

ISSN 0120-4157

Biomédica

Revista del Instituto Nacional de Salud

PUBLICACIÓN ANTICIPADA EN LINEA

El Comité Editorial de *Biomédica* ya aprobó para publicación este manuscrito, teniendo en cuenta los conceptos de los pares académicos que lo evaluaron. Se publica anticipadamente en versión pdf en forma provisional con base en la última versión electrónica del manuscrito pero sin que aún haya sido diagramado ni se le haya hecho la corrección de estilo.

Siéntase libre de descargar, usar, distribuir y citar esta versión preliminar tal y como lo indicamos pero, por favor, recuerde que la versión impresa final y en formato pdf pueden ser diferentes.

Citación provisional:

Mejía ME, Contreras A, Hernández-Carrillo M. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali-Colombia. *Biomédica*. 2020;40 (2).

Recibido: 16-03-19

Aceptado: 07-11-19

Publicación en línea: 21-11-19

**Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a
quimioterapia en Cali-Colombia**

**Quality of life in women treated chemotherapy for breast cancer, Cali,
Colombia**

Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama

María Elena Mejía ¹, Adolfo Contreras ², Mauricio Hernández-Carrillo ³

¹ Escuela de Enfermería, Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería,
Universidad del Valle, Cali, Colombia

² Escuela de Odontología, Grupo de Investigación Medicina Periodontal,
Universidad del Valle, Cali, Colombia

³ Doctorado en Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia

Correspondencia:

Mauricio Hernández, carrera 79B # 9-18, apto. C303, Cali, Colombia.

Teléfono: 3002733699

mauriciohc@gmail.com

Contribución de los autores

María Elena Mejía: diseño del estudio.

Mauricio Hernández: procesamiento estadístico y epidemiológico de los datos.

Adolfo Contreras: análisis e interpretación de resultados.

Todos los autores participaron en la escritura y aprobación del manuscrito.

Introducción. El cáncer de mama es una neoplasia grave que se origina en los tejidos mamarios cuyo tratamiento demanda quimioterapia que parece genera cambios en la calidad de vida.

Objetivo. Determinar factores de riesgo asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes mujeres con cáncer de mama que recibieron quimioterapia en Cali-Colombia.

Materiales y métodos. Estudio observacional, transversal, con componente analítico. Muestra de 80 pacientes mujeres, se aplicaron cuestionarios: QLQ-C30 para cáncer, QLQ-BR23 para cáncer de mama, información sociodemográfica y clínica. Se realizó análisis de regresión logística para obtener factores asociados, a través de OR ajustados con IC95%, clasificación de calidad de vida a partir de QLQ-BR23.

Resultados. Los síntomas más relevantes fueron, fatiga, insomnio y pérdida de cabello. Se redujo funcionalidad física, sensaciones de placer y actividad sexual. Los factores asociados con baja calidad de vida fueron: síntomas mamarios ORaj= 5.5 [IC95% 1.2-24.8; (p=0.038)], efectos secundarios terapia sistémica ORaj= 7.3 [IC95% 2.6-22.1; (p=0.012)], menor placer sexual ORaj= 1.8 [IC95% 1.2-11.8; (p=0.027)] y reducción de expectativas sobre futuro ORaj= 4.2 [IC95% 1.1-17.8; (p=0.045)].

Conclusiones. En las mujeres con cáncer de mama y bajo quimioterapia, la calidad de vida se afecta principalmente por los efectos secundarios de la terapia, los signos y síntomas más relevantes identificados fueron: la pérdida del cabello, insomnio y fatiga, además de síntomas mamarios, menor funcionalidad física y menor sensación de placer sexual. Se recomienda,

implementar estrategias de intervención destinadas a mejorar la calidad de vida, el cuidado físico y emocional de las pacientes.

Palabras clave: neoplasias de la mama; calidad de vida; quimioterapia; salud de la mujer; Colombia.

Introduction: Breast cancer is a serious neoplasm that originates in mammary tissues and whose treatment requires chemotherapy that seems to generate significant changes in quality of life.

Objective: To determine risk factors associated with quality of life related to health in women patients with breast cancer who received chemotherapy in Cali-Colombia.

Materials and methods: Observational, cross-sectional study, with analytical component. Sample of 80 female patients, QLQ-C30 questionnaires for cancer, QLQ-BR23 for breast cancer, sociodemographic and clinical information.

Logistic regression analysis was performed to obtain associated factors, through adjusted OR with 95% CI, quality of life classification from QLQ-BR23.

Results: The most relevant symptoms were fatigue, insomnia and hair loss.

Physical functionality, feelings of pleasure and sexual activity were reduced.

The factors associated with low quality of life were: mammary symptoms OR_{aj} = 5.5 [95% CI 1.2-24.8; (p = 0.038)], systemic therapy side effects OR_{aj} = 7.3 [IC95% 2.6-22.1; (p = 0.012)], lower sexual pleasure OR_{aj} = 1.8 [IC95% 1.2-11.8; (p = 0.027)] and reduction of expectations about future OR_{aj} = 4.2 [IC95% 1.1-17.8; (p = 0.045)].

Conclusions: In women with breast cancer and under chemotherapy, the quality of life is mainly affected by the side effects of the therapy, the most relevant signs and symptoms identified were: hair loss, insomnia and fatigue, in addition to breast symptoms, less physical functionality and less sensation of sexual pleasure. It is recommended to implement intervention strategies aimed at improving the quality of life, the physical and emotional care of patients.

Key words: breast neoplasms; quality of life; drug therapy; women's health; Colombia.

