

## Calidad de vida, ansiedad antes y después del tratamiento en mujeres con cáncer de mama

Raquel Rey Villar<sup>1</sup>  
Salvador Pita Fernández<sup>2</sup>  
Carmen Cereijo Garea<sup>1</sup>  
M<sup>a</sup> Teresa Seoane Pillado<sup>3</sup>  
Vanessa Balboa Barreiro<sup>4</sup>  
Cristina González Martín<sup>5</sup>

Objetivos: determinar calidad de vida y ansiedad en pacientes con cáncer de mama y cambios experimentados tras tratamientos. Método: estudio prospectivo. Casos incidentes de cáncer de mama (n=339; seguridad=95%; precisión=±5,32%). Los cuestionarios de calidad de vida fueron: QLQC-30, QLQBr23, y ansiedad: STAI. Se realizó análisis multivariado para identificar variables asociadas a calidad de vida y ansiedad basales y las diferencias pre y post tratamiento. Se obtuvo autorización del comité de ética y consentimiento informado. Resultados: las dimensiones de calidad de vida basales con menor puntuación son: perspectivas de futuro (46,0/100), disfrute sexual (55,7/100). Dimensiones con mayor puntuación: imagen corporal (94,2/100), funcionalidad del rol (93,3/100). Los síntomas más perturbadores fueron: insomnio, fatiga, preocupación por pérdida del cabello. Tras tratamientos, empeoraron: función física, del rol, imagen corporal, dificultades financieras y sintomatología. Mejoraron la función emocional y perspectivas de futuro. Presentaron ansiedad severa como estado 48,6% y como rasgo 18,2%. La mayor ansiedad estado basal se asoció con estado civil casadas-viudas y medicación ansiolítica. La mayor ansiedad rasgo con: situación laboral inactiva, medicación ansiolítica, hinchazón mamaria y estadios avanzados al diagnóstico. Tras los tratamientos, disminuye significativamente la ansiedad. Conclusiones: tras los tratamientos, la puntuación de calidad de vida se modifica positivamente y la ansiedad como estado y como rasgo disminuye.

Descriptores: Calidad de Vida; Mujeres; Cáncer de Mama; Ansiedad; Enfermeras; Atención de Enfermería.

<sup>1</sup> Estudiante de doctorado, Universidad de A Coruña, A Coruña, A Coruña, España. Enfermera, Universidad de A Coruña, A Coruña, A Coruña, España.

<sup>2</sup> PhD, Profesor Titular, Universidad de A Coruña, A Coruña, A Coruña, España.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asociado, Universidad de A Coruña, A Coruña, A Coruña, España.

<sup>4</sup> MSc, Profesor Asistente, Universidad de A Coruña, A Coruña, A Coruña, España.

<sup>5</sup> PhD, Profesor Adjunto, Universidad de A Coruña, A Coruña, A Coruña, España.

### Cómo citar este artículo

Rey-Villar R, Pita-Fernández S, Cereijo-Garea C, Seoane-Pillado T, Balboa-Barreiro V, González-Martín C. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2958. [Access    ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>.

día mes año

URL

## Introducción

La utilidad de las mediciones de calidad de vida en la práctica clínica diaria está ampliamente referenciada en la literatura. En una revisión sistemática publicada en 2010<sup>(1)</sup>, los datos de calidad de vida han influenciado la toma de decisiones en un 30,1% de las intervenciones médicas y un 63,2% para intervenciones no biomédicas. Por tanto, los planes de tratamiento pueden ser alterados o supeditados a la calidad de vida de la persona.

Según la literatura, casi un 50% de los pacientes con cáncer sufren desórdenes psiquiátricos. La ansiedad y la depresión son, generalmente, considerados como la comorbilidad psicopatológica más importante. En el cáncer de mama, más de un tercio de las pacientes podrían experimentar desórdenes psicopatológicos<sup>(2)</sup>. La morbilidad psicológica se ve influenciada por múltiples antecedentes y factores concomitantes los cuales afectan a la función psíquica y la calidad de vida.

Diversos estudios muestran asociaciones entre la ansiedad y determinadas variables sociodemográficas y psicosociales (edad al diagnóstico<sup>(3)</sup>, estado civil<sup>(4)</sup>, nivel de estudios<sup>(5)</sup>, antecedentes de comorbilidad<sup>(4)</sup> o historia de tratamiento previo para ansiedad y/o depresión<sup>(6)</sup>).

Un estudio acerca del impacto de la ansiedad<sup>(7)</sup> relaciona altos niveles de ansiedad con la intensificación de los síntomas físicos y un aumento en la percepción de los efectos adversos de los tratamientos, repercutiendo todo esto negativamente en la calidad de vida y en el estado global de salud del paciente.

Dada la relación de cercanía de la enfermera con el paciente, los profesionales de enfermería están en condiciones de realizar una valoración global del paciente atendiendo no solo a sus necesidades fisiológicas o clínicas, sino también psicológicas y sociales.

Diversos ensayos clínicos randomizados sugieren que hay beneficios psicológicos tras intervenciones realizadas por enfermeras. Éstos incluyen reducción del distress<sup>(8)</sup>, disminución de la ansiedad, depresión y mejoría en el bienestar físico y emocional<sup>(9)</sup>. Otro estudio mostró mejorías significativas en insomnio, disnea y dificultades financieras<sup>(10)</sup>.

Este estudio realizado por personal de enfermería de la unidad de mama surge con el fin de determinar el nivel de calidad de vida y de ansiedad como estado y como rasgo en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama antes y después de los tratamientos recibidos. A su vez, se pretende determinar las variables asociadas a la calidad de vida y ansiedad basales.

## Método

Estudio observacional de prevalencia de seguimiento prospectivo, realizado en la Unidad de Mama del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (España). Se recogieron todos los casos incidentes de cáncer de mama con diagnóstico histopatológico desde Diciembre de 2013 a Febrero de 2015. Fueron excluidos los varones y los casos que realizaron la cirugía y el seguimiento en otro centro. Las pacientes fueron identificadas al diagnóstico a través de los resultados de los hallazgos histopatológicos. Se contactó con ellas durante una visita a la unidad de mama. La enfermera de la unidad invitó a participar a aquellas que cumplieran los criterios de inclusión. Se realizaron dos mediciones de la calidad de vida y la ansiedad, la primera tras el diagnóstico y la segunda tras finalizar el tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia. Se ha obtenido la autorización del comité de ética y el consentimiento informado de cada participante (Comité Autonomo de Ética de Investigación de Galicia; código 2013/253).

Los datos fueron obtenidos mediante entrevista con el paciente y a través de la revisión de la historia clínica. De cada paciente se estudiaron las características sociodemográficas, la comorbilidad previa con el índice de Charlson<sup>(11)</sup>, los antecedentes obstétrico ginecológicos, los antecedentes familiares de cáncer, manifestaciones clínicas, estadio, anatomía patológica y manejo terapéutico. Los cuestionarios utilizados para medir la calidad de vida validados han sido el EORTC QLQ C-30 y el QLQ Br23<sup>(12-13)</sup>. El QLQ C-30 consiste en 30 preguntas, con respuesta tipo Likert (de 1 a 7 para el estado global de salud y de 1 a 4 para el resto de ítems). Este cuestionario evalúa el estado global de salud, cinco escalas funcionales (función física, emocional, del rol, cognitiva y social) y los síntomas presentados.

El cuestionario QLQ Br23 consta de 23 ítems. Mide cuatro escalas funcionales (imagen corporal, perspectivas de futuro, función sexual y disfrute sexual) y síntomas (de la mama y brazo afectados, la preocupación por la pérdida del cabello y los efectos adversos de las terapias sistémicas), con respuesta tipo Likert (de 1 a 4). El sistema de medición de ambos cuestionarios de calidad de vida presenta una puntuación de 0 a 100. En las escalas funcionales, a mayor puntuación mejor calidad de vida, y en las escalas de valoración de los síntomas, a mayor puntuación peor sintomatología.

