



# Factores asociados a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Medellín 2013\*

## Factors Associated with Quality of Life in Women with Breast Cancer. Medellín 2013

### Fatores associados a qualidade de vida em mulheres com cancro de mama. Medellín 2013

Fecha de recepción: 10-06-2016 Fecha de aceptación: 22-03-2107 Disponible en línea: 30-05-2017  
doi:10.11144/Javeriana.rgps16-32.facv

#### Cómo citar este artículo:

Pineda-Higueta SE, Andrade-Mosquera SM, Montoya-Jaramillo YM. Factores asociados a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Medellín 2013. Rev Gerenc Polít Salud. 2017; 16 (32): 85-95. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.facv>

Sonia Elena Pineda-Higueta\*\*  
Sandra Milena Andrade-Mosquera\*\*\*  
Yaneth Marcela Montoya-Jaramillo\*\*\*\*

\* Artículo de investigación. Este documento es uno de los productos de la investigación realizada para optar al título de magister en Salud Pública por la Facultad de Medicina de la Universidad CES. La investigación tuvo el aval del Comité de Ética de dicha institución. Para su realización se contó con financiación de una aseguradora en salud de la ciudad de Medellín (código 164, acta 53). Ejecutado en el periodo abril-junio del 2013 por el grupo investigador.

\*\* Autor principal y de correspondencia. Bacterióloga y especialista en Ciencias Forenses de la Universidad de Antioquia, magíster en Salud Pública de la Universidad CES. Docente de la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas. Correo electrónico: [sonia.pineda@uam.edu.co](mailto:sonia.pineda@uam.edu.co)

\*\*\* Autor principal, odontóloga de la Universidad del Bosque, Bogotá, Colombia y magíster en Salud Pública de la Universidad CES. Docente de la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas. Correo electrónico: [sandra.andrade@uam.edu.co](mailto:sandra.andrade@uam.edu.co)

\*\*\*\* Gerente en Sistemas de Información, MSc, Epidemiología de la Universidad de Antioquia. Analista de riesgos en salud, EPS Sura, Medellín, Colombia. Correo electrónico: [marcelamj11@gmail.com](mailto:marcelamj11@gmail.com)



## Resumen

*Introducción:* el cáncer de mama es un problema de salud pública que genera diversos factores y sentimientos que afectan la calidad de vida. *Objetivo:* evaluar los factores asociados a la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Métodos:* estudio descriptivo de corte transversal que incluyó 82 pacientes. Se calculó la calidad de vida con WHQOL-BREF y los factores asociados se determinaron con un modelo de regresión logística binaria. *Resultados:* el 73.1 % calificó la calidad de vida mínimo como buena. El dominio físico fue el más afectado ( $65.1 \pm 15.9$ ), en tanto que el entorno fue el menos afectado ( $78.2 \pm 14.2$ ). Las variables que explican el deterioro de la calidad de vida fueron: riesgo edad  $<50$  años, diagnóstico de cáncer avanzado al ingreso a la administradora de planes de beneficio (EAPB), mientras que los protectores fueron la satisfacción con el servicio y la terapia hormonal. *Conclusión:* es necesario enfatizar y tener mejor satisfacción con el servicio en mujeres menores de cincuenta años y que ingresaron con diagnóstico avanzado al programa.

**Palabras clave:** carcinoma de mama; calidad de vida; evaluación de programas; salud; tratamiento; servicios de salud

## Abstract

*Introduction:* Breast cancer is a public health problem that generates various factors and feelings which affect the quality of life. *Objective:* to evaluate factors associated with quality of life in breast cancer patients. *Methods:* Descriptive cross-sectional study involving 82 patients. Quality of life was calculated with WHQOL-BREF and the associated factors were determined using a binary logistic regression model. *Results:* 73.1% rated quality of life at least as good. The physical sphere was the most affected ( $65.1 \pm 15.9$ ), while the environment was the least affected ( $78.2 \pm 14.2$ ). The variables that explain the deterioration of the quality of life were: age  $<50$  years, diagnosis of advanced cancer upon admission to the benefit plan management (EAPB), while protective variables were satisfaction with the service and hormonal therapy. *Conclusion:* it becomes necessary to emphasize and to create a better satisfaction with the service in women under fifty and those who were admitted to the program with an advanced diagnosis.