El cáncer de mama es una neoplasia maligna que requiere tratamiento radical y un diagnóstico temprano y que incluye la extirpación del tumor cuando este localizado, puesto que genera metástasis y la muerte, afectando principalmente a las mujeres, y muy ocasionalmente a los hombres (1). Según el informe mundial de Cáncer “GLOBOCAN 2018”, la Organización Mundial de la Salud reporta que el cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial. Se estima que cerca de 18 millones de casos nuevos de cáncer se diagnostican cada año (2), de los cuales 101.893, ocurrieron en Colombia, con un número de muertes 46.057 y un número de casos prevalentes (5 años) 230.726. Según el Registro Poblacional de Cáncer de Cali (RPCC), para el año 2019 se estiman 754 casos nuevos de cáncer de mama en la ciudad de Cali, es decir el 23.3% de todos los tipos de cáncer (3).

La mayoría de las muertes se producen en países de ingresos bajos y medios, en donde de las mujeres con cáncer de mama se diagnostican en estadios avanzados debido a la falta de sensibilización sobre la detección precoz y los obstáculos al acceso a los servicios de salud (4).

En América Latina y el Caribe, el cáncer de mama es el cáncer más común entre las mujeres y el segundo en mortalidad, el mayor porcentaje de muertes por cáncer de mama ocurre en mujeres menores de 65 años (56%) en comparación con los Estados Unidos y Canadá (37%) (5).

El cáncer de mama en Colombia ha ido aumentando durante los últimos cinco años. Es la tercera causa de muerte por cáncer en mujeres, después del cáncer de cuello uterino y de estómago (6). De acuerdo con el Atlas de Mortalidad por Cáncer, en Colombia se diagnostican al año 5.526 casos y

2.253 fallecimientos por cáncer. Esto significa 15 nuevos diagnósticos y 6 muertes por día (7).

Existen grandes diferencias en las tasas de la enfermedad, lo que se presenta debido a la variación en los factores de riesgo, el tipo de comportamiento reproductivo, el nivel socioeconómico y los antecedentes familiares (8). Para el año 2019 se espera que los servicios oncológicos de Cali, diagnostiquen aproximadamente unos 9.800 nuevos casos de cáncer (9).

Aunque algunas mujeres enfrentan positivamente la experiencia del tratamiento, otras pueden sentirse emocionalmente afectadas debido a cambios en su imagen corporal y en su feminidad. El diagnóstico del cáncer de mama por su relativa alta mortalidad y porque requiere un tratamiento agresivo y de un año duración, genera un elevado impacto en la vida familiar de las supervivientes. El apoyo familiar y de la pareja parece minimizar los efectos secundarios del tratamiento de quimioterapia, los cuales pueden ocasionar cambios significativos en la calidad de vida. Sin embargo, este importante apoyo con frecuencia desaparece a lo largo del tiempo (10). Por lo anterior, se destaca la importancia del cuidado en la calidad de vida de los pacientes con cáncer, este proyecto, busca determinar la calidad de vida de las mujeres con cáncer sometidas a la primera quimioterapia, bajo el marco teórico de calidad de vida relacionada con la salud. Se presentan en las personas varios cambios durante el proceso de enfermedad, y entre ellos tenemos el aislamiento social que incrementa los riesgos de las mujeres con cáncer de mama. Un estudio previo reveló que un ambiente social negativo, produce un mayor crecimiento tumoral (11).

La quimioterapia y el diagnóstico de cáncer, como experiencia tiene un significado para las pacientes, quienes deben asumir nuevos roles sociales y sobreponerse a los efectos deletéreos (12). Con frecuencia se genera un cierto aislamiento social, acompañado de sentimientos de tristeza. El tratamiento quimioterapéutico incluye, doxorubicina que genera muchos efectos secundarios y alopecia (13) y demanda el uso de pelucas o gorros que hacen parte del estereotipo social de “paciente con cáncer”. Las mujeres con cáncer de mama sienten más cercana la muerte, preparan a su familia, y tratan de minimizar los efectos de la enfermedad y de la terapia (14).

Un estudio que valora las experiencias de vida de mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia, encontró que el aislamiento social comienza desde el inicio del tratamiento, y reducen los contactos sociales pues la quimioterapia al afectar los sistemas de defensa inmune, los médicos tratantes recomiendan reducir las visitas y las salidas para reducir el riesgo de infección (15). La deshidratación, los efectos citotóxicos sobre órganos y tejidos frecuentemente son efectos secundarios del tratamiento, contribuyen a la pérdida de cabello y la tersura de la piel, factores que afectan la feminidad y la autoestima de la mujer. La intervención psicológica influye de manera positiva en la autoestima de las pacientes, antes y después de la quimioterapia (16).

El apoyo familiar y la relación con la pareja, son puntos clave en el tratamiento y recuperación de las mujeres y se encontró una asociación entre la supervivencia y el mejor desempeño sexual (17).

La calidad de vida se define como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de la vida. Su realización es muy subjetiva, se trata de un

concepto amplio que está influenciado por la salud física y mental, el grado de dependencia física, y la fortaleza de los círculos sociales de apoyo (18). La quimioterapia contra el cáncer tiene como función, eliminar a las células cancerosas y reducir el riesgo de metástasis (19).

Este estudio se apoya en la teoría de calidad de vida relacionada con la salud de Timothy Bredow y Sandra Peterson, como entidad separada de la calidad global de vida y dominios relacionados con la salud. La calidad de vida es multidimensional, multifacética y con aplicación en la clínica. El modelo identifica cinco factores determinantes de creciente complejidad biológica, social y psicológica; se dividen a su vez en cinco componentes, los cuales hacen referencia a características individuales y del ambiente (20).

Por lo anterior el propósito de este estudio fue determinar factores de riesgo asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes mujeres con cáncer de mama que recibieron quimioterapia en Cali-Colombia. Los resultados de esta investigación podrán contribuir al mejoramiento de las políticas de salud, que ayuden a dar solución a los problemas de las mujeres que reciben quimioterapia como coadyudante del tratamiento del cáncer de mama.

