológico</i>	34	21,8	27	22,5	22	21,6	X ² =0,498(p=0,780)
<i>Antecedentes oncológicos familiares</i>	60	38,7	45	37,8	36	35,3	X ² = 2,085(p=0,352)
<i>Evolución desfavorable</i>	80	86	62	84,9	55	84,6	X ² =0,385(p=0,825)

Nota:

K-W: Kruskal-Wallis

X²: Chi-Cuadrado

Se comprueba por medio del Test de Friedman (Comparación múltiple no paramétrica para muestras repetidas), que no hay diferencias significativas entre los valores de las tres visitas en (F1): Filosofía ante la vida ($p=0,989$), PTGI (F2): Actitud hacia uno mismo ($p=0,086$), PTGI (F3): Relaciones interpersonales ($p=0,107$) e incluso en el PTGI Total ($p= 0,153$). Ver tabla 2.

Calidad de Vida

La CV de la muestra en general es baja. El factor relacionado con el estado físico (PWB) aparece disminuido en las tres visitas. El 100% de las participantes afirman tener problemas físicos como consecuencia de la enfermedad y los tratamientos. El 96,8%, 98,3% y 99% de las participantes a lo largo de las tres visitas respectivamente, tienen alterada la CV relacionada con el estado psicológico (EWB). Así mismo el 100%, reconoce tener alteraciones específicas del cáncer de mama (CBS); como alteración en la imagen corporal por la pérdida de la mama, dolor en el brazo,

disminución del atractivo físico, etc. El 85,9%, 86,7% y 86,3% de las participantes a lo largo de las tres visitas respectivamente, refieren óptimos niveles de apoyo social y familiar (SWB). El 89,7%, el 75% y el 75,5% de las participantes a lo largo de las tres visitas, afirman tener una capacidad funcional personal óptima (FWB).

Para valorar la estabilidad temporal de la CV se aplicó el test no paramétrico de Friedman para evaluar diferencias significativas entre las tres visitas, aplicando posteriormente el Test no paramétrico de Wilcoxon para determinar diferencias dos a dos. Ver tabla 3.

Se realizó análisis del seguimiento del total de la prueba y por subescala obteniendo los siguientes resultados:

– Estado Físico (PWB): hay diferencias significativas entre los valores del PWB en cada momento ($p=0,000$). Entre la 1ª visita y la 2ª visita existen diferencias significativas ($p=0,042$) siendo los valores de PWB significativamente inferiores en la 1ª visita con respecto a la 2ª visita. En el caso de

Tabla 2. **Análisis Longitudinal del CPT**

	Visita	Media	DT	Mediana	Friedman(p) ¹
<i>Filosofía de Vida (F1)</i>	1ª	17,0	5,8	18,0	0,989 ²
	2ª	16,2	6,5	18,0	
	3ª	15,5	7,1	17,0	
<i>Actitud de sí mismo (F2)</i>	1ª	13,7	7,2	14,0	0,086 ²
	2ª	12,9	7,3	13,0	
	3ª	13,0	7,8	13,0	
<i>Relaciones Interpersonales(F3)</i>	1ª	5,3	3,1	5,0	0,107 ²
	2ª	5,2	3,1	5,5	
	3ª	5,2	3,2	5,0	
<i>Crecimiento Postraumático (PTGI)</i>	1ª	61,4	21,9	65,5	0,153 ²
	2ª	58,9	23,5	62,5	
	3ª	58,3	25,9	65,5	

Nota: .DT: desviación típica; 1: Test de comparación múltiple de datos repetidos. 2: Diferencias no significativas.

la 1ª visita y la 3ª visita, no existen diferencias significativas ($p=0,189$). En cuanto a la comparación entre la 3ª visita y la 2ª visita, sí existen diferencias significativas ($p=0,001$), siendo inferiores los valores en la 3ª visita con respecto a la 2ª visita.

– Ambiente Familiar (SWB): hay diferencias significativas entre los valores del SWB en cada momento ($p=0,000$) entre la 1ª visita y la 2ª visita, no existen diferencias significativas ($p=0,221$). En el caso de la 1ª visita y la 3ª visita, sí existen diferencias significativas ($p=0,022$), siendo los valores del SWB significativamente superiores en la 1ª visita con respecto a la 3ª visita. En cuanto a la comparación entre la 3ª visita y la 2ª visita, no existen diferencias significativas ($p=0,281$).

