

Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia

Carolina Salas Zapata¹ y Hugo Grisales Romero¹

Forma de citar

Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2010;28(1):9–18.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la calidad de vida, y algunos de sus factores asociados, en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama inscritas en programas de tratamiento oncológico en una provincia colombiana.

Métodos. En un estudio transversal se analizaron los dominios del WHOQOL BREF relacionados con la calidad de vida de 220 mujeres con cáncer de mama que estaban en tratamiento. Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas incluidas en el estudio, luego se analizaron los puntajes de calidad de vida de las pacientes, según características demográficas, clínicas y sociales, y por último se identificaron algunas características que explicaban conjuntamente su calidad de vida.

Resultados. La calidad de vida fue mejor en las mujeres con mayor nivel de escolaridad, las afiliadas al régimen contributivo en salud, las que recibían apoyo por parte de familiares, las que provenían del nivel socioeconómico alto y las que tenían como soporte para afrontar la enfermedad sus creencias personales (religiosas y espirituales). Pertenecer a un nivel socioeconómico bajo y ser escéptica constituyeron factores de riesgo para obtener puntajes menores en la calidad de vida.

Conclusiones. La calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama fue menor, tanto en general como en los dominios físico, psicológico, social y del entorno, en quienes provenían de estratos socioeconómicos más humildes. Se propone la intervención psicosocial, a través de métodos centrados en las pacientes, como estrategia que puede mejorar su calidad de vida, especialmente de aquellas de nivel socioeconómico bajo. Es necesario fortalecer las estrategias de afrontamiento de la enfermedad de las pacientes, teniendo como principal recurso el apoyo moral, social y espiritual de su entorno.

Palabras clave

Cáncer de mama; apoyo social; calidad de vida; neoplasias de la mama; salud de la mujer; nivel socioeconómico; Colombia.

La calidad de vida, como constructo, es un concepto complejo y de amplio debate en el mundo debido a las dimensiones que abarca y a la multiplicidad de factores que la determinan. Uno de los aspectos polémicos fundamentales es el rela-

cionado con la dimensión subjetiva (lo percibido por el individuo, como la satisfacción o la felicidad) y la dimensión objetiva (las condiciones materiales, como el nivel de vida o el estado físico del individuo). Aun cuando la calidad de vida puede estar determinada por factores objetivos, su manifestación esencial se aprecia en el orden subjetivo, reflejo de una relación dialéctica entre lo objetivo y lo subjetivo (1).

En general la calidad de vida se analiza por medio de investigaciones transversales, pero puede también estudiarse con un enfoque prospectivo que permita comparar en una misma muestra las mediciones al inicio y al final del periodo de seguimiento, observando los cambios ocurridos (2–4). Los instrumentos utilizados para medir la calidad de vida, por su parte, deben cumplir con una serie de propiedades que en conjunto les confie-

¹ Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Grupo de Investigación Demografía y Salud. Medellín, Colombia. La correspondencia debe dirigirse a Carolina Salas, csalaszapata@yahoo.es

ran validez. En el caso de los instrumentos genéricos, abarcan una amplia variedad de dimensiones o áreas de la calidad de vida, y al igual que los instrumentos específicos, son empleados para evaluar tanto la calidad de vida de los pacientes como la efectividad de las intervenciones terapéuticas o rehabilitadoras (5). Los instrumentos específicos, por su lado, sólo consideran cuestiones de calidad de vida vinculadas a la enfermedad de que se trate, en este caso, el cáncer (6).

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, aunque en general se examina desde un enfoque clínico post-tratamiento para valorar los resultados de las intervenciones, también admite análisis muy relevantes no sólo de las repercusiones físicas sino también de los cambios en el comportamiento y estado de ánimo de una persona después de un diagnóstico médico. Esta más amplia perspectiva de estudio, además de preocuparse por la eliminación de la enfermedad, suma su impacto en la calidad de vida de las personas. Existen dos importantes características de este enfoque sobre las que se tiene un acuerdo general: que la calidad de vida está representada en un constructo multidimensional y que la fuente primaria de información es el propio paciente (7). Las medidas para analizar la calidad de la vida relacionada con la salud abarcan una amplia gama de dimensiones que permiten comparar y evaluar las variaciones en la salud de personas con diferentes patologías. Su principal contribución radica entonces en poner el eje en el estado funcional del paciente como reflejo de su salud física, mental y social (8). En el caso de los pacientes con cáncer, el estudio de la calidad de vida es fundamental debido a que se trata de una enfermedad cuyo pronóstico depende de la etapa en que se detecte e incide en el grado de impacto físico, psicológico y social, tanto sobre quienes lo sufren como en sus familiares y otras personas que los rodean.