Materiales y métodos

Estudio observacional, transversal con componente analítico de asociación, se realizó medición a 80 mujeres adultas con cáncer de mama que estaban recibiendo quimioterapia en tres instituciones de atención en Cali, un hospital público y dos instituciones de salud privadas de la ciudad de Cali.

En cuanto a los criterios de inclusión, estos fueron: Ser Mujer con diagnóstico de cáncer de mama y estar recibiendo como tratamiento quimioterapia. Por

tanto el criterio de exclusión fue estar recibiendo como tratamiento radioterapia, o mastectomía. Por lo tanto, se llevó a cabo un muestreo no probabilístico, a partir de las bases de datos institucionales y se identificaron e invitaron a participar en la investigación a 53 pacientes atendidas en el Hospital Universitario del Valle, 18 de Centro Médico IMBANACO y 9 pacientes de FUNCANCER, la recolección de los datos se inició desde el segundo semestre del año 2017 hasta junio de 2018. A las pacientes se les administró tres cuestionarios: uno sociodemográfico y las escalas de calidad de vida para pacientes con cáncer EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) QLQ -C30 y la específica para cáncer de mama EORTC QLQ-BR23, ambas con pruebas psicométricas validadas para Colombia (19). En relación a la escala QLQ-C30, cuestionario específico para pacientes con cáncer, este se compone de 30 ítems divididos en cinco dimensiones funcionales: (físicos, cognitivos, emocionales y de desempeño social - capacidad para realizar tareas diarias relacionadas con el papel funcional), tres dimensiones de síntomas: (fatiga, náuseas y el dolor), seis elementos individuales y dos preguntas sobre la salud en general: (disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento y diarrea. El QLQ- BR 23 específico para pacientes con cáncer de mama, se compone de 23 ítems incorporados en la medición de los efectos secundarios de las diferentes modalidades de tratamiento; además incluye aspectos relacionados con: La quimioterapia y los síntomas mamarios, la imagen corporal, la función sexual y las perspectivas futuras. Se aplicó cuestionario de datos sociodemográficos, donde se indagó sobre: datos socioeconómicos, situación laboral de la paciente, antecedentes clínicos, hábitos y estilo de vida.

Como variable dependiente se definió la valoración de la calidad de vida, a partir del resultado de la escala QLQ-BR23, teniendo en cuenta el puntaje global obtenido (20), el cual se dicotomizó utilizando la sumatoria de la valoración de los 23 ítems en escala Likert de la escala QLQ-BR23, los cuales fueron estandarizados en un puntaje que varió de 0 a 100, en donde un puntaje alto indicó una mejor percepción de la calidad de vida. Por lo tanto, aquellas pacientes con valores inferiores o iguales a 50 se clasificaron como baja calidad de vida (valor 1), mientras que los puntajes por encima de 50 fueron consideradas pacientes con alta calidad de vida (valor 0) (21). En la muestra de 80 pacientes se obtuvieron 40 mujeres con percepción de baja calidad de vida, e igual número de pacientes con alta calidad de vida.

Las Variables explicativas para la identificación de factores de riesgo, estuvieron conformadas por las sociodemográficas y los dominios de las escalas QLQ-C30 y QLQ-BR23. Las cuales se describen como sociodemográficas: edad, número de hijos, estado marital, estrato socioeconómico, escolaridad, completo nivel de escolaridad, situación laboral, ocupación. Variables clínicas y relacionadas con los servicios de salud fueron: institución, afiliación al salud, tiempo del diagnóstico (meses), tutela, antecedentes filiales de cáncer de mama, progresión de la enfermedad, cirugía, estadio del tumor, clasificación histopatológica, receptores estrogenitos/progesterona, recibe tamoxifeno, dosis formulada (mg), recibe algún tipo de medicamento y los marcadores tumorales: Her2, Brca, Fish. Para la escala QLQ-C30 se midieron variables funcionales: físicas, cognitivas, emocionales y de desempeño social - capacidad para realizar tareas diarias, tres demisiones de síntomas: fatiga, náuseas y el dolor, seis elementos

individuales y dos preguntas sobre la salud en general: disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades financieras.

Los Dominios de la escala QLQ-BR23 fueron: Imagen corporal, funcionamiento sexual, placer sexual, perspectivas de futuro, efectos secundarios de la terapia sistémica, síntomas mamarios, síntomas braquiales, pérdida de cabello.

El análisis estadístico se realizó con el software STATA versión 14, cuadros y gráficos en Excel.

Consideraciones éticas

El estudio fue avalado por el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Universidad del Valle según acta de aprobación 012014. En relación a la aplicación el cuestionario, se obtuvo firma del consentimiento informado por parte de todas las pacientes participantes de la investigación.

Resultados

Se evaluó la normalidad en las variables edad (valor $p = 0.8232$) y número de hijos (valor $p = 0.0116$), obteniendo sólo normalidad en la primera. La edad promedio de las pacientes fue $52.7 \pm 12,1$ años en las pacientes con baja calidad de vida y $54,9 \pm 12,4$ en aquellas con buena percepción de calidad de vida, los promedios de las escalas funcionales del QLQ C30 y del QLQ BR23, fueron $65,4 \pm 15,6$ y $46,9 \pm 12,5$ respectivamente. Con relación a las variables sociodemográficas se presentan las frecuencias relativas para cada categoría, obteniendo 37.5% de mujeres casadas, en escolaridad se presentó un 28.8% primaria y un 36.3% secundaria, en la situación laboral un 60.0% de las pacientes se encontraban trabajando. Con respecto al estrato socioeconómico, los más prevalentes fueron el 2 y 3 con porcentajes de 46.3% y 26.3% respectivamente. Un 70.0% de las pacientes completo su escolaridad, la

mediana del número de hijos fue 2 (0 – 4). Con relación al estado marital, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas categorías de las pacientes (valor $p = 0.671$), similar sucedió con la variable estrato socioeconómico (valor $p = 0.598$), de la misma manera sucedió con la distribución según escolaridad, en donde el valor de probabilidad estuvo cerca de 1, lo que indica que el comportamiento por esta variable en las pacientes fue significativamente igual, independiente de su percepción de calidad de vida. En relación a si las pacientes completaron su escolaridad, se encontró que el comportamiento también fue similar en ambos grupos (valor $p = 0.626$). La situación laboral se dio de forma similar en ambos grupos de pacientes, la mayoría de éstas se encontraban activas, pero al comparar no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (valor $p = 0.168$). La ocupación más frecuente fue ama de casa, con una frecuencia de 19 pacientes en cada uno de los grupos, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para esta variable (valor $p = 0.541$) (cuadro 1).