**Keywords:** breast carcinoma; quality of life; program evaluation; health; treatment; health services

## Resumo

*Introdução:* cancro de mama é um problema de saúde pública que gera diversos fatores e sentimentos que afetam a qualidade de vida. *Objetivo:* avaliar os fatores associados à qualidade de vida em pacientes com cancro de mama. *Métodos:* estudo descritivo de corte transversal que incluiu 82 pacientes. A qualidade de vida com WHQOL-BREF foi calculado e os fatores associados determinaram-se com um modelo de regressão logística binária. *Resultados:* o 73.1 % classificou a qualidade de vida como boa mínimo. O domínio físico foi o mais afetado ( $65.1 \pm 15.9$ ), enquanto o entorno foi o menos afetado ( $78.2 \pm 14.2$ ). As variáveis que explicam a deterioração da qualidade de vida foram: risco idade  $<50$  anos, diagnóstico de câncer avançado ao ingresso à administradora de planos de benefício (EAPB), entanto os protetores foram satisfação com o serviço e a terapia hormonal. *Conclusão:* é preciso remarcar e ter melhor satisfação com o serviço em mulheres com menos de cinquenta anos e que ingressaram com diagnóstico avançado no programa.

**Palavras-chave:** carcinoma de mama; qualidade de vida; avaliação de programas; saúde; tratamento; serviços de saúde



## Introducción

El cáncer de mama, la primera neoplasia maligna que afecta a las mujeres en el mundo, es un problema de salud pública que ha incrementado su frecuencia y mortalidad (1), tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo (2).

Según la Organización Mundial de la Salud, se prevé que las muertes por cáncer aumentarán un 45 % entre el 2007 y el 2030 (pasarán de 7.9 millones a 11.5 millones), debido, en parte, al crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población. Se estima que durante el mismo periodo el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11.3 a 15.5 millones (3).

En América se registraron 2.8 millones de casos nuevos y 1.3 millones de muertes como consecuencia del cáncer en el 2012. Las proyecciones indican que el número de muertes por cáncer en las Américas aumentará a 2.1 millones en el 2030 (4).

En Colombia, en las últimas estimaciones de incidencia de cáncer, el de mama ocupó el primer lugar con cerca de 7000 casos nuevos cada año, seguido por el de cuello uterino con 5600 (5).

En la actualidad, gracias a los adelantos científicos y tecnológicos, el cáncer de mama ha dejado de ser mortal, lo que permite a las mujeres una sobrevida mayor, pero al mismo tiempo les implica afrontar cambios en su estilo de vida y fortalecer factores de promoción de la salud y prevención de problemas, según la etapa de evolución de la enfermedad en que se establece el diagnóstico (6). A pesar de las diferentes intervenciones, su diagnóstico y tratamiento altera la calidad de vida de las mujeres afectadas, en las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y sexuales (7).

El diagnóstico de cáncer suele ocasionar una serie de reacciones emocionales negativas y la expectativa de una vida en la cual el dolor se mantendrá presente. Entre las reacciones más frecuentes se destacan las asociadas con sintomatología ansiosa y depresiva: disforia, autoestima, culpa, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones e ideación suicida (8).

La calidad de vida ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (9).

Se ha convertido en una categoría imprescindible para el abordaje integral en el estudio de las enfermedades crónicas. No obstante las diferentes posiciones que existen en el análisis de este concepto, los autores coinciden en señalar la necesidad de tomar en cuenta las opiniones, las vivencias, las expectativas y el sufrimiento del individuo que enfrenta la realidad de padecer este tipo de enfermedades (10).

En las pacientes con cáncer de mama, la calidad de vida puede verse influida por variables de tipo biológico o físico, por el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento y sus efectos secundarios, el pronóstico y las posibilidades de rehabilitación, así como por variables psicosociales como la imagen corporal, el status emocional y las relaciones de pareja.

La evaluación del estado de salud de los individuos se ha basado en la observación o intervención médica, tomando en cuenta los instrumentos tradicionales, como el examen clínico, los laboratorios y los estudios imagenológicos, entre otros, los cuales se encuentran clasificados como fiables y cuantificables, y poco ha interesado el resto de los

instrumentos, que requerían la percepción subjetiva de los individuos (como en el caso de los cuestionarios de capacidad funcional o síntomas declarados, que se consideraban menos fiables y no cuantificables) (11).