El estudio de los efectos del tratamiento del cáncer de mama fue de los primeros en incorporar evaluaciones de la calidad de vida en los pacientes, centrándose particularmente en los efectos de la cirugía sobre la imagen corporal y la autoestima de la mujer, con énfasis en las ventajas de la cirugía conservadora (9). En las últimas décadas, sin embargo, se ha observado una variedad amplia de estudios que incorporan aspectos psicológicos, sociológicos y del entorno que

ofrecen un enfoque más integral en relación con la calidad de vida de las pacientes con este diagnóstico. Tal enfoque hace hincapié en la importancia del soporte social a las mujeres que sufren cáncer de mama así como también en las implicaciones que tiene esta enfermedad en su vida afectiva, la cual requiere mucha comprensión y ayuda por parte de su entorno, especialmente de su compañero sentimental (10).

Se sabe entonces que la calidad de vida es un tema complejo, que debe ser analizado con un enfoque más abarcador, que parta de lo que piensa y siente el paciente y permita identificar factores que puedan ser modificados para mejorar su bienestar. El presente estudio tiene precisamente el propósito de determinar la calidad de vida, y algunos de sus factores asociados, en 220 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, quienes en 2009 asistían a siete centros de tratamiento oncológico en Antioquia, Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal de asociación en el que se utilizó el cuestionario de calidad de vida WHOQOL BREF —una versión reducida del WHOQOL-100 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)— que fue elaborado con un enfoque transcultural y contiene un total de 26 preguntas, una por cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 más dos preguntas generales: calidad de vida general y salud general, las cuales se examinan separadamente (11). Cada ítem tiene cinco opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno (dominios). Las cuatro fueron analizadas respecto a la calidad de vida de las 220 pacientes del estudio y calificadas en una dirección positiva, es decir: a mayor puntaje, mejor calidad de vida. La medición de cada ítem se usó para calcular el total del dominio. En la asignación de los puntajes se siguieron los pasos establecidos en el manual del usuario de la OMS (11), de la siguiente forma:

1. A cada pregunta del cuestionario se le asignó un puntaje de 1 a 5.
2. En las preguntas 3, 4 y 26 se invirtió el puntaje debido a que tienen un sentido negativo.

3. Se computaron los puntajes de cada dominio y se multiplicaron por cuatro, para hacer la equivalencia con el WHOQOL-100.
4. Se revisó que la escala de los puntajes de cada dominio estuviera en un rango de 4 a 20.
5. Se convirtieron los puntajes de 4 a 20 a la escala de 0 a 100.

El cuestionario fue administrado a las pacientes con diagnóstico histopatológico confirmado de cáncer de mama que se encontraban en condiciones de responder la encuesta y que estaban “inscritas” (en 2009) en algún programa de tratamiento oncológico en Antioquia. Igualmente, se incluyeron los registros de la historia clínica de las pacientes, con el fin de obtener información relacionada con su diagnóstico y tratamiento. En cuanto a los criterios de exclusión, no fueron encuestadas las pacientes con discapacidad mental certificada, mujeres que se encontraran bajo el efecto de sustancias psicoactivas según el criterio del personal asistencial del centro de tratamiento,² pacientes con carcinoma bilateral de mama y las pacientes que, por su grave estado de salud, tuvieran dificultad para responder la encuesta o no aceptaran participar en el estudio. Además de las preguntas propias del WHOQOL BREF, se incluyeron variables relacionadas con el apoyo moral percibido por las pacientes y sus creencias personales o espirituales, como soportes para afrontar las dificultades del diagnóstico. En general, el cuestionario abarcó variables relacionadas con aspectos demográficos, clínicos, de calidad de vida y de apoyo de las pacientes. En cuanto al control de calidad, con el personal responsable de la recolección de información se estandarizaron los criterios y se realizó el procedimiento de verificación a una muestra aleatoria del 10% de las encuestas digitadas.

El Comité de Bioética de la Facultad Nacional de Salud Pública, de la Universidad de Antioquia, aprobó (acta no. 029 del 3 de diciembre de 2008) la realización del proyecto y lo catalogó como de “riesgo mínimo”. Además, se obtuvo la autorización de los comités de ética o de investigaciones de las siete instituciones que participaron y a cada paciente se le

² Se exceptuaron de este criterio las pacientes que tomaban medicamentos bajo supervisión médica, tales como antidepresivos y ansiolíticos.

solicitó su firma y la de un testigo en el consentimiento informado.