El cuestionario empleado para medir la ansiedad como estado y como rasgo ha sido el State-Trait Anxiety Inventory (STAI)<sup>(14)</sup>. Dicho cuestionario comprende dos escalas separadas de 20 ítems cada una para la medición de la ansiedad como estado y como rasgo, con respuesta

tipo Likert (de 0 a 3). Las puntuaciones varían de 0 a 60 puntos, indicando a mayor puntuación mayor ansiedad.

Justificación del tamaño muestral: para el análisis de las características generales se estudiaron 339 pacientes, lo que permite estimar los parámetros de interés con una seguridad del 95% y una precisión del  $\pm 5,32\%$ .

Para la comparación entre las mediciones de calidad de vida antes y después del tratamiento se estudiaron 181 pacientes y para la ansiedad 169. Este tamaño muestral permite detectar diferencias de al menos cuatro puntos o más (desviación típica=15) entre las dos mediciones de la ansiedad con una seguridad del 95% y un poder estadístico de 80%.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio, las variables cuantitativas se expresaron como media, desviación típica y mediana. Las variables cualitativas como valor absoluto y porcentaje con la estimación del 95% intervalo de confianza.

Se utilizaron los procedimientos estadísticos T de Student o Test de Mann-Whitney, y T de Student de datos pareados o test de Wilcoxon según procediese. A su vez se empleó el test de McNemar para variables categóricas entre el antes y el después de los tratamientos.

La correlación entre variables cuantitativas se calculó mediante el coeficiente de correlación Rho de

Spearman o Pearson. Las puntuaciones de calidad de vida y ansiedad se dicotomizaron con valores menores y mayores a la mediana para la realización de modelos multivariados de regresión logística.

Se empleó el software SPSS 19.0, el programa R para el análisis estadístico y EPIDAT 3.1 para el cálculo de los intervalos de confianza.

## Resultados

Durante el período a estudio se diagnosticaron 524 casos de cáncer de mama, tras la revisión de los criterios de inclusión y exclusión, un total de 339 participantes conformaron el estudio. El 1% de los casos diagnosticados se dieron en varones, excluyéndose éstos del estudio.

La Tabla 1 muestra las características de los pacientes incluidos en el estudio. La media de edad fue 58,9 años, con una mediana de 59 años. El estudio descriptivo de la muestra estudiada muestra que el 19,8% de las mujeres tienen estudios universitarios, un 38,9% está trabajando, un 64,9% están casadas o viven en pareja y el 50,1% toma medicación ansiolítica o antidepresiva. La prevalencia de sobrepeso fue de 34,9% y son fumadoras el 17,7%.

Tabla 1 – Variables sociodemográficas, comorbilidad e historia obstétrico-ginecológica. A Coruña, Spain, 2013-2015

|                     | n (%)      | 95% IC*   | Media $\pm$ DT† | Mediana |
|---------------------|------------|-----------|-----------------|---------|
| Edad (años)         |            |           | 58,9 $\pm$ 12,5 | 59      |
| Nivel de estudios   |            |           |                 |         |
| Bajo                | 211 (62,2) | 56,9-67,5 |                 |         |
| Medio               | 61 (18)    | 13,8-22,2 |                 |         |
| Alto                | 67 (19,8)  | 15,4-24,1 |                 |         |
| Situación laboral   |            |           |                 |         |
| Activo              | 132 (38,9) | 33,6-44,3 |                 |         |
| Inactivo            | 32 (9,4)   | 6,2-12,7  |                 |         |
| Ama de casa         | 43 (12,7)  | 9,0-16,4  |                 |         |
| Jubilada            | 132 (38,9) | 33,6-44,3 |                 |         |
| Estado civil        |            |           |                 |         |
| Casada/pareja       | 220 (64,9) | 59,7-70,1 |                 |         |
| Viuda               | 58 (17,1)  | 12,9-21,3 |                 |         |
| Soltera             | 39 (11,5)  | 8,0-15,0  |                 |         |
| Divorciada/separada | 22 (6,5)   | 3,7-9,3   |                 |         |
| Tareas del hogar    |            |           |                 |         |
| Sin ayuda           | 195 (57,9) | 52,4-63,3 |                 |         |
| Tareas compartidas  | 98 (29,1)  | 24,1-34,1 |                 |         |
| Otros               | 44 (13,1)  | 9,3-16,8  |                 |         |
| Hábito tabáquico    |            |           |                 |         |
| Fumador             | 60 (17,7)  | 13,5-21,9 |                 |         |
| o fumador           | 222 (65,5) | 60,3-70,7 |                 |         |
| Ex-fumador          | 57 (16,8)  | 12,7-20,9 |                 |         |

(continúa...)

Tabla 1 – *continuación*

|   | n (%)      | 95% IC*   | Media $\pm$ DT† | Mediana |
|---|------------|-----------|-----------------|---------|
| Categorías Índice de Masa Corporal        |            |           |                 |         |
| Bajo peso                                 | 15 (4,5)   | 2,1-6,8   |                 |         |
| Normopeso                                 | 110 (32,8) | 27,7-38,0 |                 |         |
| Sobrepeso                                 | 117 (34,9) | 29,7-40,2 |                 |         |
| Obesidad                                  | 93 (27,8)  | 22,8-32,7 |                 |         |
| Índice de comorbilidad de Charlson        |            |           | 2,3 $\pm$ 0,7   | 2       |
| Charlson ajustado por edad                |            |           | 3,8 $\pm$ 1,5   | 4       |
| Hipertensión (Si)                         | 81(23,9)   | 19,2-28,6 |                 |         |
| Diabetes (Si)                             | 51 (15)    | 11,1-19,0 |                 |         |
| Dislipemia (Si)                           | 94 (27,7)  | 22,8-32,6 |                 |         |
| Medicación ansiolítica/antidepresiva (Si) | 170 (50,1) | 44,7-55,6 |                 |         |
| Edad de la menarquia (años)               |            |           | 13,1 $\pm$ 1,7  | 13      |
| Edad de la menopausia (años)              |            |           | 49,3 $\pm$ 4,6  | 50      |
| Edad del primer embarazo (años)           |            |           | 25,1 $\pm$ 5,4  | 24      |
| Embarazos previos (Si)                    | 286 (84,4) | 80,3-88,4 |                 |         |
| Abortos (Si)                              | 70 (24)    | 18,9-29,0 |                 |         |
| Lactancia materna (Si)                    | 178 (52,5) | 47,0-8,0  |                 |         |
| Historia previa de tumores                |            |           |                 |         |
| Enfermedad benigna de la mama previa      | 84 (24,8)  | 20,0-29,5 |                 |         |
| Enfermedad maligna de la mama previa      | 14 (4,1)   | 1,9-6,4   |                 |         |
| Antecedentes familiares de cáncer mama    | 109 (32,2) | 27,0-37,3 |                 |         |
| Antecedentes familiares de cáncer ovario  | 20 (5,9)   | 3,2-8,5   |                 |         |
| Antecedentes personales de cáncer         | 29 (8,6)   | 5,4-11,7  |                 |         |

\*IC: Intervalo de Confianza. †DT: Desviación Típica

La Tabla 2 muestra los síntomas al diagnóstico y las características de anatomía patológica. Un 44,8% no mostraban síntomas al diagnóstico y un 43,4% presentaban tumoración palpable. El 41,9% han sido diagnosticadas a través del Programa de Cribado y un número similar (39,8%) por el médico de atención primaria. El tipo histológico más frecuente ha sido el Carcinoma Ductal Infiltrante (76,9%).