El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida y los factores asociados en mujeres con cáncer de mama afiliadas a una aseguradora en salud de la ciudad de Medellín, activas en un programa de intervención para esta enfermedad durante el año 2013 en una empresa administradora de planes de beneficio (EAPB), con el fin de contribuir a mejorar el impacto del programa en las pacientes con esta enfermedad.

## **Materiales y métodos**

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal, el cual evaluó la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama y su relación con las variables sociodemográficas, clínicas y de tratamiento. Se tomó una muestra de 82 pacientes, con edades entre 31 y 91 años, inscritas y activas en el programa de intervención para esta enfermedad en abril del 2013. Para determinar el tamaño de la muestra se tuvo en cuenta el total de pacientes del programa, un nivel de confianza de 95 % y un error de 5 %.

Previamente al inicio del estudio, las pacientes fueron contactadas vía telefónica y se les explicó el objetivo de la investigación. A quienes aceptaron participar se les encuestó en sus residencias, donde diligenciaron el consentimiento informado y la encuesta. Esta última contenía variables sociodemográficas, clínicas y de tratamiento, además del cuestionario WHOQOL BREF, una versión reducida del WHOQOL-100 de la OMS, el cual consta de veintiséis preguntas agrupadas en cuatro dominios: físico, psicológico, social y del entorno, más dos preguntas globales de

calidad de vida general y salud general, las cuales se examinan separadamente. Estas califican de 1 a 5 con respuestas ordinales tipo Likert, y los dominios de 0 a 100, después de hacer la conversión que señala el manual de la OMS.

Se determinó como deterioro de la calidad de vida un valor inferior a 4 en la variable calidad de vida general. Criterios de inclusión: llevar en el programa como mínimo un año y máximo cinco, estar recibiendo algún tipo de tratamiento, ser mayores de dieciocho años y que aceptaran participar en el estudio. Criterios de exclusión: pacientes que no desearan participar del estudio y que además de cáncer de mama tuvieran otro tipo de cáncer.

## **Consideraciones éticas**

El Comité Institucional de Ética de la Universidad CES, en su sesión 53, del 1.º de octubre del 2012, aprobó mediante acta n.º 53 el proyecto con el código 164, la realización de esta investigación y la catalogó como de “riesgo mínimo”, según la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y la Declaración de Helsinki de 1975. Los datos encontrados fueron de uso exclusivo del grupo de investigadores; además, se obtuvo la autorización del comité de ética de la aseguradora en salud.

## **Análisis estadístico**

Se realizó una descripción de las variables sociodemográficas, clínicas de tratamiento y de cada uno de los dominios del WHOQOL BREF, a través de distribuciones de frecuencia para las variables cualitativas y de estadísticas de resumen y tendencia central para las variables cuantitativas, luego de verificar su distribución con la prueba de Shapiro Wilk.



Se determinó la asociación entre la calidad de vida y las características demográficas, clínicas y del tratamiento, utilizando la prueba de Chi cuadrado de independencia, la U de Mann Whitney y la prueba de Kruskal Wallis, según el tipo de variables.

Por último, se determinó el conjunto de factores explicativos de la calidad de vida, por medio de un modelo multivariado de regresión logística binaria, para disminuir los sesgos de confusión. Se calcularon los beta y los RP de cada factor, con sus respectivos intervalos de confianza del 95 %. Los datos se analizaron en el *software* estadístico IBM SPSS®, versión 22.

## Resultados

### Caracterización personal de las pacientes

Se encuestó a un total de 82 pacientes inscritas en el programa de cáncer de mama, con una edad promedio de 57.8 ( $\pm 12.5$ ) años (véase tabla 1). La raza mestiza fue la de mayor proporción (58.5 %), en tanto que el 41.5 % restante era de raza blanca, en su gran mayoría habían tenido algún tipo de cirugía, seguido por la radioterapia, quimioterapia y terapia hormonal (véase tabla 2). Se evidenció que los síntomas más frecuentes durante el tratamiento fueron alopecia, visión borrosa, fatiga y náuseas.