Análisis estadístico

Se realizó una descripción de las variables de cada dominio (dimensión) del WHOQOL BREF y se caracterizaron sociodemográficamente las pacientes según variables personales, de tiempo y lugar. Posteriormente, se utilizaron las medidas estadísticas de resumen usuales, la prueba de Chi cuadrado de independencia, la *U* de Mann Whitney y la *H* de Kruskal Wallis, con el fin de determinar si existían diferencias en la calidad de vida según algunas características demográficas, clínicas y sociales de las pacientes. Por último, se determinaron algunas características que explicaban conjuntamente su calidad de vida por medio del análisis multivariado, en el cual se emplearon las técnicas de la regresión logística binaria y del análisis de correspondencias múltiples para determinar el perfil de las mujeres con cáncer de mama. Los datos se analizaron en el software SPSS v.17, Epidat v.3.1. y XLS-TAT 2009.

RESULTADOS

Características generales de la muestra

De los 13 centros de tratamiento oncológico informados por el Registro Poblacional de Cáncer de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA),³ 7 aceptaron participar, 4 no tenían al momento del estudio el servicio de tratamiento para cáncer de mama y 2 no aceptaron participar.⁴ Vale mencionar que un grupo de 33 pacientes adscritas a una de las instituciones que se negaron a participar, fueron igualmente entrevistadas en otra institución participante a la que también asistían. Las instituciones que aportaron un mayor número de pacientes (65,4%) fueron la Clínica SOMA, el Instituto de Cancerología y el Centro Oncológico de Antioquia. Las 220 pacientes que participaron estaban en tratamientos di-

versos en los centros indicados al momento de iniciarse la investigación.

Del total de pacientes identificadas, solo cuatro (1,8%) no aceptaron participar en el estudio por razones relacionadas con la falta de tiempo para el diligenciamiento de la encuesta o el no estar en condiciones de responderla. La edad de las pacientes varió de 28 a 80 años, con un promedio de 53,5 años (desviación estándar [DE] = 11,4 años) y una mediana también de 53,5 años; con un intervalo de confianza (IC) de 95%, el promedio de edad se encontraba entre 51,9 y 54,9 años. Aproximadamente 40% de las pacientes tenían menos de 50 años y, con un IC de 95%, dicha proporción osciló entre 33% y 46% de la población.

El 51,4% de las mujeres del estudio residían fuera de Medellín, por lo que frecuentemente debían incurrir en gastos de viaje desde otros municipios para acudir al centro de tratamiento oncológico y a las citas de control de su enfermedad. Más de la mitad de las pacientes (54,1%) eran casadas o vivían en unión consensual y 23,2% informaron ser solteras; sin embargo, 56,8% de las mujeres tenían un compañero sentimental. En cuanto al nivel de escolaridad, la mayoría de las pacientes (37,8%) tenían estudios secundarios y 26,8%, técnicos o universitarios. El 89,5% eran de nivel socioeconómico⁵ medio o bajo, mientras que 78,6% y 21,4%, respectivamente, pertenecían a los regímenes contributivo⁶ y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Información clínica

Con el fin de analizar el efecto que podría tener el consumo de un medicamento adicional —diferente a los prescritos para el cáncer de mama— en la percepción de la calidad de vida de las pacientes, el estudio incluyó esta variable, encontrándose que aproximadamente 28% de las mujeres habían consumido ese tipo de medicamentos adicionales, tales como ansiolíticos, antidepresivos o relacionados con la medicina alternativa, con el fin de afrontar mejor la enfermedad.

En relación con los tratamientos para el cáncer de mama, 22,3% notificó haber recibido solo quimioterapia y 75% habían sido tratadas alternando radioterapia, quimioterapia, cirugía y hormonoterapia, dependiendo del estadio en que se hallaba el tumor. Se obtuvo información clínica acerca del tipo de carcinoma y de su estadio en 95% y 87,3% de las pacientes, respectivamente. El carcinoma ductal fue el más frecuente (84,5%) y la mayoría (67,3%) de las pacientes tenían un tumor avanzado, categoría que agrupó los estadios IIB, IIIA, IIIB, IIIC y IV. Al momento de la encuesta 50% de las pacientes habían recibido cuatro meses o menos de tratamiento para el cáncer, pero cabe mencionar que dicha variable presentó la tasa de variación más alta, lo cual es consecuente con el proceso de evolución de la enfermedad (cuadro 1).

Calidad de vida general

El WHOQOL BREF permite valorar de forma independiente la calidad de vida general en una escala de 1 a 5, siendo 1 la peor valoración y 5 la mejor. En este estudio se obtuvo un promedio de 3,9 en la calidad de vida de las pacientes y de 3,7 en su satisfacción con la salud (DE = 1,1 para ambas puntuaciones) (cuadro 1).