– Estado Emocional (EWB): hay diferencias significativas entre los valores del EWB en cada momento ($p=0,000$) entre la 1ª visita y la 2ª visita, sí existen diferencias significativas ($p=0,007$), es decir, que los valores del EWB, son significativamente superiores en la 1ª visita con respecto a la 2ª visita. En el caso de la 1ª visita y la 3ª visita, existen diferencias significativas ($p=0,000$), es decir, que los valores del EWB, son significativamente superiores en la 1ª visita con respecto a la 3ª visita. En cuanto a la comparación entre la 3ª visita y la 2ª visita, sí existen diferencias significativas ($p=0,038$), es decir, que los valores del EWB, son inferiores en la 3ª visita con respecto a la 2ª visita.

– Capacidad de funcionamiento personal (FWB): hay diferencias significativas entre los valores del FWB en cada momento ($p=0,001$). Entre la 1ª visita y la 2ª visita, sí existen diferencias significativas ($p=0,000$), es decir, que los valores del FWB, son significativamente superiores en la 1ª visita con respecto a la 2ª visita. En el caso de la 1ª visita y la 3ª visita, existen diferencias significativas ($p=0,000$), es decir, que los valores del FWB, son significativamente superiores en la 1ª visita con

respecto a la 3ª visita. En cuanto a la comparación entre la 3ª visita y la 2ª visita, no existen diferencias significativas ($p=0,807$).

– Otras preocupaciones (CBS): no hay diferencias significativas entre los valores del CBS en cada momento ($p=0,064$).

– FACT-B: hay diferencias significativas entre los valores del FACT-B en cada momento ($p=0,001$). Entre la 1ª visita y la 2ª visita, sí existen diferencias significativas ($p=0,004$), es decir, que los valores del FACT-B, son significativamente superiores en la 1ª visita con respecto a la 2ª visita. En el caso de la 1ª visita y la 3ª visita, existen diferencias significativas ($p=0,000$), es decir, que los valores del FACT-B, son significativamente superiores en la 1ª visita con respecto a la 3ª visita. En cuanto a la comparación entre la 3ª visita y la 2ª visita, no existen diferencias significativas ($p=0,089$).

– FACT-G: que hay diferencias significativas entre los valores del FACT-G en cada momento ($p=0,000$). Una vez analizados dos a dos, comprobamos con el Test de Wilcoxon (comparación no paramétrica para dos muestras repetidas), que entre la 1ª visita y la 2ª visita, sí existen diferencias significativas ($p=0,007$), es decir, que los valores del FACT-G, son significativamente superiores en la 1ª visita con respecto a la 2ª visita. En el caso de la 1ª visita y la 3ª visita, existen diferencias significativas ($p=0,000$), es decir, que los valores del FACT-G, son significativamente superiores en la 1ª visita con respecto a la 3ª visita. En cuanto a la comparación entre la 3ª visita y la 2ª visita, existen diferencias significativas ($p=0,001$), es decir, que los valores del FACT-G son significativamente inferiores en la 3ª visita con respecto a la 2ª visita.

– FACT-B-TOTAL: hay diferencias significativas entre los valores del FACT-B-TOTAL en cada momento ($p=0,003$). Entre la 1ª visita y la 2ª visita, sí existen diferencias significativas ($p=0,015$), es decir, que los valores del FACT-B-TOTAL son significa-

tivamente superiores en la 1ª visita con respecto a la 2ª visita. En el caso de la 1ª visita y la 3ª visita, existen diferencias significativas ($p=0,000$), es decir, que los valores del FACT-B-TOTAL, son significativamente superiores en la 1ª visita con respecto a la 3ª visita. En cuanto a la comparación entre la 3ª visita y la 2ª visita, existen diferencias significativas ($p=0,001$), es decir, que los valores del FACT-B-TOTAL son significativamente inferiores en la 3ª visita con respecto a la 2ª visita.