**TABLA 1.** CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DE UNA ASEGURADORA EN SALUD. MEDELLÍN, 2013

Variable	Frecuencia(n)	%
<b>Edad</b>		
<50	27	32.9
50 y más	55	67.1
X		57.8
DE*		12.4
<b>Estado civil</b>		
Soltera	28	34.1
Casada	35	42.7
Viuda	10	12.2
Separada	2	2.4
Unión libre	7	8.5
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Primaria	29	35.4
Secundaria	29	35.4
Técnica	5	6.1
Tecnológico	9	11.0
Universitario	10	12.2
<b>Ocupación</b>		
Empleada	12	14.6
Trabajadora independiente	16	19.5
Jubilada/pensionada	14	17.1
Ama de casa	39	47.6
Desempleada	1	1.2

**TABLA 2.** CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEL TRATAMIENTO DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA DE UNA ASEGURADORA EN SALUD. MEDELLÍN, 2013

Variable	Frecuencia(n)	%
Edad menarquía	56	68.3
< de 15 años	24	29.7
Mayor de 15 años	2	2.0
No recuerda		
Edad menopausia	24	29.3
< de 45 años	40	48.8
Mayor de 45	18	22.0
No recuerda		
Consumo de anovulatorios		
Sí	26	31.7
No	56	68.3
Depresión después del diagnóstico		
Sí	39	47.6
Quimioterapia		
Sí	53	64.0
Radioterapia		
Sí	68	82.9
Cirugía		
Sí	80	97.6
No	2	2.4
Terapia hormonal		
Sí	50	61
Antecedentes de cáncer		
Sí	53	64.6
Diagnóstico por EPS	66	80.5

El 19.5 % reportó no tener hijos. Del porcentaje restante, el 62.2 % tuvo entre uno y dos hijos; el 4.5 % no amamantó. Con respecto a los hábitos de consumo de sustancias, se encontró antecedentes de consumo de alcohol previamente al diagnóstico, el hábito de fumar estuvo presente en un 26.8 % de las pacientes antes de ser diagnosticadas, y de estas el 45 % fumaba entre uno y cinco cigarrillos diarios, con una media de 7.3. A su vez, se encontró que el 30.5 %

fumaba ocasionalmente en un 19.5 %, con una media de 1.5 días de consumo en la semana. En los últimos seis meses, el 12 % de las pacientes consumió alcohol y el 7.3 % consumió cigarrillo.

Un porcentaje de 19.5 % de las mujeres pertenecientes al programa de cáncer de mama ingresó a la EAPB con un diagnóstico de cáncer avanzado, procedentes de otras aseguradoras (tabla 3).



**TABLA 3.** CARACTERÍSTICAS DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN CADA UNO DE LOS CUATRO DOMINIOS EVALUADOS DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA. MEDELLÍN, 2013

<i>Dominio</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Percentil</i>	<i>Max Min</i>
Dominio físico	65.1	15.9	P25 - 56 P50 - 63	Máx. 94 Mín. 19
Dominio psicológico	71.3	14.39	25-63 50-69	Máx. 100 Mín. 31
Dominio social	72	23.66	25-56 50-75	Máx. 100 Mín. 0
Dominio del entorno	78.2	14.19	25-69 50-81	Máx. 100 Mín. 44

### Escala 0-100

Otro aspecto evaluado en las pacientes fue el apoyo después del diagnóstico de cáncer de mama. El 35.4% respondió no haber recibido apoyo de su pareja; el 73.2% recibió acompañamiento por parte de los hijos; el 87.8% por parte de familiares; el 69.5% de los amigos. El 91.5% de las encuestadas no recibió ayuda de alguna red de apoyo. El tratamiento médico se hace necesario para desenvolverse en su vida diaria en el 17.1%, un 19.5% bastante necesario y un 15.9% no lo necesita.

### Calidad de vida

Con respecto a la percepción de la calidad de vida, el 52.4% de las mujeres encuestadas la califican como buena, mientras que un 23.2% la considera normal. El 17.1% de las personas encuestadas respondió que el dolor físico le impide, extremadamente, hacer lo que necesita. Un 15.9% bastante, mientras

que el 31.7% afirma que no se lo impide en absoluto. En cuanto a la percepción del tratamiento médico, el 17.1% lo considera necesario para desempeñarse en su vida diaria, el 19.5% lo juzga bastante necesario y el 15.9% sostiene que no lo necesita. Más de la mitad de las pacientes disfrutaban de la vida extremadamente, en contraste con un 7.3% que responde disfrutar muy poco de la vida. Con respecto a su apariencia física, el 9.8% la acepta poco y el resto se encuentra de acuerdo (véase tabla 3).