La Tabla 3 describe el manejo terapéutico de la muestra. Al 78,5% de las mujeres se les ofreció cirugía como primera opción de tratamiento. Al 49,7% se le realizó una lumpectomía y al 86,1% biopsia de ganglio centinela. Un 10,0% fueron candidatas para cirugía reconstructiva, de las cuáles el 88,2% se sometieron a reconstrucción mamaria con expansor y posterior recambio por prótesis definitiva. El 53,4% recibieron quimioterapia, el 84,1% radioterapia y 81,1% hormonoterapia.

Los resultados de los cuestionarios de calidad de vida (EORTC QLQ C-30 y Br23) se muestran en la Tabla 4. En el momento del diagnóstico, las puntuaciones más altas en calidad de vida son para las escalas de funcionalidad física, del rol e imagen corporal, con puntuaciones superiores a 90 sobre 100. Las puntuaciones más bajas son para las perspectivas de futuro y el disfrute sexual, con valores inferiores a 60 sobre 100. Tras finalizar los tratamientos

se han modificado negativamente y de forma significativa las dimensiones de función física, del rol, imagen corporal, dificultades financieras y síntomas como la fatiga, dolor, disnea y aquellos relacionados con la mama, el brazo y los efectos adversos de las terapias sistémicas. Después de los tratamientos mejoraron significativamente las puntuaciones para la función emocional y perspectivas de futuro. El Estado Global de Salud mejoró después de los tratamientos, sin llegar a ser significativamente estadística.

Tras realizar el análisis multivariado de regresión logística utilizando como variable dependiente la mediana del dominio Estado Global de Salud y como covariables la edad, el nivel de estudios, el score de Charlson, la medicación ansiolítica, los embarazos previos, los antecedentes familiares de cáncer de mama y la retracción del complejo areola-pezones, objetivamos que las variables con efecto independiente para influir en valores menores que la mediana en el Global Health Status son el nivel de estudios, el score de Charlson, la medicación ansiolítica, los embarazos previos y la retracción del pezón. El mayor nivel educativo (bajo vs alto) mejora la calidad de vida (OR=0,48), la comorbilidad aumenta el riesgo de tener peor calidad de vida (OR=2,07), así como la utilización de drogas ansiolíticas (OR=1,61), embarazos previos (OR=1,99) y retracción del pezón (OR=4,50) (Tabla 5).

Tabla 2 – Signos y síntomas al diagnóstico, anatomía patológica y estadio. A Coruña, Spain, 2013-2015

|  | n (%)      | 95% IC*   |
|--|------------|-----------|
| Síntomas al diagnóstico                  |            |           |
| No clínica                               | 152 (44,8) | 39,4-50,3 |
| Tumoración palpable en mama o axilas     | 147 (43,4) | 37,9-48,8 |
| Retracción complejo areola pezón         | 18 (5,3)   | 2,8-7,8   |
| Dolor                                    | 15 (4,4)   | 2,1-6,8   |
| Hinchazón                                | 7 (2,1)    | 0,4-3,7   |
| Secreción del pezón                      | 5 (1,5)    | 0,5-3,4   |
| Calor                                    | 4 (1,2)    | 0,3-3,0   |
| Úlcera en la piel de la mama             | 2 (0,6)    | 0,1-2,1   |
| Tumoración mamaria palpable por cirujano | 230 (67,8) | 62,7-73,0 |
| Adenopatía axilar palpable por cirujano  | 61 (18)    | 13,8-22,2 |
| Tipo de tumor                            |            |           |
| Carcinoma ductal infiltrante             | 260 (76,9) | 72,3-81,6 |
| Carcinoma lobulillar infiltrante         | 27 (8)     | 4,9-11,0  |
| Carcinoma ductal in situ                 | 26 (7,7)   | 4,7-10,7  |
| Carcinoma mucinoso                       | 6 (1,8)    | 0,2-3,3   |
| Carcinoma micropapilar invasivo          | 4 (1,2)    | 0,3-3     |
| Carcinoma apocrino                       | 3 (0,9)    | 0,2-2,6   |
| Carcinoma mixto                          | 2 (0,6)    | 0,1-2,1   |
| Carcinoma papilar                        | 2 (0,6)    | 0,1-2,1   |
| Carcinoma metaplásico                    | 2 (0,6)    | 0,1-2,1   |
| Carcinoma inflamatorio                   | 2 (0,6)    | 0,1-2,1   |
| Carcinoma tubular infiltrante            | 2 (0,6)    | 0,1-2,1   |
| Enfermedad de Paget de la mama           | 1 (0,3)    | 0,0-1,6   |
| Grado Histológico de Nottingham          |            |           |
| Grado I                                  | 49 (14,7)  | 10,7-18,6 |
| Grado II                                 | 144 (43,1) | 37,6-48,6 |
| Grado III                                | 141 (42,)  | 36,8-47,7 |
| Invasión vascular linfática (Si)         | 67 (21,8)  | 17,0-26,6 |
| Inmuno-Histoquímica                      |            |           |
| Receptores de estrógeno positivos        | 281 (82,9) | 78,7-87,0 |
| Receptores de progesterona positivos     | 248 (73,4) | 68,5-78,2 |
| Her2 positivo                            | 45 (14,9)  | 10,8-19,1 |
| Ki67 <20%                                | 102 (38,2) | 32,2-44,2 |
| Ki67 ≥20%                                | 165 (61,8) | 55,8-67,8 |
| Subtipo molecular                        |            |           |
| Luminal Her2 negativo                    | 236 (75,2) | 70,2-80,1 |
| Triple-negativo/basal-like               | 33 (10,5)  | 7,0-14,1  |
| Luminal B Her2 positivo                  | 24 (7,6)   | 4,5-10,7  |
| Her2 no luminal                          | 21 (6,7)   | 3,8-9,6   |
| Estadio al diagnóstico                   |            |           |
| 0  | 22 (6,5)   | 3,7-9,3   |
| I  | 149 (44,3) | 38,9-49,8 |
| II                                       | 128 (38,1) | 32,7-43,4 |
| III                                      | 35 (10,4)  | 7,0-13,8  |
| IV                                       | 2 (0,6)    | 0,1-2,1   |

\*IC: Intervalo de Confianza

Tabla 3 – Manejo terapéutico del cáncer de mama. A Coruña, Spain, 2013-2015

|  | n (%)      | 95% IC*   |
|--|------------|-----------|
| Adyuvancia (Si)                        | 266 (78,5) | 73,9-83,0 |
| Tratamiento quirúrgico                 |            |           |
| No cirugía                             | 3 (0,9)    | 0,2-2,6   |
| Cirugía unilateral                     | 264 (77,9) | 73,3-82,4 |
| Cirugía bilateral                      | 72 (21,2)  | 16,7-25,7 |
| Tipo de cirugía                        |            |           |
| Tumorectomía                           | 167 (49,7) | 44,2-55,2 |
| Cirugía oncoplástica                   | 81 (24,1)  | 19,4-28,8 |
| Mastectomía radical modificada         | 40 (11,9)  | 8,3-15,5  |
| Mastectomía simple                     | 34 (10,1)  | 6,7-13,5  |
| Mastectomía ahorradora de piel         | 9 (2,7)    | 0,8-4,5   |
| Mastectomía ahorradora de piel y pezón | 3 (0,9)    | 0,2-2,6   |
| Sólo Linfadenectomía Axilar            | 1 (0,3)    | 0,0-1,6   |
| Resección masa supraclavicular         | 1 (0,3)    | 0,0-1,6   |
| Resección Complejo Areola-Pezón (Si)   | 92 (27,1)  | 22,3-32,0 |
| Márgenes quirúrgicos afectados (Si)    | 48 (15,0)  | 10,9-19,1 |
| Biopsia Ganglio Centinela (Si)         | 292 (86,1) | 82,3-90,0 |
| Ganglio centinela positivo (Si)        | 131 (44,9) | 39,0-50,7 |
| Extensión extranodal                   |            |           |
| Si                                     | 77 (23,0)  | 18,3-27,6 |
| No determinable                        | 88 (26,3)  | 21,4-31,1 |
| Linfadenectomía Axilar (Si)            | 91 (26,8)  | 22,2-32,0 |
| Estado de ganglios en Linfadenectomía  |            |           |
| Micrometástasis                        | 7 (9,9)    | 2,2-17,5  |
| Macrometástasis                        | 64 (90,1)  | 82,5-97,8 |
| Reconstrucción mamaria (Si)            | 34 (10,0)  | 6,7-13,4  |
| Inmediata                              | 27 (79,4)  | 4,9-11,0  |
| Diferida                               | 7 (20,6)   | 0,4-3,7   |
| Tipo de reconstrucción                 |            |           |
| Expansor                               | 30 (88,2)  | 72,5-96,7 |
| Prótesis                               | 4 (11,8)   | 3,3-27,4  |
| Quimioterapia (Si)                     | 181 (53,4) | 47,9-58,8 |
| Radioterapia (Si)                      | 285 (84,1) | 80,0-88,1 |
| Hormonoterapia (Si)                    | 275 (81,1) | 76,8-85,4 |
| Terapia biológica antiHer2 (Si)        | 40 (11,8)  | 8,2-15,4  |
| Rehabilitación para el linfedema (Si)  | 55 (16,2)  | 12,1-20,3 |
| Oncopsicólogo (Si)                     | 43 (12,7)  | 9,0-16,4  |