Con relación a las variables clínicas: se obtuvo que el 3.8% de las pacientes presentó un estadio del tumor avanzado, mientras que un 66.2% un estado tumoral incipiente. El mayor porcentaje del primer estadio estuvo en la categoría IIB, 25.0%. Con relación al tipo de quimioterapia suministrada a las pacientes, la Adriamicina y ciclofosfamida, fue la más frecuente con un porcentaje de 22.5%. La clasificación histopatológica que presentó mayor porcentaje entre las pacientes fue Carcinoma Ductal Infiltrativo, 83,8%. Los Receptores estrogenitos/progesterona, presentaron igual porcentaje en positivos y negativos (50.0%). Con respecto a los marcadores tumorales: Her2, un 56.2% fue negativo. Con relación al Brca el 96.2% de las pacientes presentó

resultado negativo, el índice Fish 86.2% resultado negativo. Un 8.8%, presentó una clasificación clínica al momento del diagnóstico I. El Estado Karnofsky más prevalente fue del 90% con una frecuencia relativa de 76,3%. Un 28.7% recibió tamoxifeno, por grupos, se obtuvo un alto porcentaje en los que presentaron alta calidad de vida (20.0%) en comparación con los de baja calidad de vida (8.8%). Adicionalmente en relación con el tipo de quimioterapia administrada, se observó diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (valor $p < 0.0001$) (cuadro 2).

Con relación a las variables relacionadas con la atención en salud, se identificó que hubo diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes con baja calidad de vida y el grupo de pacientes con alta calidad de vida, de acuerdo al tipo de institución (pública y privada) donde fueron atendidas (valor $p = 0.002$). Adicionalmente el 67.5% de las pacientes mencionaron haber presentado cirugía, variable que mostró relación estadística, dado que se obtuvo diferencias significativas (valor $p = 0.004$) entre los grupos de análisis. La afiliación al sistema de salud mostró que el 63.8% de las pacientes pertenecían al contributivo y el 36.2% al subsidiado (valor $p = 0.816$). Con relación a la tutela, el 13.8% acudió a este mecanismo (valor $p = 0.330$). Los antecedentes filiales no mostraron evidencia (valor $p = 0.469$), el 31.3% presentaba dichos antecedentes. La progresión de la enfermedad se dio en un 13.8% de las pacientes vinculadas en el estudio (valor $p = 0.105$). El promedio en meses para el diagnóstico fue de 11.9 ± 6.7 y 18.7 ± 28.21 en las pacientes con baja y alta calidad de vida respectivamente, lo que indica una gran variabilidad en el tiempo a diagnóstico, sin evidenciarse diferencias significativas entre los grupos (valor $p = 0.1424$). Con relación a la dosis

formulada en miligramos, se obtuvo un promedio de 7.1 ± 9.6 en las pacientes con baja calidad de vida y 1.1 ± 4.4 en alta calidad de vida (valor $p = 0.0007$). (cuadro 3).

Se obtuvo que el QLQ- C30 reveló puntuaciones menores que el QLQ- BR23 en relación a la presencia de síntomas. En general, las mujeres afirmaron que su valoración del estado global de salud (58.4) y del impacto económico (60.3) fue buena mostrando su capacidad para continuar desempeñando las actividades en el hogar y su trabajo. Para el cuestionario QLQ-C30, se obtuvo que en el área de síntomas, se observó que el insomnio y la fatiga fueron los de mayor frecuencia en el grupo de pacientes, con puntajes de 58.4 y 58.0 respectivamente. En el área de funcionamiento se obtuvo un puntaje de 44.1 para la función física. Con relación al QLQ-BR23, el área de síntomas fue la más afectada, los efectos secundarios presentaron una valoración de 60.2 y la pérdida de cabello con un valor de 66.3. Con respecto a la escala de funcionamiento, el placer sexual fue el más afectado con un valor de 32.5, siendo un aspecto muy relevante para este grupo de pacientes participantes del estudio (figura 1).

En el análisis multivariado, se tuvieron en cuenta varios modelos, donde se incluyendo variables sociodemográficas, variables clínicas y las relacionadas con la atención en salud, se identificaron como candidatas aquellas variables cuyos valores de probabilidad estuvieron por debajo de 0.25, de tal manera que éstas se conservaron hasta culminar el proceso de modelación. Se encontró como modelo final para la explicación de la calidad de vida relacionada con la salud en este grupo de mujeres sometidas a tratamiento con quimioterapia. (cuadro 4).

De tal manera que, luego de ajustar a partir de los modelos de regresión logística, se obtuvo que lo que más afecta la calidad de vida en esta muestra de pacientes fue: Función **sexual** ORaj= 1.8 [IC95% 1.2-11.8; (p=0.027)], **Perspectivas del futuro** ORaj= 4.2 [IC95% 1.1-17.8; (p=0.045)], **Síntomas mamarios** ORaj= 5.5 [IC95% 1.2-24.8; (p=0.038)], **Efectos secundarios** ORaj= 7.3 [IC95% 2.6-22.1; (p=0.012)]. Por lo tanto las intervenciones deben estar encaminadas sobre todo a la intervención de estos factores.