Las pacientes que tenían un mayor nivel de escolaridad, las que provenían del nivel socioeconómico alto, aquellas que eran separadas y quienes se encontraban afiliadas al régimen contributivo en salud presentaron los niveles más altos de calidad de vida general (cuadro 2). En cuanto al apoyo moral de familiares y amigos, las pacientes que lo percibían como soporte para afrontar las dificultades del diagnóstico notificaron una mejor calidad de vida que las que no lo percibían, siendo el apoyo de los amigos el más frecuente. Las personas en quienes sus creencias personales o espiritua-

⁵ En Colombia, según el Artículo 102 de la Ley 142 de 1994, la posición socioeconómica se corresponde con el nivel de clasificación de un inmueble como resultado del proceso de estratificación socioeconómica. Este es un instrumento técnico que, mediante la evaluación de las viviendas y su entorno, permite clasificar a la población de los municipios y distritos del país en estratos o grupos socioeconómicos diferentes. Legalmente existe un máximo de seis estratos socioeconómicos: 1: *Bajo-bajo*; 2: *Bajo*; 3: *Medio-bajo*; 4: *Medio*; 5: *Medio-alto* y 6: *Alto*. En estudios con volúmenes importantes de población se suele utilizar una variante de la clasificación anterior, en virtud de la cual el nivel *bajo* comprende los estratos 1 y 2; *medio*, los estratos 3 y 4, y *alto*, los estratos 5 y 6. Ninguna zona residencial urbana que carezca de la prestación de dos o más servicios públicos domiciliarios básicos podrá ser clasificada en un estrato superior.

⁶ Es un régimen de seguridad social que, en Colombia, brinda atención de salud integral a los trabajadores regulares y a sus familias, así como a los trabajadores independientes, a través de las empresas prestadoras de salud (EPS) y ESSALUD. Este régimen exige el pago de un aporte obligatorio de salud. En caso de optarse por la afiliación a una EPS, hasta 25% de los aportes a ESSALUD se pueden destinar a financiar el plan de salud de la EPS.

³ Se solicitó a la DSSA el listado actualizado de las instituciones que tenían habilitados los servicios de tratamiento oncológico, dado que es la encargada de consolidar la información sobre cáncer del departamento.

⁴ Los siete centros de tratamiento participantes fueron: la Clínica SOMA, el Instituto de Cancerología, el Centro Oncológico de Antioquia, el Hospital Pablo Tobón Uribe, Medicancer, la Clínica Vida y el Hospital San Vicente de Paul de Medellín.

CUADRO 1. Indicadores de resumen de variables personales y relacionadas con los dominios de calidad de vida del WHOQOL BREF, utilizados en pacientes con cáncer de mama, Antioquia, Colombia, 2009

Variable	Puntaje		Desviación estándar	Coeficiente de variación	IC95% ^a
	Media	Mediana			
Calidad de vida general ^b	3,9	4,0	1,1	28,0	3,8–4,0
Satisfacción con la salud ^b	3,7	4,0	1,1	27,0	3,6–3,9
Dominio físico ^c	62,0	63,0	18,2	29,0	59,6–64,4
Dominio psicológico ^c	66,8	69,0	16,8	25,0	64,5–69,0
Dominio social ^c	63,4	69,0	18,4	29,0	60,9–65,8
Dominio del entorno ^c	64,6	63,0	16,7	26,0	62,4–66,8
Tratamiento actual (en meses)	8,8	4,0	12,9	146,6	7,1–10,5

Fuente: elaborado por los autores.

^aIC95% = intervalo de confianza de 95%.

^bEscala = 1 a 5 puntos.

^cEscala = 0 a 100 puntos.

les constituían una gran fortaleza para hacer frente a la enfermedad tenían una mejor calidad de vida general que aquellas que tenían pocas o ninguna creencia de este tipo (cuadro 3).

Análisis por dominios del WHOQOL BREF

Dominio físico. En el dominio físico, conformado por siete preguntas relacionadas con la funcionalidad, el dolor, la fatiga, la necesidad de tratamientos médicos y la capacidad de trabajo, se obtuvo una mediana de 63 puntos en la escala del WHOQOL BREF (cuadro 1).