\*IC: Intervalo de Confianza

Tabla 4 – Mediciones basales y postratamiento de la calidad de vida con el cuestionario EORTC QLQ –C30 y Br-23 y Ansiedad como Estado y como Rasgo con el cuestionario STAI. A Coruña, Spain, 2013-2015

|                            | Basal |            | Postratamiento |            | Diferencia  | p      |
|----------------------------|-------|------------|----------------|------------|-------------|--------|
|                            | n     | Media ±DT* | n              | Media ±DT* |             |        |
| EORTC QLQ C-30             |       |            |                |            |             |        |
| Estado Global de Salud     | 181   | 69,2 ±21,1 | 181            | 72,0 ±21,6 | 2,7 ±23,4   | 0,167  |
| Escalas funcionales        |       |            |                |            |             |        |
| Función física             | 185   | 92,3 ±12,4 | 185            | 84,6 ±16,3 | -7,7 ±15,1  | <0,001 |
| Función de rol             | 182   | 93,3 ±14,3 | 182            | 85,4 ±22,2 | -7,9 ±23,3  | <0,001 |
| Función emocional          | 183   | 63,0 ±25,0 | 183            | 74,4 ±23,7 | 11,3 ±25,2  | <0,001 |
| Función cognitiva          | 183   | 84,5 ±18,2 | 183            | 85,0 ±20,8 | 0,4 ±23,3   | 0,535  |
| Función social             | 182   | 88,4 ±18,4 | 182            | 86,3 ±22,1 | -2,1 ±22,8  | 0,299  |
| Escalas de síntomas/ítems  |       |            |                |            |             |        |
| Fatiga                     | 186   | 15,8 ±17,5 | 186            | 26,4 ±23,0 | -10,6 ±19,9 | <0,001 |
| Náusea y vómitos           | 186   | 4,5 ±13,8  | 186            | 5,7 ±13,9  | -1,2 ±17,5  | 0,134  |
| Dolor                      | 186   | 10,1 ±15,3 | 186            | 19,7 ±23,0 | -9,6 ±21,6  | <0,001 |
| Disnea                     | 182   | 10,3 ±19,0 | 182            | 14,6 ±23,9 | -4,4 ±26,3  | 0,034  |
| Insomnio                   | 184   | 31,7 ±29,8 | 184            | 29,3 ±29,1 | 2,3 ±32,5   | 0,384  |
| Pérdida de apetito         | 185   | 14,0 ±21,6 | 185            | 12,2 ±22,4 | 1,8 ±26,4   | 0,408  |
| Estreñimiento              | 182   | 12,4 ±23,0 | 182            | 15,6 ±23,7 | -3,1 ±27,5  | 0,153  |
| Diarrea                    | 182   | 5,7 ±16,4  | 182            | 7,3 ±16,3  | -1,6 ±20,5  | 0,248  |
| Preocupaciones financieras | 181   | 5,0 ±16,7  | 181            | 10,7 ±24,5 | -5,7 ±22,7  | 0,001  |

(continúa...)

Tabla 4 - continuación

|  | Basal |                 | Postratamiento |                 | Diferencia        | p      |
|--|-------|-----------------|----------------|-----------------|-------------------|--------|
|  | n     | Media $\pm$ DT* | n              | Media $\pm$ DT* |                   |        |
| Módulo de cáncer de mama EORTC QLQ Br-23 |       |                 |                |                 |                   |        |
| Escalas funcionales                      |       |                 |                |                 |                   |        |
| Imagen corporal                          | 180   | 94,2 $\pm$ 13,2 | 180            | 85,1 $\pm$ 23,0 | -9,15 $\pm$ 22,9  | <0,001 |
| Función sexual                           | 153   | 79,4 $\pm$ 23,7 | 153            | 80,5 $\pm$ 21,8 | 1,09 $\pm$ 21,4   | 0,454  |
| Disfrute sexual                          | 58    | 55,7 $\pm$ 32,7 | 58             | 55,2 $\pm$ 30,3 | -0,57 $\pm$ 22,1  | 0,841  |
| Perspectivas de futuro                   | 179   | 46,0 $\pm$ 33,5 | 179            | 54,6 $\pm$ 33,1 | 8,57 $\pm$ 37,9   | 0,005  |
| Escalas de síntomas/items                |       |                 |                |                 |                   |        |
| Efectos adversos de terapias sistémicas  | 184   | 14,4 $\pm$ 13,4 | 184            | 22,7 $\pm$ 19,6 | -8,36 $\pm$ 18,9  | <0,001 |
| Síntomas de la mama                      | 181   | 12,1 $\pm$ 14,8 | 181            | 23,0 $\pm$ 19,9 | -10,97 $\pm$ 20,8 | <0,001 |
| Síntomas del brazo                       | 181   | 9,2 $\pm$ 14,5  | 181            | 16,4 $\pm$ 18,3 | -7,18 $\pm$ 17,9  | <0,001 |
| Preocupación por pérdida del cabello     | 29    | 26,4 $\pm$ 37,1 | 29             | 26,4 $\pm$ 36,0 | 0 $\pm$ 46,3      | 0,972  |
| Ansiedad Estado                          | 169   | 29,7 $\pm$ 13,9 | 169            | 19,4 $\pm$ 11,8 | 10,3 $\pm$ 14,7   | <0,001 |
| Ansiedad Rasgo                           | 165   | 22,1 $\pm$ 10,5 | 165            | 20,0 $\pm$ 10,2 | 2,0 $\pm$ 9,8     | 0,009  |
|  |       | n (%)           |                | n (%)           |                   |        |
| Nivel de ansiedad estado                 | 169   |                 | 169            |                 |                   | <0,001 |
| Leve                                     |       | 27 (16,0)       |                | 67 (39,6)       |                   |        |
| Moderado                                 |       | 66 (39,1)       |                | 70 (41,4)       |                   |        |
| Severo                                   |       | 76 (45,0)       |                | 32 (18,9)       |                   |        |
| Nivel de ansiedad rasgo                  | 165   |                 | 165            |                 |                   | 0,470  |
| Leve                                     |       | 59 (35,8)       |                | 68 (41,2)       |                   |        |
| Moderado                                 |       | 81 (49,1)       |                | 74 (44,8)       |                   |        |
| Severo                                   |       | 25 (15,2)       |                | 23 (13,9)       |                   |        |

\*DT: Desviación Típica.