La valoración independiente de la calidad de vida general tuvo un promedio de 4.2 ( $\pm 0.97$ ), con respuestas de más de 70% de las pacientes entre bastante bien y bien. Las pacientes manifestaron en promedio 4.1 de satisfacción con su salud (DE = 1.1), con porcentaje superior al 70% entre bastante bien y muy bien (tabla 4).

**TABLA 4.** PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA GENERAL DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA DE UNA ASEGURADORA EN SALUD. MEDELLÍN, 2013

	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Percentil</i>	<i>Máx. Mín.</i>
¿Calidad de vida general?	4.21	0.96	25-3 50-5	5 1
¿Cuán satisfecha está con su salud?	4.07	1.14	25-3 50-4	5 1

## Dominios de la calidad de vida

Se encontraron diferencias estadísticas con respecto al dominio físico, con la variable independiente número de hijos ( $p = 0.019$ ); el mejor puntaje lo tuvieron las mujeres que no tienen hijos 73.6 ( $\pm 11.5$ ), en comparación con las que tienen por lo menos un hijo 63.1 ( $\pm 16.3$ ). No se encontró asociación con las demás variables. Con relación al dominio psicológico, se hallaron diferencias estadísticas con el consumo de alcohol ( $p = 0.049$ ) y con tener o no hijos ( $p = 0.049$ ).

El dominio social mostró diferencias estadísticas con el consumo de anticonceptivos orales ( $p=0.026$ ).

El tener hijos, la ocupación y la satisfacción con el servicio recibido se encontraron asociados al dominio relacionado con el entorno, con valores  $p$  de 0.011, 0.04 y 0.018, respectivamente. No se encontró asociación de los dominios con las demás variables analizadas.

Un 26.8 % de las pacientes, que corresponde a 22 de las 82 encuestadas, calificó su calidad de vida general como inferior a 4 en la escala del WHOQOLBREF, lo que en el estudio corresponde a un deterioro de la calidad

de vida, la cual se encontró asociada con la edad actual de las pacientes, el momento en que se hace el diagnóstico, estar en terapia hormonal y tener satisfacción con el servicio.

A través del modelo de regresión logística, se determinaron cuatro condiciones y características de las pacientes con cáncer de mama que explicaron el 29.4 % de variación de la calidad de vida: tener menos de cincuenta años constituye un factor de riesgo. Por cada paciente mayor de esa edad, con una calidad de vida general menor o igual a 3, se encontraban, aproximadamente, cinco pacientes menores de cincuenta años con deterioro de la calidad de vida cuando se ajusta por las demás variables del modelo. De igual manera, se encontró que las pacientes que ingresan a la EPS habiendo sido diagnosticadas previamente, tienen una probabilidad 3.2 veces mayor de tener su calidad de vida deteriorada, en comparación con aquellas que son diagnosticadas luego de haber estado afiliadas, cuando se ajusta por edad, terapia hormonal y satisfacción con el servicio (véase tabla 5). Al ajustar por las demás variables del modelo, la satisfacción con el servicio disminuye la probabilidad de deterioro de la calidad de vida de las pacientes del programa de cáncer de mama (véase tabla 5).

**TABLA 5.** FACTORES QUE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA DE UNA ASEGURADORA EN SALUD. MEDELLÍN, 2013

Variables explicativas del deterioro de la calidad de vida	B	Valor p	RP	IC 95%	
				LI	LS
Edad menor de 50 años	1.569	0.012	4.802	1.416	16.287
Diagnóstico previo al ingreso a la EPS	1.454	0.032	4.282	1.134	16.164
Estar en terapia hormonal	-1.125	0.052	0.325	0.104	1.012
Satisfacción con el servicio	-3.208	0.014	0.040	0.003	0.517
Constante	1.670	0.195	5.312		





## Discusión

El cáncer de mama es una de las principales causas de morbimortalidad por cáncer a escala mundial. En Colombia, aunque la incidencia es baja en comparación con países como Estados Unidos, se perfila como un problema de salud pública que va en incremento (12) y se convierte en un desafío para el sistema de salud.

El análisis de los resultados obtenidos de los factores sociodemográficos, psicosociales clínicos y del tratamiento que afectan la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, así como los puntajes del cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud WHOQOL BREF, permitieron encontrar un grupo de mujeres cuyas edades al momento del estudio varío de 31 a 91 años, con un promedio de 57.8 años ( $DE^* = 12.46$ ). Aproximadamente el 50 % de las pacientes tenían menos de 57 años, comparado con un estudio realizado en mujeres mexicanas, cuya edad promedio fue de 52.23 años (13).