Calidad de Vida y Crecimiento Postraumático

Se aplica el estadístico “Correlación de Pearson” para evaluar las posibles relaciones existentes entre ambas variables. En la primera visita, se observan relaciones significativas positivas bajas ($r=0,227$; $p=0,022$) entre CPT total y CV total, lo que implicaría que a mayor crecimiento percibido, mejor CV. En la segunda visita, se obtienen relaciones positivas modera-

Tabla 3. **Análisis longitudinal de la CV**

	Visita	Media	DT	Mediana	Friedman(p) ¹	Wilcoxon (p) ²
<i>Estado Físico (PWB)</i>	1ª	2,43	3,48	1,17	0,000 ³	1ª/2ª ($p=0,042$) ³
	2ª	3,11	3,91	1,17		1ª/3ª ($p=0,189$) ⁴
	3ª	2,14	3,75	,00		2ª/3ª ($p=0,001$) ³
<i>Ambiente Familiar (SWB)</i>	1ª	24,69	5,22	28,00	0,000 ³	1ª/2ª ($p=0,221$) ⁴
	2ª	24,73	6,57	28,00		1ª/3ª ($p=0,022$) ³
	3ª	25,18	6,58	28,00		2ª/3ª ($p=0,281$) ⁴
<i>Estado Emocional (EWB)</i>	1ª	7,1	3,6	6,0	0,000 ³	1ª/2ª ($p=0,007$) ³
	2ª	6,4	3,4	5,0		1ª/3ª ($p=0,000$) ³
	3ª	6,0	3,1	5,0		2ª/3ª ($p=0,038$) ³
<i>Funcionamiento personal (FWB)</i>	1ª	25,7	3,9	28,0	0,001 ³	1ª/2ª ($p=0,000$) ³
	2ª	23,7	5,9	27,0		1ª/3ª ($p=0,000$) ³
	3ª	23,4	6,4	27,0		2ª/3ª ($p=0,807$) ⁴
<i>Otras preocupaciones(CBS)</i>	1ª	14,23	3,86	14,14	0,064 ⁴	
	2ª	14,54	4,32	14,14		
	3ª	14,02	3,87	14,14		
<i>Índice TOI (FACT_B)</i>	1ª	39,96	5,19	40,14	0,001 ³	1ª/2ª ($p=0,004$) ³
	2ª	38,22	7,19	38,57		1ª/3ª ($p=0,000$) ³
	3ª	37,41	7,54	38,57		2ª/3ª ($p=0,089$) ⁴
<i>Calidad de Vida General (FACT_G)</i>	1ª	59,90	6,62	61,00	0,000 ³	1ª/2ª ($p=0,007$) ³
	2ª	57,89	8,74	60,00		1ª/3ª ($p=0,000$) ⁴
	3ª	56,68	8,51	59,00		2ª/3ª ($p=0,001$) ³
<i>Calidad de Vida Total (FACT_B_TOTAL)</i>	1ª	74,13	8,12	74,48	0,003 ³	1ª/2ª ($p=0,015$) ³
	2ª	72,43	9,38	72,67		1ª/3ª ($p=0,000$) ⁴
	3ª	70,70	9,48	71,57		2ª/3ª ($p=0,001$) ³

DT: desviación típica. 1: Test de comparación múltiple de datos repetidos. 2: Test de comparación dos a dos de datos repetidos. 3: Diferencias significativas. 4: Diferencias no significativas.

das ($r= 0,317$; $p=0,001$) entre CPT total y CV total. En la tercera visita, se mantienen las relaciones positivas significativas moderadas entre ambas variables ($r= 0,304$; $p=0,002$). Nuevamente se confirmaría que a mayor CPT, mejor CV total.

DISCUSIÓN

Como fue planteado desde el inicio del presente trabajo, hay una tendencia general a asociar el diagnóstico de cáncer con sufrimiento o patología. Si bien resulta necesario tener dichos aspectos en cuenta, también se debería explorar la presencia de CPT, ya que no sería una excepción en los pacientes que se enfrentan a la enfermedad del cáncer sino un fenómeno frecuente. Trabajar con los recursos de las personas frente a la enfermedad se convierte en una herramienta y un desafío más frente a la enfermedad.