Tabla 5 – Modelos de regresión logística para predecir las variables asociadas a la menor puntuación del Estado Global de Salud (cuestionario EORTC QLQ C-30) y niveles severos de ansiedad como estado y como rasgo (cuestionario STAI) en el momento basal. A Coruña, Spain, 2013-2015

| Variables                                 | Estado Global Salud | Ansiedad Estado   | Ansiedad Rasgo    |
|---|---------------------|-------------------|-------------------|
|   | OR* (IC† 95%)       | OR* (IC† 95%)     | OR* (IC† 95%)     |
| Edad (años)                               | 0,98 (0,96-1,01)    | 0,99 (0,97-1,01)  | 0,98 (0,94-1,02)  |
| Nivel de estudios                         |                     |                   |                   |
| Bajo                                      | 1                   |                   |                   |
| Bajo vs medio                             | 0,98 (0,51-1,89)    |                   |                   |
| Bajo vs alto                              | 0,48 (0,25-0,94)    |                   |                   |
| Estado civil                              |                     |                   |                   |
| Soltera                                   |                     | 1                 |                   |
| Soltera vs casada/pareja                  |                     | 2,28 (1,07-4,88)  |                   |
| Soltera vs divorciada                     |                     | 1,50 (0,48-4,67)  |                   |
| Soltera vs viuda                          |                     | 1,52 (0,57-4,08)  |                   |
| Situación laboral                         |                     |                   |                   |
| Activa                                    |                     |                   | 1                 |
| Activa vs inactiva                        |                     |                   | 3,79 (1,04-13,82) |
| Activa vs ama de casa                     |                     |                   | 4,12 (1,37-12,38) |
| Activa vs retirada                        |                     |                   | 3,07 (0,91-10,34) |
| Tareas del hogar                          |                     |                   |                   |
| Sin ayuda                                 |                     |                   | 1                 |
| Sin ayuda vs tareas compartidas           |                     |                   | 1,22 (0,57-2,61)  |
| Sin ayuda vs otra situación               |                     |                   | 1,21 (0,42-3,47)  |
| Índice de comorbilidad de Charlson        | 2,07 (1,29-3,30)    |                   |                   |
| Medicación ansiolítica/antidepresiva      | 1,61 (1,01-2,56)    | 2,13 (1,35-3,38)  |                   |
| Embarazos previos                         | 1,99 (1,01-3,89)    |                   |                   |
| Edad del primer embarazo                  |                     |                   | 0,97 (0,90-1,04)  |
| Historia familiar de cáncer de mama       | 0,71 (0,43-1,17)    |                   | 0,49 (0,22-1,10)  |
| Retracción de pezón                       | 4,5 (1,21-16,73)    | 1,96 (0,67-5,71)  | 2,32 (0,60-9,05)  |
| Hinchazón mamaria                         |                     | 6,35 (0,70-57,84) | 5,32 (1,03-27,42) |
| Estadio al diagnóstico (O-I-II vs III-IV) |                     | 1,55 (0,74-3,28)  | 2,60 (1,05-6,47)  |
| <i>R2 Cox y Snell</i>                     | 0,11                | 0,075             | 0,088             |

\*OR: Odds Ratio. †IC: Intervalo de Confianza

La Tabla 4 muestra las puntuaciones de ansiedad como estado y como rasgo al diagnóstico y tras finalizar los tratamientos. En el momento del diagnóstico, un 45% de las mujeres presentaron niveles severos de ansiedad estado y 15,2% niveles severos de ansiedad rasgo. Tras los tratamientos, sólo el 18,9% presentó niveles severos de ansiedad estado, mostrándose una mejoría estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). La misma tendencia se objetiva en la ansiedad rasgo ( $p = 0,009$ ).

Tras el análisis multivariado de regresión logística para determinar las variables que se asocian a niveles severos de ansiedad como estado, se objetiva que tienen un efecto independiente para predecir niveles severos de ansiedad estado el estado civil y la medicación ansiolítica. Las mujeres que están casadas o con pareja presentan 2,28 veces más riesgo de sufrir ansiedad estado severa en comparación con las solteras, y las que toman medicación ansiolítica 2,13 veces más (Tabla 5).

En la ansiedad rasgo las variables con efecto independientes para generar niveles de ansiedad rasgo severos han sido la situación laboral, la hinchazón mamaria y el estadio al diagnóstico. Las mujeres que se encuentran sin trabajo o que son amas de casa presentan mayores niveles de ansiedad rasgo que las que trabajan ( $OR = 3,79$  y  $4,12$ , respectivamente). Las mujeres que presentan hinchazón de mama como síntoma al diagnóstico tienen 5,32 veces más riesgo de sufrir niveles severos de ansiedad rasgo así como las mujeres en estadio III-IV en comparación con estadios menos invasivos (0,I,II) en el momento del diagnóstico ( $OR = 2,60$ ) (Tabla 5).

## Discusión

Este estudio pone de manifiesto que los problemas de salud más comúnmente identificados en el momento del diagnóstico se engloban en el ámbito psicológico, afectándose las dimensiones relacionadas con la funcionalidad emocional, las perspectivas de futuro, insomnio, ansiedad y disfrute sexual. Estos resultados se encuentran en concordancia con los resultados de estudios similares<sup>(15-16)</sup> y con los valores de referencia de la EORTC para los cuestionarios empleados<sup>(17)</sup>. El Estado Global de Salud (GHS), el cuál se considera el mejor reflejo de la percepción subjetiva del bienestar y calidad de vida en el cuestionario QLQ C-30, es, en el momento del diagnóstico, similar a la descrita en otros estudios<sup>(16,18-19)</sup>.

La calidad de vida inicialmente se ve afectada negativamente por la comorbilidad previa y la medicación ansiolítica, entendiéndose que estas mujeres tienen una peor calidad de vida basal por sus patologías previas asociadas<sup>(20-21)</sup>. La retracción del pezón se

mostró asociado con puntuaciones más bajas de calidad de vida. Este signo de la enfermedad es, habitualmente, indicativo de estadios más avanzados de la misma, etapa en la que la enfermedad suele manifestarse de manera más sistémica afectando en mayor medida a la calidad de vida global.

El nivel de estudios modifica la calidad de vida. Las mujeres con estudios universitarios presentan puntuaciones más altas de calidad de vida, pudiendo derivarse de un mayor nivel cultural y conocimientos, así como trabajos mejor remunerados. Esto les facilita el acceso a la información y les permite disponer de un mayor número de herramientas, recursos y estrategias de afrontamiento para adaptarse a la enfermedad. Asimismo el tener más recursos económicos les da solvencia para suplir las necesidades generadas en esta nueva situación de salud<sup>(22-23)</sup>.

No se encontraron diferencias significativas entre el estadio al diagnóstico y la calidad de vida. Esto es compatible con los hallazgos de estudios previos, sugiriendo que a pesar del excelente pronóstico para las mujeres en estadio 0, el diagnóstico de cáncer de mama es estresante y puede resultar en un patrón de morbilidad psicológica similar a la experimentada por mujeres con enfermedad invasiva<sup>(22,24)</sup>.

Aunque diferentes trabajos refieren mejoría significativa del Estado Global de Salud (GHS)<sup>(16,25)</sup>, en nuestro estudio la mejoría entre la medición basal y postratamiento no alcanza la significación estadística. En la revisión de la bibliografía se objetiva que la calidad de vida mejora conforme los periodos de seguimiento se van alargando<sup>(12,26)</sup>. En un trabajo sobre el impacto y tiempo de deterioro de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama<sup>(19)</sup> el GHS a los 3 meses ha empeorado respecto a la medición basal. La evidencia aportada por los resultados de una investigación prospectiva tras cinco años desde la cirugía de mama<sup>(27)</sup> manifiesta que la mayoría de los cambios positivos en la calidad de vida ocurren entre uno y dos años después de los tratamientos. En un estudio que mide la calidad de vida en supervivientes de cáncer de mama a largo plazo<sup>(18)</sup> se objetiva que, cinco años después del diagnóstico, el GHS no se ve afectado por la severidad de la enfermedad y/o los tratamientos recibidos, estableciendo que la calidad de vida a los cinco años parece estar afectada por los mismos factores que afectan a la población general, que son, generalmente, edad y comorbilidad<sup>(20)</sup>.