Las pacientes que tenían estudios técnicos o universitarios presentaron diferencias estadísticas ($P < 0,05$) en cuanto a la calidad de vida relacionada con aspectos físicos, frente a las que solo tenían estudios primarios o secundarios (mediana [M_E] = 69 puntos y M_E = 63 puntos, respectivamente). En cuanto al nivel socioeconómico, se encontró mejor calidad de vida en este dominio en las mujeres que provenían del nivel alto, con respecto a las que provenían del nivel bajo (M_E = 69 puntos y M_E = 56 puntos, respectivamente). Por otro lado, las pacientes con tumor avanzado presentaron puntajes inferiores de calidad de vida respecto a las que tenían un tumor temprano (cuadro 2).

Dominio psicológico. En el dominio psicológico, integrado por seis preguntas a las pacientes sobre la satisfacción con la vida y consigo mismas, la capacidad de concentración, los sentimientos negativos y la espiritualidad (creencias), se obtuvo una mediana de 69 puntos en la escala del WHOQOL BREF (cuadro 1).

La calidad de vida relacionada con aspectos psicológicos fue la que presentó mayores diferencias en relación con las variables sociodemográficas, de apoyo y clínicas del estudio. Lo anterior se observó en categorías como el nivel socioeconómico, donde las mujeres provenientes del nivel bajo tenían 25 puntos menos en la mediana (escala de 0 a 100) que las del nivel alto. Igualmente, el apoyo de familiares y amigos percibido por las pacientes fue mucho mayor en las que tenían mejor calidad de vida en aspectos psicológicos.

En cuanto al soporte espiritual, tuvieron un mayor puntaje en todos los dominios y en la calidad de vida general aquellas pacientes que refirieron que las creencias personales y espirituales les daban mucha o extremada fortaleza para enfrentar las dificultades del diagnóstico con respecto a quienes se mostraron escépticas frente a tales creencias (cuadro 3).

Dominio social. En este dominio, compuesto por tres preguntas acerca de la satisfacción con las relaciones personales, el soporte social y la actividad sexual, se obtuvo una mediana de 69 puntos en la escala del WHOQOL BREF (cuadro 1).

El rango promedio correspondiente a este dominio se diferenció estadísticamente en las categorías nivel de escolaridad, nivel socioeconómico, estado civil, afiliación a la seguridad social en salud, apoyo de los hijos, apoyo de otros familiares y apoyo de amigos ($P < 0,05$). En las medianas de dichos puntajes se observaron importantes diferencias en relación con el nivel de escolaridad, dado que las pacientes que tenían estudios técnicos o universitarios presentaron 19

puntos más (escala 0–100) en calidad de vida de este dominio que las que tenían solo estudios primarios. En cuanto al nivel socioeconómico, las mujeres del nivel bajo presentaron 25 puntos menos en la mediana (escala 0–100) respecto a las del nivel alto, quienes notificaron la mejor calidad de vida en aspectos sociales (cuadro 2).

Dentro del dominio social se analizó la distribución del apoyo social, moral y espiritual percibido por las pacientes, encontrándose que 90,5% no habían recibido apoyo social por parte de alguna institución y manifestaron no tener conocimiento de la existencia de instituciones dedicadas a brindar este tipo de ayuda. En relación con el apoyo moral, 86,4% respondieron que lo recibían por parte de otros familiares diferentes al compañero sentimental y a los hijos; 82,3%, de los amigos; 78,2%, de los hijos y 53,2%, de su compañero sentimental.

Dominio del entorno. En relación con el entorno, abordado por ocho preguntas del cuestionario acerca del ambiente físico, la seguridad, los recursos financieros, el acceso a los servicios de salud, la participación en actividades de ocio y la recreación, entre otros, se obtuvo una mediana de 63 puntos en la escala del WHOQOL BREF (cuadro 1).

El dominio del entorno fue el único donde se encontraron diferencias estadísticas ($P < 0,05$) en los rangos promedios del puntaje de calidad de vida en las categorías de la edad, siendo mejor la calidad de vida en las mujeres de 50 años y más. Adicionalmente, hubo diferencias en la mediana de este puntaje ($P < 0,05$) en las categorías nivel de escolaridad, nivel socioeconómico, estado civil, afiliación a la seguridad social en salud, apoyo de familiares y apoyo de amigos (cuadros 2 y 3).