No se encontraron variaciones en el CPT, lo que indicaría una estabilidad en el mismo, y reforzaría la idea de que los niveles de crecimiento alcanzados tras la vivencia del proceso de la enfermedad tienden a perdurar a lo largo del tiempo. El incremento de estudios longitudinales en esta área, mantenidos más a largo plazo podrían permitir conocer mejor la dinámica respecto a la estabilidad del CPT, debido a la importancia que podría llegar a tener el cambio permanente en el bienestar de las pacientes.

Aparecieron relaciones positivas modestas entre ambas el CPT y la CV a lo largo de las tres visitas lo que supondría que las pacientes que reportan mayor CPT tendrían una mejor CV. Diferentes investigaciones hacen mención a la dificultad en el estudio de todos estos elementos y la obtención de resultados clarificadores debido a que factores como el estadio de la enfermedad, tipo de tratamiento aplicado, tiempo de sobrevivida, así como la personalidad, recursos individuales y sociales

o la estrategia de afrontamiento resultante moderan la relación entre la CV y la percepción de bienestar^(26,27).

Los resultados obtenidos concluyen que la CV en dicha muestra es relativamente baja. Los resultados supondrían que ni el apoyo social y familiar, ni la capacidad de autonomía de los pacientes se habría alterado por la enfermedad, frente al deterioro y a los cambios reportados en los aspectos físicos (cansancio, dolor, etc.) o emocionales (tristeza, ansiedad, miedo a la muerte o a la aparición de la enfermedad, etc.) a lo largo de las tres visitas.

Además la CV es más elevada al inicio que al final del estudio, existiendo diferencias significativas entre ambas visitas. Esta disminución también se aprecia en el resto de factores de la prueba. ¿Qué podría explicar este empeoramiento en la CV en la supervivencia a largo plazo? Se podría pensar que el enfrentarse a la incertidumbre de padecer una recidiva del cáncer fuera una causa o que las pacientes no estuvieran recibiendo el apoyo social necesario debido a la falta de conocimiento de los profesionales sobre las necesidades de esta población. También se pensó que la valoración de la CV que se realiza cuando está más cerca del suceso traumático puede estar positivamente influenciada por la supervivencia al mismo lo que podría generar una tendencia a puntuarla como mejor porque lo que realmente tendría valor es seguir con vida. Esto explicaría que con el paso del tiempo, cuando hay más distancia al evento y se retoma la vida cotidiana nuevamente, se haría una valoración diferente de la misma, teniendo en cuenta otro tipo de parámetros. Otro argumento que podría explicar la reducción de la CV con el tiempo es el efecto de la cronicidad de la enfermedad. Las pacientes pueden pensar que algunas de las consecuencias negativas del tratamiento (e.g. dolores, revisiones médicas periódicas, miedo a recaer, etc.) van a ir desapareciendo y sin

embargo la persistencia de las mismas en el tiempo, puede generar un incremento del malestar.

CONCLUSIÓN

Según los datos extraídos es frecuente la experimentación de Crecimiento Postraumático en supervivientes de cáncer de mama, el cual se mantuvo estable a lo largo de los tres años en los que se desarrolló el estudio.

La relación positiva significativa encontrada en esta investigación entre la experiencia de Crecimiento Postraumático y la Calidad de Vida, lleva a reflexionar acerca de la importancia de identificar y generar intervenciones dirigidas a la estimulación de dicha variable con el objetivo de mejorar el bienestar de los pacientes. Por otro lado, las bajas puntuaciones en la CV de estas pacientes y su empeoramiento con el paso del tiempo evidencian la necesidad de desarrollar herramientas de intervención tanto por el incremento de la prevalencia de esta población como del periodo de supervivencia de las mismas. El presente estudio es el primero de estas características realizado en población argentina. En el campo de la Psicooncología, resulta necesario el desarrollo de investigaciones que no sólo se focalicen en la patología sino que también se centren en la valoración de los recursos de las personas que afrontan una enfermedad crónica como el cáncer de mama.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estrategia contra el cáncer. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. 2010.
2. Calhoun, LG, Tedeschi, RG. Facilitating Posttraumatic Growth: A clinician's guide. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1999.
3. Tedeschi, RG, Calhoun, LG. Trauma and transformation: Growing in the aftermath

of suffering. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1995.