En este trabajo, tras los tratamientos, empeoraron significativamente la sintomatología general de las pacientes y la función física y del rol. Esta sintomatología aumenta en los meses posteriores a la cirugía debido a los tratamientos recibidos, quimioterapia, radioterapia y terapias hormonales. Estos hallazgos son consistentes

con otros trabajos previos<sup>(28-29)</sup>. Un estudio sobre los cambios ocurridos en la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama<sup>(30)</sup> muestra que tras 6 meses empeoraron las puntuaciones de imagen corporal y efectos adversos de las terapias sistémicas. En dicho estudio mejoraron las perspectivas de futuro, como ha ocurrido en esta cohorte, y los síntomas relacionados con la mama y el brazo. Así la mayoría de los aspectos de la calidad de vida, incluyendo la función física y los efectos residuales de los tratamientos adyuvantes, se recuperarán en períodos más largos de seguimiento para la mayoría de las pacientes<sup>(31)</sup>.

Esta cohorte reportó un empeoramiento significativo de la imagen corporal y, sin llegar a ser estadísticamente significativo, presentan una disminución de la función y disfrute sexual, concordante con los resultados de otras investigaciones<sup>(21-22,32)</sup>. El tamaño previo de las mamas, el tipo de cirugía y el resultado de ésta (asimetría, cambios en la integridad cutánea) pueden constituir una amenaza para la mama. Esto puede afectar de manera importante a la imagen corporal que tiene cada mujer de sí misma<sup>(33)</sup>. A través de los años, las maneras en las que fueron retratadas las mamas han ido cambiando, pero el mensaje sigue siendo esencialmente el mismo. Los pechos femeninos son considerados como símbolos de la feminidad intrínseca, el deseo sexual y el confort y socorro maternos. Tanto si los pechos son aludidos de una manera sutil y evocadora o explícitamente exhibidos, son parte central de las opiniones de muchos pueblos sobre "ser mujer". Es por lo tanto entendible que cualquier amenaza real o potencial al pecho de una mujer es estresante. Dada la importancia que da la sociedad a los pechos femeninos, no es de extrañar que tanto el tratamiento quirúrgico como la enfermedad en sí tengan un impacto devastador en la confianza y autoestima de la mujer, haciendo que se sienta menos atractiva que antes, disminuyendo las puntuaciones de imagen corporal y afectando negativamente a su sexualidad.

Entre la medición basal y postratamiento, han mejorado la escala de función emocional y las perspectivas de futuro de las participantes, como en trabajos previos<sup>(30,32)</sup>. Una vez superado el shock inicial que se produce al recibir la noticia diagnóstica e iniciado el proceso de curación, aumenta la confianza de la mujer en cuánto a la posibilidad de curarse. Esto hace que disminuya a su vez la preocupación por el futuro y el devenir de la enfermedad. Así observamos que, aún sin llegar a ser significativo, mejora el insomnio respecto a la medición inicial. Las mujeres se sienten aliviadas y parecen mirar más positivamente al futuro una vez que han terminado los tratamientos adyuvantes, pero esta mejoría también puede atribuirse a la capacidad del

paciente para adaptarse a la nueva situación<sup>(27)</sup> o residir en las estrategias de afrontamiento que las mujeres han aplicado<sup>(34-35)</sup>. En un ensayo clínico que comparan dos opciones de primera línea de tratamiento quimioterápico para cáncer de mama avanzado<sup>(36)</sup>, observan que la mejoría en la función emocional, además de relacionarse con la disminución del dolor y otra sintomatología, podría simplemente reflejar el hecho de que se está haciendo algo, con independencia de lo que sea, lo cuál podría ser un indicio de esperanza en una situación que amenaza la vida.

Los niveles de ansiedad encontrados nos muestran una prevalencia de psicomorbilidad similar a la reportada por estudios previos<sup>(37-38)</sup>, alrededor de un 20-30% de prevalencia de ansiedad y distrés psicológico entre los pacientes con cáncer. Esta ansiedad está relacionada con el miedo a morir y la incertidumbre acerca del futuro, la enfermedad y sus tratamientos<sup>(37)</sup>. La ansiedad severa, el diagnóstico de un cáncer y los tratamientos recibidos impactan y pueden ser causa de deterioro de la calidad de vida del paciente y de la forma en la que se adapta a su nueva situación<sup>(39)</sup>. Tras el análisis multivariado se mantienen con efecto independiente para predecir niveles severos de ansiedad estado en las pacientes con cáncer de mama las variables estado civil y toma de medicación ansiolítica.

La ansiedad se presenta más elevada en mujeres con tratamiento ansiolítico o antidepresivo. Esto es consistente con otros estudios que demuestran que las mujeres que presentan una alteración psicológica, para la cuál toman medicación ansiolítica o antidepresiva, presentan mayor somatización psicológica y ansiedad fóbica, siendo más susceptibles de sufrir niveles severos de ansiedad y/o depresión<sup>(5-6)</sup>. Como es obvio, la recogida de información descriptiva en el momento basal, no permite hacer una inferencia causal sino simplemente describir la asociación entre las variables estudiadas.

Por otra parte, se han objetivado niveles de ansiedad más severos entre las mujeres casadas o en pareja. Es posible que para muchas de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama sea mayor la preocupación por su familia que por ellas mismas, convirtiéndose esta preocupación en una variable generadora de estrés para ellas, consistente con los hallazgos de trabajos anteriores<sup>(40-41)</sup>. También esta circunstancia puede relacionarse con el hecho de sentirse inseguras sobre la aceptación de la enfermedad por su pareja, e incluso con el miedo añadido de que su compañero pueda terminar con la relación por la enfermedad o dejarla por otra mujer<sup>(40-42)</sup>.

La ansiedad como rasgo es la tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y elevar el nivel de ansiedad. Este tipo de ansiedad se ve fuertemente

influenciado por la situación laboral, el estadio al diagnóstico y como síntoma inicial atribuible al cáncer de mama la hinchazón mamaria.

Las mujeres que no trabajan, bien porque son amas de casa, están en situación de desempleo o de baja laboral presentaron peores niveles de ansiedad rasgo. Este aumento de la ansiedad en mujeres que no cuentan con un empleo remunerado puede deberse a la preocupación por los ingresos y las dificultades financieras<sup>(40,42-43)</sup>. También disponen de más tiempo libre que pueden dedicar a pensar en la enfermedad, sus tratamientos y el devenir de ésta. Suele ocurrir también que la falta de empleo reduce las relaciones sociales. Al contrario que en esta investigación, un trabajo en Corea que estudia la asociación entre el estado socioeconómico y la alteración de la imagen corporal y calidad de vida entre pacientes con cáncer de mama<sup>(23)</sup> ha encontrado que las mujeres laboralmente activas sufren mayor ansiedad que las mujeres retiradas o amas de casa. Esto puede deberse a la presión que se ven sometidas por mantener su imagen corporal en el ámbito laboral. También a las dificultades que encuentran para vestirse de forma apropiada en el trabajo. Se sienten fácilmente identificadas por su alopecia y otros cambios en la apariencia. Esto puede obstaculizar las actividades sociales y rendimiento laboral de las mujeres con cáncer de mama.

El tiempo de evaluación de las reacciones psicológicas puede ser decisivo. Las respuestas de afrontamiento al estrés pueden cambiar con el tiempo después del diagnóstico inicial<sup>(37)</sup>. Esto sugiere que las mujeres poco a poco pueden llegar a aceptar su enfermedad y sentirse menos ansiosas. A veces, también puede observarse un exceso de optimismo que oculta un componente de negación a través del cual pueden intentar minimizar la gravedad de su condición.