Características que juntas explican la calidad de vida de las pacientes

Se construyó un modelo de regresión logística binaria, el cual tuvo como variable dependiente la calidad de vida clasificada como “0 = más de 3 puntos” y “1 = hasta 3 puntos” en la escala global de calidad de vida. Esta clasificación se hizo calculando previamente el primer quintil del puntaje de calidad de vida, el cual corresponde a la proporción de pacientes con puntajes más bajos de calidad de vida —es decir que 20% de las

CUADRO 2. Comparación de la mediana de los puntajes para calidad de vida y satisfacción con la salud, según características sociodemográficas y clínicas de las pacientes con cáncer de mama, Antioquia, Colombia, 2009

Variable	Calidad de vida general	Satisfacción con la salud	Dominio físico	Dominio psicológico	Dominio social	Dominio del entorno	
Características sociodemográficas							
Edad ^a (años)	< 50	4	4	63	69	69	63
	≥ 50	4	4	63	69	69	69 ^b
Municipio de residencia ^a	Medellín	4	4	63	69	69	69
	Otros municipios	4	4	63	69	69	63
Nivel de escolaridad ^c	Ninguno	3,5	4	53	56,5	69	66
	Estudios primarios	4	4	63	63	56	63
	Estudios secundarios	4	4	63	69	69	69
	Estudios técnicos o universitarios	4 ^b	4	69 ^b	69 ^b	75 ^b	69 ^b
Nivel socioeconómico ^c	Bajo	3	3	56	56	56	56
	Medio	4	4	63	69	69	69
	Alto	5 ^b	4 ^b	69 ^b	81 ^b	81 ^b	81 ^b
Estado civil ^c	Soltera	3	3	56	56	56	56
	Casada	4	4	63	69	69 ^b	69 ^b
	Separada	4,5 ^b	4 ^b	66 ^b	69 ^b	62,5	63
	Viuda	4	4	63	66	69	69
	Unión consensual	4	4	63	69	69	63
Afiliación al SGSSS ^{a,d}	Contributivo	4 ^b	4	63 ^b	69 ^b	69 ^b	69 ^b
	Subsidiado	3	4	56	56	56	56
Características clínicas							
Tipo de cáncer ^a (histología)	Carcinoma ductal o canalicular	4	4	63	69	69	63
	Carcinoma lobular o lobulillar	4	4	63	69	69	63
Tratamientos recibidos ^a	Quimioterapia	4	3 ^b	63	63 ^b	56	63
	Quimioterapia alternada con otros	4	4	63	69	69	63
Estadificación ^a	Tumor temprano	4	4	69 ^b	69	69	63
	Tumor avanzado	4	4	63	69	69	63

Fuente: elaborado por los autores.

^aPrueba *U* de Mann Whitney.

^b $P < 0,05$.

^cPrueba de Kruskal Wallis.

^dSistema General de Seguridad Social en Salud.

CUADRO 3. Comparación de la mediana de los puntajes para calidad de vida general y satisfacción con la salud, según características de apoyo social y creencias personales o espirituales de las pacientes con cáncer de mama, Antioquia, Colombia, 2009

Variable	Calidad de vida general	Satisfacción con la salud	Dominio físico	Dominio psicológico	Dominio social	Dominio del entorno	
Apoyo social ^a	Sí	4	4	56	75	69	63
	No	4	4	63	69	69	63
Apoyo del compañero sentimental ^a	Sí	4	4	63	69	69	69
	No	3	4	72	69	62,5	62,5
Apoyo de los hijos ^a	Sí	4	4	63	69 ^b	69 ^b	63
	No	4	3,5	56	56	50	63
Apoyo de otros familiares ^a	Sí	4 ^b	4 ^b	63 ^b	69 ^b	69 ^b	63 ^b
	No	3	3	50	56	50	63
Apoyo de amigos ^a	Sí	4 ^b	4 ^b	63 ^b	69 ^b	69 ^b	63 ^b
	No	4	3	56	56	50	56
Creencias personales/espirituales ^a	Más o menos/nada	3	2,5	56	56	59,5	53
	Mucho/extremadamente	4 ^b	4 ^b	63	69	69	63

Fuente: elaborado por los autores.

^aPrueba *U* de Mann Whitney.

^b $P < 0,05$.

pacientes encuestadas tenían una calificación de 3 ó menos en la valoración.

La otra categoría —tener más de 3 puntos en la escala global— sirvió como referencia en la exploración de las diferencias con respecto a las covariables ele-

gidas en el análisis bivariado. En este sentido, se incluyeron como variables independientes (o explicativas), candidatas a ingresar al modelo, aquellas que en el análisis bivariado presentaron un valor de $P < 0,25$ (criterio de Hosmer-

Lemeshow) y las que el estado del arte refería como plausibles en relación con la probabilidad de presentar una mejor o peor calidad de vida. Al utilizar el método “Enter”, se observó la contribución de cada una de estas variables, indepen-

CUADRO 4. Regresión logística multivariada para la calidad de vida general según algunas características de las pacientes con cáncer de mama, Antioquia, Colombia, 2009

Variable	β	Error estándar	Prueba de Wald	P	RP ^a	IC95% ^a
Nivel socioeconómico						
Bajo ^b	1,19	0,30	16,20	0,000	3,28	1,84–5,84
Creencias personales (espirituales/religiosas)						
Más o menos/nada ^c	1,81	0,85	4,51	0,034	6,11	1,15–32,51
Constante	-1,07	0,20	28,28	0,000	0,34	

Fuente: elaborado por los autores.