Discusión

En el grupo de mujeres de la investigación se afectaron las áreas de funcionamiento y síntomas. Se presenta un análisis desde la Teoría de la Calidad de Vida relacionada con la Salud de Timothy Bredow y Sandra Peterson (18).

Con respecto a la dimensión vida sexual y percepción de la calidad de vida, se encontró que el 52.5% tuvo una percepción negativa en su vida sexual (valor p = 0.032), por la quimioterapia e impacta significativamente en la calidad de vida. Según el estudio de Coady y Kennedy (22), para enfocar los problemas sexuales en pacientes con cáncer de mama se debe comprender la fisiopatología del dolor sexual, el cual puede estar asociado con el tratamiento para el cáncer brindado a las pacientes. Estos tratamientos oncológicos pueden generar problemas en la respuesta sexual al afectar las emociones, el deseo sexual, y los componentes centrales o periféricos del sistema nervioso, vascular pélvico y el eje hipotálamo-pituitario-gonadal (22). Los trastornos afectivos y la pérdida del deseo sexual son más frecuentes en aquellos cánceres y pueden ser un indicador de un conflicto marital. El diagnóstico del cáncer no produce trastornos en parejas felices, pero puede ocasionar

conflictos que producen relaciones disfuncionales. Resulta de gran relevancia apreciar la vida en pareja y el apoyo de la familia en aquellas mujeres con cáncer que son sometidas a quimioterapia (11). La sexualidad y la relación de pareja, juegan un papel muy importante en el proceso de adaptación al tratamiento de quimioterapia, puesto que se altera la esfera cognitiva-afectiva, y se reduce la fortaleza física y mental.

En relación con la perspectiva del futuro, convivir con cáncer de mama, genera un estado de inseguridad, lo que se convierte en una experiencia que requiere de una actitud positiva para lograr adaptarse y sobrevivir con esta enfermedad de la mejor manera. Por lo tanto poder convivir con esta enfermedad es importante en los contextos de toma de decisión, predicción, tolerancia, control, estrés y ambigüedad (23). En este sentido se considera pertinente profundizar en esta área tan poco explorada desde el proceso salud-enfermedad (24).

Aunque algunas personas frente a una enfermedad tan grave como el cáncer, identifican el problema como una oportunidad, llegando incluso a desarrollar una nueva y positiva perspectiva de vida. Con respecto a la dimensión estado de los síntomas y percepción de calidad de vida, se encontró una correlación entre los síntomas de enfermedad y la percepción de calidad de vida (p de 0,012). Un resultado similar aquel, en donde se evaluó cómo afecta el tratamiento, la calidad de vida en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y en donde el tratamiento mejoró el funcionamiento físico (25).

En un estudio adelantado en la ciudad de Bogotá-Colombia, los trastornos digestivos y alimentarios, la debilidad y malestar general y las alteraciones de la integridad de la piel fueron los mayores síntomas relacionados con la quimioterapia (26). Lo cual concuerda con los resultados obtenidos aquí, en

donde, el vómito, el estreñimiento, y el cansancio, fueron los principales síntomas que redujeron la calidad de vida en las pacientes. Diversos estudios, recomiendan la interrupción del tratamiento cuando la paciente se encuentra en estado terminal, considerándose esta conducta como una buena práctica clínica (27), también se sugiere que se realicen intervenciones que minimicen los efectos adversos durante la quimioterapia (28,29).

El propósito de la quimioterapia es eliminar y/o reducir el volumen del tumor, sin embargo, el tratamiento con citotóxicos genera deterioro de la salud de la paciente, pues causa náuseas, vómito, cansancio, anemia, pérdida temporal de cabello (alopecia) y un profundo impacto emocional (26).

Se encontró que el cáncer de mama y la quimioterapia también reduce la calidad de vida pues se afecta el aspecto socioeconómico de la familia, un hallazgo que revela que aquellas mujeres que provienen de niveles socioeconómicos medio/alto y afiliadas al régimen contributivo en salud, presentaron los mayores puntajes en la calidad de vida general, en contraste con las del nivel socioeconómico bajo y del régimen subsidiado (30). Otro estudio determinó que la calidad de vida, en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama de una provincia Colombiana, es mejor en aquellas afiliadas al régimen contributivo y/o que reciben apoyo de familiares o amigos, o que provienen de un nivel socioeconómico alto (16). Se confirma así, que un ambiente familiar y socioeconómico favorable, mejora la calidad de vida de las mujeres mientras se encuentran en el tratamiento de quimioterapia y facilita el cubrimiento de los gastos derivados del tratamiento, y mejora la accesibilidad a los servicios de salud.

En el estudio Calidad de vida en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en estadios iniciales con tratamiento adyuvante de Vidal Cazás (25), se encontró que el estado emocional varía durante el tratamiento. Es decir, hay una mayor preocupación al inicio, debido al desconocimiento que usualmente se presenta en cuanto al estadio del tumor, el pronóstico, y la posibilidad de un tratamiento efectivo.

Así el estado emocional de una paciente es sumatoria de la calidad de vida previa y de su rol preponderante como madre, esposa, trabajadora, más aquellas emociones y sentimientos que evolucionan durante el diagnóstico y el tratamiento, y de aquellos efectos adversos de la quimioterapia. Con base en las dimensiones de calidad de vida afectadas en las pacientes, los profesionales de la salud, deben implementar políticas y medidas de salud y bienestar, tendientes a mejorar sus condiciones de salud física y emocional. Aquellos factores relacionados con la identidad sexual femenina - tales como la feminidad, la maternidad, el erotismo, el papel social- pueden afectarse en grado variable. Las mujeres con cáncer de mama enfrentan miedos y angustias que requieren, un acompañamiento profesional y de la familia para mantener y recuperar en ellas, la calidad de vida. El tratamiento del cáncer de mama, genera un impacto negativo en la percepción de calidad de vida de las mujeres ocasionado principalmente por la reducción de su autoestima, además de otras alteraciones en la salud física y mental.