Los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo han mejorado significativamente tras la finalización de los tratamientos, concordante con la literatura consultada<sup>(16,44)</sup>. En un estudio en Malasia acerca de la ansiedad, depresión y calidad de vida<sup>(16)</sup> se redujeron los niveles de ansiedad a los 6 y 12 meses respecto a la medición basal. A pesar de la mejoría significativa de los niveles de ansiedad, varias investigaciones han reportado que las mujeres con cáncer de mama continúan teniendo graves preocupaciones sobre su enfermedad varios años después del diagnóstico y de la cirugía y que sufren reacciones de estrés psicológico a largo plazo y depresión<sup>(37, 45)</sup>.

La ansiedad elevada intensifica los síntomas físicos, influyendo en la calidad de vida general. El gradual descenso en el estrés psicológico puede resultar en una mejora de las subescalas de calidad de vida, como la

imagen corporal y la función emocional<sup>(46)</sup>. Los niveles de ansiedad elevados al inicio pueden asociarse con una falta de información sobre el cáncer de mama y una pobre comprensión acerca del curso de la enfermedad y los efectos de los tratamientos. A medida que las pacientes van adquiriendo conocimientos disminuye la ansiedad que experimentan acerca de lo desconocido. La literatura refleja que la adherencia al tratamiento disminuye la ansiedad<sup>(47)</sup>.

Las limitaciones de este estudio son las siguientes:

**Sesgo de selección:** para disminuir este sesgo se seleccionaron consecutivamente todas las pacientes con biopsia positiva para cáncer de mama durante el período a estudio. La consistencia de los resultados con otros estudios similares aporta validez externa.

**Sesgo de información:** para minimizarlo se han empleado cuestionarios validados con entrevistadores entrenados.

**Sesgo de confusión:** para controlar el efecto confusor de las diferentes variables se ha realizado un análisis multivariado con técnicas de regresión logística y se han estudiado la presencia de terceras variables, como variables sociodemográficas y de comorbilidad.

Este estudio aporta conocimiento sobre las características de la enfermedad y la comorbilidad de las pacientes, así como información sobre su calidad de vida y ansiedad en el momento del diagnóstico y tras finalizar los tratamientos. La identificación de dichos factores nos permitirá poner en marcha iniciativas e intervenciones que permitan mejorar dicha calidad de vida y manejar adecuadamente la ansiedad. La necesidad de un abordaje multidisciplinar de estas pacientes queda puesto de manifiesto por las diferentes dimensiones afectadas en la calidad de vida en la que diferentes profesionales de la salud podrían colaborar para su mejora. Los resultados de los factores que predicen cambios en la calidad de vida proporcionan información importante para la práctica clínica y deberían ser utilizados para la elaboración de directrices basadas en la evidencia en el diseño de protocolos de seguimiento de cáncer de mama. Las enfermeras y otros profesionales de la salud involucrados en el cuidado de las pacientes con cáncer de mama deben valorar las expectativas y necesidades de las supervivientes individualmente y concentrar la ayuda en consecuencia, debido a que la calidad de vida y la ansiedad son, en gran medida, percepciones individuales y subjetivas.

## Conclusiones

La calidad de vida disminuye en mujeres con bajo nivel de estudios, otra comorbilidad, medicación ansiolítica, embarazos previos y retracción del pezón.

La calidad de vida medida antes y después del tratamiento se ha modificado de forma positiva y significativa en las siguientes dimensiones: función emocional y las perspectivas de futuro. A su vez, se han modificado negativamente: la función física, función del rol, fatiga, dolor, disnea, dificultades financieras, imagen corporal, los síntomas de las terapias sistémicas, y los síntomas asociados con la mama y el brazo.

La ansiedad aumenta en mujeres casadas, que no trabajan, con medicación ansiolítica, hinchazón mamaria o estadios avanzados.

La ansiedad como estado y como rasgo disminuye significativamente entre antes y después de los tratamientos.

Este estudio permite identificar los problemas de salud más frecuentes en mujeres con cáncer de mama en nuestro ámbito. Se pone de manifiesto la necesidad de reforzar los cuidados, el apoyo y la información en dimensiones como la emocional, sexual y la imagen corporal. Avala, a su vez, iniciativas ya puestas en marcha e impulsadas por la enfermería y marca la dirección para el desarrollo de intervenciones futuras.

## Referencias

- Lemieux J, Goodwin PJ, Bordeleau LJ, Lauzier S, Theberge V. Quality-of-life measurement in randomized clinical trials in breast cancer: an updated systematic review (2001-2009). *J Natl Cancer Inst.* 2011;103(3):178-231. doi: 10.1093/jnci/djq508.
- Knobf MT. Clinical update: psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs.* 2011;27(3):e1-e14. doi: 10.1016/j.soncn.2011.05.001.
- Cowley L, Heyman B, Stanton M, Milner SJ. How women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer cope with their treatment: a risk management perspective. *J Adv Nurs.* 2000;31(2):314-21. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01295.x
- Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Kahn B, Bower JE. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *J Clin Oncol.* 2003;21(22):4184-93. doi: 10.1200/JCO.2003.04.196
- Fafouti M, Paparrigopoulos T, Zervas Y, Rabavilas A, Malamos N, Liappas I, et al. Depression, anxiety and general psychopathology in breast cancer patients: a cross-sectional control study. *In Vivo.* 2010;24(5):803-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20952755>.
- Stafford L, Komiti A, Bousman C, Judd F, Gibson P, Mann GB, et al. Predictors of depression and anxiety symptom trajectories in the 24 months following diagnosis of breast or gynaecologic cancer. *Breast.* 2016;26:100-5. doi: 10.1016/j.breast.2016.01.008
- Marrs JA. Stress, fears, and phobias: the impact of anxiety. *Clin J Oncol Nurs.* 2006;10(3):319-22. doi: 10.1188/06.CJON.319-322
- Allard NC. Day surgery for breast cancer: effects of a psychoeducational telephone intervention on functional status and emotional distress. *Oncol Nurs Forum.* 2007;34(1):133-41. doi: 10.1188/07.ONF.133-141
- Strong V, Waters R, Hibberd C, Murray G, Wall L, Walker J, et al. Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet.* 2008;372(9632):40-8. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60991-5
- Arving C, Sjoden PO, Bergh J, Lindstrom AT, Wasteson E, Glimelius B, et al. Satisfaction, utilisation and perceived benefit of individual psychosocial support for breast cancer patients--a randomised study of nurse versus psychologist interventions. *Patient Educ Couns.* 2006;62(2):235-43. doi: 10.1016/j.pec.2005.07.008
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* [Internet]. 1987 [cited Sep 24, 2017];40(5):373-83. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3558716>
- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst.* [Internet]. 1993 [cited Sep 24, 2017];85(5):365-76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8433390>
- Sprangers MA, Groenvold M, Arraras JI, Franklin J, te Velde A, Muller M, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. *J Clin Oncol.* 1996;14(10):2756-68. doi: 10.1200/JCO.1996.14.10.2756
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushore RE. State-Trait Anxiety Inventory/Self Evaluation Questionnaire [Internet]. Palo Alto, California 1970. [cited Sep 24, 2017]. Available from: <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state.aspx>
- Brana-Marcos B, Carrera-Martinez D, De La Villa-Santovena M, Vegas-Pardavilla E, Avanzas Fernandez S, Gracia Corbato MT. [Breast cancer survivors: quality of life and prevailing diagnoses]. *Enferm Clin.* 2012;22(2):65-75. doi: 10.1016/j.enfcli.2011.10.004.
- Ng CG, Mohamed S, See MH, Harun F, Dahlui M, Sulaiman AH, et al. Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: a 1-year prospective study. *Health Qual Life*