^a Abreviaturas: RP = razón de probabilidades; IC95% = intervalo de confianza de 95%.

^b Categoría de referencia = medio/alto.

^c Categoría de referencia = mucho/extremadamente.

dientemente de que fueran o no significativas en el modelo, observándose que las que más contribuyeron fueron: tiempo con el diagnóstico, estado civil (en su categoría “soltera”), tiempo en tratamiento, nivel socioeconómico y creencias personales o espirituales.

Posteriormente, mediante el método “Forward” se encontró que el nivel socioeconómico medio-alto y las creencias personales o espirituales permanecieron en el modelo como variables significativas, convirtiéndose en algunas de las características que explicaban la probabilidad de tener puntajes “altos” (mayores o iguales a 3) en la calidad de vida. Las pacientes que provenían del nivel socioeconómico bajo tenían dos veces mayor probabilidad de tener puntajes inferiores a 3, y es posible afirmar —con una confianza del 95%— que ese riesgo puede ser hasta cinco veces mayor en la población total en los mismos niveles de comparación (razón de probabilidades [RP] = 3,28; IC95% 1,84–5,84) (cuadro 4).

Respecto a las creencias personales (espirituales o religiosas), la probabilidad de tener puntajes “bajos” (menos de 3) en la calidad de vida general en las personas que creían poco o nada, fue aproximadamente seis veces mayor frente a quienes consideraban que dichas creencias les habían ayudado mucho o extremadamente para enfrentar las dificultades relacionadas con el cáncer de mama (RP = 6,11; IC95% 1,15–32,51) (cuadro 4).

Calidad de vida general de las pacientes según dominios de interés

Se utilizó el análisis de “correspondencias múltiples”, que es una técnica multivariada que permite estudiar las relaciones existentes entre variables nominales, mediante el agrupamiento de individuos de acuerdo con las respuestas que hayan

seleccionado.⁷ La manera usual de representar el perfil es a través del mapa porcentual, donde se presentan simultáneamente todas las modalidades de respuesta de las variables de estudio y se agrupan los individuos de acuerdo a la proximidad entre ellas (es decir, que dos individuos se parecen si han seleccionado las mismas categorías de respuesta). Técnicamente, el objetivo central es la consecución de cuantificaciones óptimas que permitan la afijación, de la máxima homogeneidad posible entre los sujetos dentro de cada categoría y la máxima heterogeneidad posible entre los sujetos fuera de ellas.⁸ Las dos primeras dimensiones son capaces de explicar 41,36% de la varianza. En el cuadro 5 se expone la significación de las modalidades que permiten construir el mapa porcentual.

Se manifiestan dos perfiles ajustados según la proximidad a los ejes dimensionales. Las mujeres con puntajes bajos de calidad de vida tenían en común las siguientes características: no habían recibido apoyo social por parte de alguna institución, no consumían medicamentos adicionales a los prescritos para el tratamiento del cáncer de mama y el estadio de su enfermedad era avanzado. En contraste, las mujeres con puntajes de calidad de vida más altos compartían las siguientes características: tenían un nivel educativo técnico o universitario, provenían del nivel socioeconómico medio, estaban afiliadas al régimen contributivo en salud, recibían apoyo institucional, el estadio de su tumor era temprano y consumían medicamentos adicionales a los prescritos, para afrontar el diagnóstico.

⁷ Morineau, Alain. Análisis de correspondencia. CISIA, Francia. Simposio de Estadística 1994.

⁸ Pardo, C.E. y Cabarcas, G. Métodos estadísticos multivariados en investigación social. Simposio de estadística 2001.

DISCUSIÓN

Aunque en la esfera de la prevención del cáncer de mama una de las prioridades de los sistemas de salud de los países es su detección temprana, estudios como el presente justifican la necesidad de brindar a las pacientes con cáncer de mama medios que les permitan afrontar de la mejor forma las dificultades físicas, psicológicas y sociales que dicho diagnóstico trae aparejadas. Tal respaldo ayudaría a prevenir el aislamiento de estas pacientes y a que continúen con su proyecto vital en mejores condiciones, fortaleciendo su entorno familiar y sus vínculos sociales para enfrentar las dificultades del diagnóstico.