Limitaciones

No se pudo realizar muestreo probabilístico debido a que no se contaba con un marco muestral para el estudio, por tanto se invitaron a participar a todas las mujeres con cáncer de mama que cumplieron los criterios de inclusión y que se

presentaron en el periodo de estudio, lo que puede considerarse como un sesgo de selección del estudio.

Para el análisis de los resultados no se pudo separar el efecto negativo que puede tener en la calidad de vida el diagnóstico de cáncer de mamá debido a que no se contó con un grupo control (mujeres sin diagnóstico de cáncer de mama), se realizó la comparación en torno a la percepción de la calidad de vida como variable principal del estudio, reconociendo que cursar con una enfermedad como esta es un factor determinante en la calidad de vida relacionada con la salud. Tampoco se evaluó el efecto positivo o negativo de los círculos sociales de apoyo de las pacientes, lo que podría estar relacionado con la calidad de vida.

La mayoría de mujeres presentan una disminución marcada en su vida sexual desde el diagnóstico de la enfermedad. Los principales efectos adversos del tratamiento por quimioterapia, como la alopecia y la delgadez, y una percepción negativa de su imagen corporal y feminidad, siendo esta, una de las causas de la disminución de la calidad de vida. Se evidenció que las pacientes con una red de apoyo establecida reportan, una mejor calidad de vida al tener mejores relaciones interpersonales, tener más apoyo familiar, social, más afecto, mejor resiliencia a los efectos del tratamiento. Los síntomas que más impactan la calidad de vida son, el dolor, la fatiga y el sueño dado que restringe severamente la capacidad funcional de las personas y genera estrés psicológico potenciado por las náuseas, el vómito, las alteraciones del funcionamiento sexual y falta de acceso a los servicios de salud.

La valoración de la calidad de la vida es una intervención de gran provecho para ayudar a brindar los mejores cuidados, considerándose una de las

intervenciones más importantes que se realizan con el paciente oncológico y su entorno dado que la expectativa de supervivencia aumenta cada vez con los nuevos tratamientos.

Se recomienda estudiar el número de relaciones sexuales y el placer sexual en estas pacientes. Se hace importante extender el trabajo de afrontamiento de la pareja y familia de las pacientes con cáncer de mama pues impactan la calidad de vida. Se recomienda implementar un Modelo de Cuidado Integral de la Salud en mujeres con cáncer de mama en las Instituciones.

Agradecimientos

A las pacientes que con su situación de vulnerabilidad aceptaron voluntariamente a participar en el estudio, a ellas nuestro más magno y fraterno agradecimiento. Adicionalmente le agradecemos a la Universidad del Valle por apoyar esta iniciativa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses en el presente manuscrito.

Financiación

La investigación se realizó con recursos de la Universidad del Valle.

Referencias

1. **Society AC.** ¿Qué es el cáncer de seno?. Fecha de consulta: **incluir día, mes y año de consulta**. Disponible en:

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/que-es-el-cancer-de-seno.html>

2. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.**

Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality

worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68:394-424.
<https://doi.org/10.3322/caac.21492>

3. **Universidad del Valle.** Registro Poblacional de cáncer de Cali, Colombia. Cáncer de mama. Fecha de consulta: **incluir día, mes y año de consulta**.
http://rpcc.univalle.edu.co/es/SitiosEspecificos/pdf-sitiosespecificos/Sitios_Especificos.php?sitio=9

4. **GLOBOCAN.** Mes de sensibilización sobre el cáncer de mama. WHO, 2016. Fecha de consulta: **incluir día, mes y año de consulta**. Disponible en:
https://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/es/

5. **Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.** Cáncer de mama. 2016. Fecha de consulta: **incluir día, mes y año de consulta**. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041:2011-breast-cancer&Itemid=3639&lang=es

6. **Bravo LE, García LS, Collazos P, Carrascal E, Ramírez O, Collazos T, et al.** Reliable information for cancer control in Cali, Colombia. Colomb Med (Cali). 2018;49:23-34. <https://doi.org/10.25100/cm.v49i1.3689>

7. **Moreno CB, Elles De Hoyos L, Montero L, Jhoselys D, Blanquicett P, Castillo IY.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena 2015. [Tesis]. Cartagena: Universidad de Cartagena; 2015.

8. **González-Robledo MC, Nigenda G.** Formulación de políticas públicas sobre el cáncer de mama en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2013;33:183-9.

9. **Vivar CG.** Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *Aten Primaria.* 2012;44:288-92. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.011>
10. **Hernández L.** La mujer con cáncer de mama: una experiencia desde la perspectiva del cuidado humano. *Enfermería universitaria.* 2016;13:253-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.002>
11. **Gómez CE, Sánchez LV, Enríquez JI.** Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 2014;40:65-84. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60105-0](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60105-0)
12. **Giraldo-Mora C V.** Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama. *Rev Salud Publica (Bogotá).* 2009;11:514-25.
13. **Merino Navarro D.** Impacto del programa integrado de autocuidado específico en mujeres afectadas de cáncer de mama. [Tesis]. Alicante: Universidad de Alicante; 2012.
14. **Figueroa M del R, Valadez M de los D, Rivera ME, Montes R.** Evaluación de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama: Una revisión sistemática. *Universitas Psychologica.* 2017;16:1-12. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.eicm>
15. **Villar RR, Fernández SP, Garea CC, Pillado M, Barreiro VB, Martín CG.** Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;25:e2958. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>
16. **Salas Zapata C, Grisales Romero H.** Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Publica.* 2010;28.

17. **Guillén Ponce C, Molina Garrido MJ.** ¿Qué es, cómo funciona y tipos de quimioterapia? Fecha de consulta: **incluir día, mes y año de consulta.**

Disponible en: <https://seom.org/guia-actualizada-de-tratamientos/que-es-como-funciona-y-tipos-de-quimioterapia>

18. **Peterson SJ, Bredow TS.** Middle Range Theories: Application to Nursing Research. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health; 2013. p. 452.