- Outcomes. 2015;13(1):205. doi: 10.1186/s12955-015-0401-7.
17. Scott N, Fayers P, Aaronson N. EORTC QLQ C-30. Reference Values [Internet]. Bruselas: EORTC; 2008. [cited Sep 24, 2017] Available from: [http://groups.eortc.be/qol/sites/default/files/img/newsletter/reference\\_values\\_manual2008.pdf](http://groups.eortc.be/qol/sites/default/files/img/newsletter/reference_values_manual2008.pdf)
18. Chu WO, Dialla PO, Roignot P, Bone-Lepinoy MC, Poillot ML, Coutant C, et al. Determinants of quality of life among long-term breast cancer survivors. *Qual Life Res.* 2016. doi: 10.1007/s11136-016-1248-z
19. Hamidou Z, Dabakuyo-Yonli TS, Guillemin F, Conroy T, Velten M, Jolly D, et al. Impact of response shift on time to deterioration in quality of life scores in breast cancer patients. *PLoS One.* 2014;9(5):e96848. doi: 10.1371/journal.pone.0096848.
20. Garcia EL, Banegas JR, Perez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodriguez-Artalejo F. Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Qual Life Res.* [Internet]. 2005 [cited Sep 24, 2017];14(2):511-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15892440>
21. Fernandes WC, Kimura M. Health related quality of life of women with cervical cancer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2010 [cited Sep 24, 2017];18(3):360-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20721424>
22. Janz NK, Mujahid M, Lantz PM, Fagerlin A, Salem B, Morrow M, et al. Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. *Qual Life Res.* [Internet] 2005 [cited Sep 24, 2017];14(6):1467-79. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16110927>
23. Chang O, Choi EK, Kim IR, Nam SJ, Lee JE, Lee SK, et al. Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* [Internet]. 2014 [cited Sep 24, 2017];15(20):8607-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25374176>
24. Rakovitch E, Franssen E, Kim J, Ackerman I, Pignol JP, Paszat L, et al. A comparison of risk perception and psychological morbidity in women with ductal carcinoma in situ and early invasive breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* [Internet]. 2003 [cited Sep 24, 2017];77(3):285-93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12602928>
25. Arraras JI, Manterola A, Asin G, Illarramendi JJ, Cruz Sde L, Ibanez B, et al. Quality of life in elderly patients with localized breast cancer treated with radiotherapy. A prospective study. *Breast.* 2016;26:46-53. doi: 10.1016/j.breast.2015.12.008.
26. Hsu T, Ennis M, Hood N, Graham M, Goodwin PJ. Quality of life in long-term breast cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2013;31(28):3540-8. doi: 10.1200/JCO.2012.48.1903.
27. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Holzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J.* 2004;10(3):223-31. doi:10.1111/j.1075-122X.2004.21323.x
28. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Eckel R, Sauer H, Holzel D. Predictors of quality of life of breast cancer patients. *Acta Oncol.* [Internet] 2003 [cited Oct 11, 2016];42(7):710-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14690156>
29. Jorge LL, da Silva SR. Evaluation of the quality of life of gynecological cancer patients submitted to antineoplastic chemotherapy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2010 [cited Oct 11, 2016];18(5):849-55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21120402>
30. Salonen P, Kellokumpu-Lehtinen PL, Tarkka MT, Koivisto AM, Kaunonen M. Changes in quality of life in patients with breast cancer. *J Clin Nurs.* 2011;20(1-2):255-66. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03422.x.
31. Adjuvant Breast Cancer Trials Collaborative G. Polychemotherapy for early breast cancer: results from the international adjuvant breast cancer chemotherapy randomized trial. *J Natl Cancer Inst.* 2007;99(7):506-15. doi:10.1093/jnci/djk108
32. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer.* 2008;8:330. doi: 10.1186/1471-2407-8-330
33. Jun EY, Kim S, Chang SB, Oh K, Kang HS, Kang SS. The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors. *Cancer Nurs.* 2011;34(2):142-9. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181f1ab7a
34. Lehto US, Ojanen M, Kellokumpu-Lehtinen P. Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Ann Oncol.* 2005;16(5):805-16. doi: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdi>
35. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol.* 2005;23(15):3322-30. doi: 10.1200/JCO.2005.05.130
36. Kramer JA, Curran D, Piccart M, de Haes JC, Bruening PF, Klijn JG, et al. Randomised trial of paclitaxel versus doxorubicin as first-line chemotherapy for advanced breast cancer: quality of life evaluation using the EORTC QLQ-C30 and the Rotterdam symptom checklist. *Eur J Cancer.* 2000;36(12):1488-97. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049\(00\)00134-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049(00)00134-9)

37. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *Bmj*. 2005;330(7493):702. doi: 10.1136/bmj.38343.670868.D3
38. Dastan NB, Buzlu S. Psychoeducation intervention to improve adjustment to cancer among Turkish stage I-II breast cancer patients: a randomized controlled trial. *Asian Pac J Cancer Prev*. [Internet] 2012 [cited Oct 11, 2016];13(10):5313-8. Available from: <http://journal.waocp.org/?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:23244155&key=2012.13.10.5313>
39. Schreier AM, Williams SA. Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2004;31(1):127-30. doi: 10.1188/04.ONF.127-130
40. Abu-Helalah M, Al-Hanaqta M, Alshraideh H, Abdulbaqi N, Hijazeen J. Quality of life and psychological well-being of breast cancer survivors in Jordan. *Asian Pac J Cancer Prev*. [Internet]. 2014 [cited Oct 11, 2016];15(14):5927-36. Available from: <http://journal.waocp.org/?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:25081724&key=2014.15.14.5927>
41. Jassim GA, Whitford DL. Quality of life of Bahraini women with breast cancer: a cross sectional study. *BMC Cancer*. 2013;13:212. doi: 10.1186/1471-2407-13-212
42. Ganesh S, Lye MS, Lau FN. Quality of Life among Breast Cancer Patients In Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev*. [Internet]. 2016 [cited Oct 11, 2015];17(4):1677-84. Available from: <http://journal.waocp.org/?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:27221837&key=2016.17.4.1677>
43. Saleha S, Shakeel A, Shumaila E. An assessment of quality of life in breast cancer patients using EORTC QLQ C30/+Br23 Questionnaire. *Iranian J Cancer Prev*. [Internet] 2010 [cited Oct 11, 2016]. p. 98-104. Available from: <http://journals.sbm.ac.ir/cp/article/view/2983>
44. Stafford L, Judd F, Gibson P, Komiti A, Mann GB, Quinn M. Screening for depression and anxiety in women with breast and gynaecologic cancer: course and prevalence of morbidity over 12 months. *Psychooncology*. 2013;22(9):2071-8. doi: 10.1002/pon.3253.
45. Andrykowski MA, Cordova MJ, McGrath PC, Sloan DA, Kenady DE. Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: a 1-year follow-up. *Psychooncology*. [Internet]. 2000 [cited Oct 11, 2016];9(1):69-78. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10668061>
46. Speck RM, Gross CR, Hormes JM, Ahmed RL, Lytle LA, Hwang WT, et al. Changes in the Body Image and Relationship Scale following a one-year strength training trial for breast cancer survivors with or at risk for lymphedema. *Breast Cancer Res Treat*. 2010;121(2):421-30. doi: 10.1007/s10549-009-0550-7.
47. Tuncer G, Yucel SC. Comfort and anxiety levels of women with early stage breast cancer who receive radiotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev*. [Internet]. 2014 [cited Oct 11, 2016];15(5):2109-14. Available from: <http://journal.waocp.org/?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:24716942&key=2014.15.5.2109>

Recibido: 12.06.2017

Aceptado: 30.08.2017

Correspondencia:  
Raquel Rey Villar  
University of A Coruña  
As Xubias s/n.  
Campus Universitario de Oza  
CEP:15006, A Coruña, C, Spain  
E-mail: rreyvil@gmail.com

**Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.