4. Pérez-Sales, P. Conservar el control sobre la propia vida. Situación de los albergues de El Cafetalón y Santa Gertrudis. UCA-MSF-Holanda, 2000.
5. Tedeschi RG, Calhoun, LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq* 2004;15:1-18. Doi: 10.1207/s15327965pli1501_01
6. Tedeschi RG, Calhoun, LG. Posttraumatic growth: A new focus in psycho trauma-tology. *Psy-talk*, Newsletter of the British Psychological Society Student Members Group, 2000; 5.
7. Stanton, AL, Bower, JE, Low, CA. Posttraumatic growth after cancer. In: Calhoun LG, Tedeschi RG, editors. *Handbook of Posttraumatic Growth*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. Associate Publishers, 2006; p 138-175.
8. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychol* 2001;20:176-85. Doi:10.1037/0278-6133.20.3.176
9. Evers AW, Kraaimaat FW, Van Lankveld W, Jongen PJH, Jacobs JW, Bijlsma JW. Beyond unfavourable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *J Consul Clin Psychol* 2001;69: 1026-36. Doi:10.1037/0022-006X.69.6.1026
10. Park CL, Cohen, LH Murch, RL. Assessment and prediction of stress-related growth. *J Pers* 1996;64:71-105.
11. Calhoun LG, Tedeschi RG. The Foundations of Posttraumatic Growth: an expanded framework. En: Calhoun LG, Tedeschi RG, editors. *Handbook of Posttraumatic Growth*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associate Publishers, 2006.p.3-23.
12. Manne S, Ostroff J, Winkel G, Goldstein L., Fox K, Grana G. Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosom Med*;2004;66:442-54.

13. Fromm K, Andrykowski MA, Hunt J. Positive and negative psychosocial sequelae of bone marrow transplantation: implications for the quality of life assessment. *J Behav Med*;1996;19:221-40.
14. Milam JE. Posttraumatic growth among HIV/AIDS patients. *J Appl Soc Psychol*;2004;34:2353-76. Doi: 10.1111/j.1559-1816.2004.tb01981.x
15. Park CL, Helgeson VS. Introduction to the special section: growth following highly stressful life events-current status and future directions. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:791-6. Doi: 10.1037/0022-006X.74.5.791
16. Perry S, Kowalski TL, Chang CH. Quality of life assessment in women with breast cancer: Benefits, acceptability and utilization. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5,24. Doi:10.1186/1477-7525-5-24
17. Holzner B, Kemmler G, Kopp M, Moschen, R, Schweigkofler H, Dunser M, et al. Quality of life in breast cancer patients-Not enough attention for long-term survivors?. *Psychosomatics* 2001;42:117-23. Doi:10.1176/appi.psy.42.2.117
18. Laidlaw TM, Booth RJ, Large RG. Reduction in skin reactions to histamine after a hypnotic procedure. *Psychosom Med*;1996; 58:242-8. Cordoba MJ, Cunningham L, Carlson LH, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychol*;2001;20:176-85. Doi: 10.1037/0278-6133.20.3.176
19. Katz RC, Flasher L, Cacciapaglia H, Nelson, S. The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross validation study that extends the generality of "benefit finding" in patients with chronic disease. *J Behav Med*; 2001;24:561-71. Doi: 10.1002/pon.570
20. Tomich PL, Helgeson VS. Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psychooncology*;2002; 11:154-69. Doi: 10.1002/pon.570
21. Stanton AL, Bower JE, Low CA. Posttraumatic growth after cancer. En Calhoun LG, Tedeschi RG, Editors. *The handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. 2006; p.138-75
22. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996;9:455-71.
23. Brady MJ, Cella DF, Mo F, Bonomi AE, Tulsky DS, Lloyd SR, Deasy S, Cobleigh M, Shiimoto, G. Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B). Quality of life instrument. *J Clin Oncol* 1997;15,974-86
24. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación* (5ta ed.). Mc Graw Hill; 2010
25. Cohen J. *A power primer*. *Psychol Bull*;1992;112:155-9. Doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
26. Font, A. Cáncer y calidad de vida. *An Psicol*;1994;61:7-12.
27. DiSipio T, Hayes S, Battistutta D, Newman B, Janda M. Patterns, correlates and prognostic significance of quality of life in breast cancer. *Psychooncology*; 2011;20:1084-91. Doi: 10.1002/pon.1816