Se destaca un mayor porcentaje de mujeres casadas, con un 42.7 %, mientras que el 34.1 % estaban solteras y el 12.2 % reportaron estar viudas. Hallazgos muy similares fueron encontrados en un estudio realizado en Antioquia donde el 54.1 % de las pacientes eran casadas (14). En cuanto al apoyo por parte de familiares o redes de apoyo, se halló que el que prima en este grupo de encuestadas es el de tipo familiar y que existe una clara necesidad del apoyo por parte, no solo de las familias, sino también de las instituciones de salud y redes de apoyo. Tener cáncer de mama representa una serie de sentimientos que se acentúan con los tratamientos, tanto en los efectos físicos como en la baja autoestima, la imagen corporal y la misma identidad femenina (15).

El componente de escolaridad del grupo encuestado evidencia una carencia, debido

a que solo un 23.2 % tenía estudios técnicos o universitarios, lo que reafirma la necesidad de emprender acciones de intervención con este grupo para mejorar su posibilidad de comprender la terminología y los conceptos clínicos cuando tiene que reunirse con el personal de salud en consultas o en el tratamiento. En la medida que se asegure mayor información acerca de la enfermedad y las condiciones que genera, y todo lo que se relaciona con los cambios físicos y clínicos, puede mejorarse la percepción de las acciones que cumplen las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) en pro del bienestar de la población afectada.

Del total de mujeres encuestadas con respecto a la edad a la cual tuvieron su menarquia, el 46.7 % respondió haberla tenido entre los ocho y los trece años, el 20.7 % a los catorce años y el 11.11 % restante entre los quince y los veintidós años, todo esto con una media de 13.5 ( $DE^* = 2.13$  años).

Con el fin de analizar el efecto que podría tener el hecho de consumir un medicamento adicional, diferente a los prescritos para el cáncer de mama, se incluyó esta variable en el cuestionario y se encontró que, aproximadamente, el 12.2 % de las mujeres informó haber consumido medicamentos adicionales a los del tratamiento del cáncer, tales como ansiolíticos y antidepresivos. Según las encuestadas, se hizo con el fin de afrontar de una mejor forma la enfermedad, todo esto sumado a que el 47.6 % presentó episodios de depresión después de ser diagnosticadas. Este resultado está en relación con otro estudio realizado, el cual encontró que el 22 % presentaba altos niveles de depresión y un 19 % ansiedad y estrés (16).

El hábito de fumar antes de ser diagnosticadas estuvo presente en un 26.8 % de las pacientes, a la vez que se encontró que el 30.5 % tenía antecedentes de consumo de

alcohol previamente al diagnóstico. Este consumo fue menor, comparado con los datos de otro estudio donde el consumo de tabaco fue de 29.6% y el alcoholismo 40.9% (17)

El 35.4% respondió no haber recibido apoyo de su pareja, el 73.2% recibió acompañamiento por parte de los hijos, el 87.8% por parte de familiares, el 69.5% de los amigos y el 91.5% no recibió ayuda de ninguna red de apoyo.

Con respecto a los dominios, se encontró que el entorno o ambiente alcanzó un valor de 78.2%, seguido por el dominio social 72%, el psicológico con un 71.3% y el físico con un 65.1%. En estudios realizados con el mismo instrumento, pero que evaluaban la calidad de vida en pacientes que recibían quimioterapia, se encontró que el dominio con mayor puntaje fue el del entorno (18). Se halló mayor calidad de vida en mujeres mayores de cincuenta años.

Las mujeres de menor edad que ingresaron a la EAPB con diagnóstico avanzado del tumor y no están satisfechas con el servicio, constituyen el principal foco de atención para ser intervenidas de forma diferencial, de tal manera que se pueda contribuir a mejorar su calidad de vida, porque constituyen el grupo de mayor deterioro. En este contexto, mejorar la satisfacción con el servicio es un factor clave, ya que puede ser modificado por el asegurador, a través de las IPS.

## **Conclusión**

La percepción de calidad de vida de estas mujeres es satisfactoria, ya que, pese a reconocer la gravedad del pronóstico, consideraron positivo no haber sido afectadas en su capacidad física, psicológica, sus relaciones sociales y su medio ambiente en la medida en que pensaron que lo sería, lo cual posibilita el desarrollo de sus actividades prácticas en la vida diaria.