19. **Sánchez R, Venegas M, Otero J, Sánchez O.** Adaptación transcultural de dos escalas para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer en Colombia: EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23. Revista Colombiana de Cancerología. 2013;13:205-12. [https://doi.org/10.1016/S0123-9015\(09\)70119-2](https://doi.org/10.1016/S0123-9015(09)70119-2)

20. **Arraras Urdaniz JI, Juan J, Mañas I, Gutiérrez MT, García RV, Arteaga EP, et al.** Quality of life in breast cancer patients assessed using the EORTC questionnaires. Rev Oncología. 2001;3:100-6.
<https://doi.org/10.1007/BF02711461>

21. **Irarrázaval ME, Rodríguez PF, Fasce G, Silva FW, Waintrub H, Torres C, Marín L.** Calidad de vida en cáncer de mama: validación del cuestionario BR23 en Chile. Rev Med Chile. 2013;141:723-34.
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872013000600006>

22. **Coady D, Kennedy V.** Salud sexual en las mujeres afectadas por cáncer. Obstet Gynecol. 2016;128:775-91.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001621>

23. **Taco A, Leni C.** Calidad de vida, soporte social y autoeficacia para la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. [Tesis]. Lima: Universidad Femenina del Sagrado Corazón; 2018.

24. **Apóstolo JL, Viveiros CS, Nunes HI, Domingues HR.** Illness uncertainty and treatment motivation in type 2 diabetes patients. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007;15:575-82. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000400009>
25. **Vidal Cazás Y.** Calidad de vida en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en estadios iniciales con tratamiento adyuvante. Coruña: Universidade da Coruña; 2014.
26. **Lafaurie MM, Rodas LF, Silva Y, Soto NA, Ovalle ÁM, León L, et al.** Mujeres con cáncer de seno : experiencias y significados Women with breast cancer : meaning and experiences. *Revista Colombiana de Enfermería.* 2011;7:12-21.
27. **Bonastre PT, Teresa M, Bonastre T, Company ES, Lainosa DP.** Chemotherapy near the end of life ; assessment of the clinical practise in onco-hematological in adult patients. *Farm Hosp.* 2016;40:14-24. <https://doi.org/10.7399/fh.2016.40.1.8918>
28. **Blasco T, Inglés N.** Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia. *Anuario de Psicología.* 1997;72:83-92.
29. **Barrera M, Guerrero A.** Mujeres afectadas por cáncer de mama- Recomendaciones para el seguimiento. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2017;63:35-51.
30. **González-Pérez U, Alerm-González A, Jáuregui-Haza U.** Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2008;7:1-10.

Cuadro 1. Descripción y comparación de las variables sociodemográficas según percepción de calidad de vida, escala QLQ-BR23. Mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a quimioterapia. Cali, año 2017.

Variable/Categoría *	Baja Calidad de vida		Alta Calidad de vida		Valor p	Total		
	n = 40	%	n = 40	%		n = 80	%	
Estado marital	Casada	15	18.8	15	18.8	0,671	30	37.5
	Otro	4	5.0	5	6.3		9	11.3
	Soltera	10	12.5	8	10.0		18	22.5
	Unión Libre	10	12.5	8	10.0		18	22.5
	Viuda	1	1.3	4	5.0		5	6.3
Estrato socioeconómico	1	4	5.0	4	5.0	0,598	8	10.0
	2	20	25.0	17	21.3		37	46.3
	3	12	15.0	9	11.3		21	26.3
	4	3	3.8	6	7.5		9	11.3
	5	1	1.3	3	3.8		4	5.0
	6	0	0.0	1	1.3		1	1.3
Escolaridad	Primaria	11	13.8	12	15.0	0,956	23	28.8
	Bachillerato	16	20.0	13	16.3		29	36.3
	Técnico	2	2.5	3	3.8		5	6.3
	Universidad	7	8.8	7	8.8		14	17.5
	Posgrado	4	5.0	5	6.3		9	11.3
Completo nivel de escolaridad	NO	11	13.8	13	16.3	0,626	24	30.0
	SI	29	36.3	27	33.8		56	70.0
Situación laboral	Activa	28	35.0	20	25.0	0,168	48	60.0
	Incapacitada	5	6.3	4	5.0		9	11.3
	Jubilada	1	1.3	1	1.3		2	2.5
	Otros	6	7.5	12	15.0		18	22.5
	Pensionada	0	0.0	3	3.8		3	3.8
Ocupación	Ama de casa	19	23.8	19	23.8	0,541	38	47.5
	No registra	0	0.0	2	2.5		2	2.5
	Trabajo formal	14	17.5	12	15.0		26	32.5
	Trabajo informal	7	8.8	7	8.8		14	17.5
Cuantitativas	Baja Calidad de vida		Alta Calidad de vida		Valor p			
Edad μ	52,7 \pm 12,1		54,9 \pm 12,4		0,430			
Número de hijos †	2 (0 - 4)		2 (0 - 4)		0,675			

* Comparación de proporciones prueba Chi-Cuadrado

μ Media \pm DE Prueba de t-student muestras independientes

† Mediana (RIC) Prueba U e Mann Whitney

Cuadro 2. Descripción y comparación de las variables clínicas según percepción de calidad de vida, escala QLQ-BR23. Mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a quimioterapia. Cali, año 2017.