Los dominios con puntajes más bajos deben ser objeto de observaciones más exactas, así como de intervenciones más eficaces y efectivas, a fin de proporcionar una mejor calidad de vida durante el tratamiento quimioterapéutico. El dominio físico fue el que presentó menor puntuación, en comparación con el psicológico, social y del entorno. Eso se puede evidenciar en la incapacidad para desempeñar actividades laborales o relacionadas con el hogar, lo cual afecta a un alto porcentaje de mujeres por su condición de amas de casa y madres.

Las variables que explican el deterioro de la calidad de vida en este grupo de pacientes son tener menos de cincuenta años y un diagnóstico de cáncer avanzado al ingreso a la EPS, variables que se comportan como factores de riesgo. La satisfacción con el servicio se encontró como un factor protector ante el deterioro de la CV, cuando se ajustó por la terapia hormonal.

## **Agradecimientos**

Los autores agradecen a las pacientes por aceptar ser parte de esta investigación y a las demás personas que hicieron posible el desarrollo del proyecto.

## **Limitaciones del estudio**

El WHOQOL BREF es un instrumento genérico para evaluar calidad de vida, pero aún no ha sido validado en Colombia. La calidad de vida tiene un carácter subjetivo, en el cual son muchos los aspectos los que están involucrados, y esto hace un poco difícil conocer el verdadero impacto del cáncer de mama sobre el bienestar de las pacientes.

Esta investigación fue desarrollada mediante un enfoque cuantitativo y de corte, con el cual no se pudo establecer relaciones de causalidad,



sino únicamente asociación entre las variables de estudio, lo cual permitió analizar algunas características de las pacientes.

Estos resultados no permiten hacer inferencia a otras poblaciones, solo en la que se realizó el estudio.

### Declaración de conflictos de intereses

No existe conflicto de intereses por parte de los autores.

### Financiación

El trabajo se realizó con recursos de una administradora en salud de la ciudad de Medellín.

## Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: prevención y control. Ginebra: OMS; 2015 [acceso: 14 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/29taT82>.
- Rubinstein A, Terrasa S. Medicina familiar y práctica ambulatoria, segunda edición. Buenos Aires: Panamericana; 2006.
- World Health Organization. World cancer report. Lyon: WHO; 2003 [acceso: 14 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/295nrp3>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Cáncer en las Américas. Perfiles de país 2013. Washington: OPS/OMS; 2014.
- Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Colombia: Profamilia; 2010.
- Boyle P, Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe 2004. *Ann Oncol*. 2005;16:481-8.
- Recalde MT, Samudio M. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010. *Mem Inst Investig Cienc Salud*. 2012;10:13-29.
- Mehnert A, Koc, U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*. 2000; 86(4):383-91.
- World Health Organization (WHO). Cancer incidence and mortality worldwide in 2008. Disponible en <http://www.globocan.iarc.fr>.
- Medina VJJ et al. Calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama: cirugía radical versus cirugía conservadora. *Cirujano General*. 2015; 37(1-2):15-24.
- Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español, tercera edición. Barcelona: Edimac; 2002; p. 125-9.
- Díaz S, Piñeros M, Sánchez O. Detección temprana del cáncer de mama: Aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. *Rev Colomb Cancerol* 2005;9(3):93-105.
- Muñoz D, Contreras L, Balderas A, Hernández A, Chávez Solano P, Mariscal I, Lomelí L, et al. Calidad de vida en mujeres mexicanas con cáncer de mama en diferentes etapas clínicas y su asociación con características sociodemográficas, estados co-mórbidos y características del proceso de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Value in Health*. 2011;14(5):S133-S136.
- Salas C, Grisales H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;28(1).
- Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud [Internet]*. 2007 Sep. [acceso: 22 de mayo del 2017];18(2):137-161. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742007000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200002&lng=es)
- Khan F, Amatya B, Pallan JF, Rajapaksa, I. Factors associated with long-term functional outcomes and psychological sequelae in women after breast cancer. *The Breast*. 21(3):314-20.
- Aguilar Cordero M, Neri Sánchez M, Padilla López CA, Pimentel Ramírez ML, García Rillo A, Sánchez López AM. Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un estado de México. *Nutr Hosp*. 2012;27(5):1631-6.
- Garduño C, Sánchez-Sosa JJ, Riveros A. Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 2010;1(8):69-80.