Variable	Categoría *	Baja Calidad de vida		Alta Calidad de vida		Valor p	Total	
		n = 40	%	n = 40	%		n = 80	%
Estadio del tumor	Avanzado	16	20.0	11	13.8	0.237	27	33.8
	Inicial	24	30.0	29	36.2		53	66.2
Primer estadio	I	4	5.0	3	3.8	0.328	7	8.8
	IIA	6	7.5	13	16.3		19	23.8
	IIB	11	13.8	9	11.3		20	25.0
	IIIA	7	8.8	7	8.8		14	17.5
	IIIB	6	7.5	3	3.8		9	11.3
	IIIC	0	0.0	2	2.5		2	2.5
	IV	6	7.5	3	3.8		9	11.3
Tipo de quimioterapia administrada	Adriánicina	5	6.3	13	16.3	< 0.0001	18	22.5
	Doxorrubicina	0	0.0	16	20.0		16	20.0
	Taxol	9	11.3	4	5.0		13	16.3
	AC-TH	9	11.3	3	3.8		12	15.0
	Trastuzumab	9	11.3	1	1.3		10	12.5
	Paclitaxel	5	6.3	2	2.5		7	8.8
	Adyuvante TC	1	1.3	1	1.3		2	2.5
	Anastrozol	1	1.3	0	0.0		1	1.3
	FAC-Trastaza	1	1.3	0	0.0		1	1.3
Clasificación histopatológica	Adenocarcinoma	1	1.3	0	0.0	0.615	1	1.3
	Ca. Ductal	32	40.0	34	42.5		66	82.5
	Ca. Lobular	7	8.8	6	7.5		13	16.3
Receptores estrogénicos /progesterona	No	19	23.8	21	26.3	0.655	40	50.0
	Si	21	26.3	19	23.8		40	50.0
Marcador tumoral: Her2	Negativo	20	25.0	25	31.3	0.260	45	56.3
	Positivo	20	25.0	15	18.8		35	43.8
Marcador tumoral: Brca	Negativo	37	46.3	40	50.0	0.077	77	96.3
	Positivo	3	3.8	0	0.0		3	3.8
Marcador tumoral: Fish	Negativo	36	45.0	33	41.3	0.330	69	86.3
	Positivo	4	5.0	7	8.8		11	13.8
Recibe Tamoxifeno	No	33	41.3	24	30.0	0.026	57	71.3
	Si	7	8.8	16	20.0		23	28.8
Clasificación clínica al momento del diagnóstico	I	4	5.0	3	3.8	0.590	7	8.8
	II	16	20.0	19	23.8		35	43.8
	III	15	18.8	14	17.5		29	36.3
	IV	5	6.3	2	2.5		7	8.8
	A	0	0.0	1	1.3		1	1.3
	B	0	0.0	1	1.3		1	1.3
% Estado Karnofsky	70%	0	0.0	1	1.3	0.145	1	1.3
	80%	2	2.5	1	1.3		3	3.8
	90%	27	33.8	34	42.5		61	76.3
	100%	11	13.8	4	5.0		15	18.8

* Comparación de proporciones prueba Chi-Cuadrado

Cuadro 3. Descripción y comparación de las variables relacionadas con la atención en salud según percepción de calidad de vida, escala QLQ-BR23. Mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a quimioterapia. Cali, año 2017.

Variable	Categoría	Baja Calidad de vida		Alta Calidad de vida		Valor p	Total	
		n = 40	%	n = 40	%		n = 80	%
Institución	Privada	7	8.8	20	25.0	0.002	27	33.8
	Pública	33	41.3	20	25.0		53	66.2
Afilación a salud	Contributivo	25	31.3	26	32.5	0.816	51	63.8
	Subsidiado	15	18.8	14	17.5		29	36.2
Tutela	No	36	45.0	33	41.3	0.33	69	86.2
	Si	4	5.0	7	8.8		11	13.8
Antecedentes filiales de cáncer de mama	No	29	36.3	26	32.5	0.469	55	68.8
	Si	11	13.8	14	17.5		25	31.2
Progresión de la enfermedad	No	37	46.3	32	40.0	0.105	69	86.2
	Si	3	3.8	8	10.0		11	13.8
Cirugía	No	7	8.8	19	23.8	0.004	26	32.5
	Si	33	41.3	21	26.3		54	67.5
Cuantitativas		Baja Calidad de vida		Alta Calidad de vida		Valor p		
Tiempo del diagnóstico (meses)		11.9 ± 6.7		18.7 ± 28.2		0.1424		
Dosis formulada (mg)		7.1 ± 9.6		1.1 ± 4.4		0.0007		

* Comparación de proporciones prueba Chi-Cuadrado

μ Media ± DE Prueba de t-student muestras independientes

Cuadro 4. Modelo explicativo de factores asociados con la calidad de vida, pacientes sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a quimioterapia. Cali, año 2017.

Variable	OR Crudo (IC 95%)	OR Ajustado (IC 95%)
Estado laboral	0.82 (0.63 - 1.06)	1,60 (0.53 - 4.75)
Estrato socioeconómico	0.74 (0.48 - 1.14)	7,20 (0.22 - 19.02)
Cirugía	4.27 (1.53 - 11.89)*	1,10 (0.70 - 8.62)
Recibe Tamoxifeno	3.14 (1.12 - 8.82)*	0,30 (0.04 - 1.6)
Imagen corporal	2.40 (1.67 - 3.44)*	1,40 (0.84 - 11.07)
Función sexual	1.16 (0.77 - 1.75)	1,80 (1.23 - 11.83)*
Perspectivas del futuro	3.63 (1.99 - 6.58)*	4,20 (1.13 - 17.78)*
Síntomas mamarios	1.92 (1.45 - 2.54)*	5,50 (1.24 - 24.81)*
Síntomas braquiales	2.50 (1.69 - 3.69)*	12,30 (0.53 - 28.5)
Pérdida del cabello	3.82 (2.12 - 6.86)*	0,40 (0.00 - 15.91)
Efectos secundarios	1.89 (1.42 - 2.51)*	7,30 (2.55 - 22.07)*

* Significativos al 0.05

Figuras

Figura 1. Distribución de los puntajes según escala y dimensión. Mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a quimioterapia. Cali, año 2017.