Los estudios de calidad de vida siguen siendo un reto debido a su eminente carácter subjetivo, pero la epidemiología y la estadística brindan herramientas que permiten un buen acercamiento a la realidad de las pacientes, aportando información relacionada con las condiciones que pueden ser modificables o que simplemente generan una alerta en el personal de salud para focalizar acciones en los grupos más vulnerables.

El principal hallazgo de este estudio es que la calidad de vida de las mujeres encuestadas, analizada desde las diferentes dimensiones (dominios) del WHOQOL BREF, es mejor en aquellas con mayor nivel de escolaridad, que están afiliadas al régimen contributivo (12), que reciben apoyo de familiares o amigos, que provienen del nivel socioeconómico alto y que tienen, como soporte para afrontar el diagnóstico, creencias personales, sea espirituales o religiosas. Entre todas estas variables se enfatiza el efecto de las dos últimas, el cual permaneció durante todo el análisis, incluso después de controlar por el efecto de potenciales variables de confusión con el modelo de regresión logística. Pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, y tener poco soporte en las creencias personales (espirituales o religiosas) para hacer frente a las dificultades del diagnóstico, constituyen factores de riesgo para tener puntajes bajos en la calidad de vida.

Se destaca el alto porcentaje de pacientes menores de 50 años en el estudio, presentándose casos a partir de los 28 años, lo cual sugiere que el cáncer de mama se está diagnosticando en personas cada vez más jóvenes, ameritando un replanteamiento de las estrategias de detección de esta enfermedad en Colom-

CUADRO 5. Valores de prueba^a para las modalidades de cada variable, en las dos primeras dimensiones, Antioquia, Colombia, 2009

Modalidades ^b	Valores													
	F1	F2												
P1-1	-4,43	-5,80	P4-2	0,01	0,76	P7-3	-2,95	-1,45	P11-2	-1,19	5,74	P14-2	0,98	2,36
P1-2	5,52	7,56	P4-3	-6,91	-9,42	P8-1	3,38	-2,50	P11-3	-0,83	1,18	P15-1	3,01	-3,55
P1-3	0,91	-3,45	P5-1	3,35	7,13	P8-2	-3,38	2,50	P12-1	-1,91	2,03	P15-2	-5,44	3,12
P1-4	-4,13	-3,68	P5-2	-4,79	-4,45	P9-1	-1,54	-3,23	P12-2	-6,88	5,61	P15-3	4,05	-0,13
P1-5	1,17	3,29	P5-3	-0,20	-5,03	P9-2	-1,46	1,97	P12-3	0,71	-2,46	P16-1	0,97	1,24
P2-1	8,03	-6,16	P6-1	8,12	3,99	P9-3	4,61	2,58	P12-4	7,14	-3,90	P16-2	-0,97	-1,24
P2-2	-8,03	6,16	P6-2	-7,74	-3,25	P10-1	-1,41	5,04	P13-1	-7,52	6,91	P17-1	4,46	-1,98
P3-1	3,46	-2,79	P6-3	-2,22	-2,26	P10-2	-0,96	-5,18	P13-2	3,53	-4,31	P17-2	-4,46	1,98
P3-2	-3,46	2,79	P7-1	9,36	2,18	P10-3	6,17	0,90	P13-3	6,25	-3,99			
P4-1	6,85	9,071	P7-2	-8,69	-1,74	P11-1	1,69	-6,54	P14-1	-0,98	-2,36			

Fuente: elaborado por los autores.

^aLos valores en **negrita** son significativos a un nivel de 5%.

^bP1: Estado civil (1. Soltera, 2. Casada, 3. Separada, 4. Viuda, 5. Unión consensual); P2: Afiliación en salud (1. Contributivo, 2. Subsidiado); P3: Percepción de apoyo institucional (1. Sí, 2. No); P4: Percepción de apoyo del compañero sentimental (1. Sí, 2. No); P5: Percepción de apoyo de los hijos (1. Sí, 2. No); P6: Percepción de apoyo de otros familiares (1. Sí, 2. No); P7: Percepción de apoyo de los amigos (1. Sí, 2. No); P8: Consumo de medicamentos adicionales (1. Sí, 2. No); P9: Tipo de carcinoma (1. Ductal, 2. Lobular); P10: Tratamientos recibidos (1. Solo quimioterapia, 2. Quimioterapia alternada con otros); P11: Presencia del compañero sentimental (1. Sí, 2. No); P12: Nivel de escolaridad (1. Ninguno, 2. Estudios Primarios, 3. Estudios Secundarios, 4. Estudios técnicos y/o universitarios); P13: Nivel socioeconómico (1. Bajo, 2. Medio, 3. Alto); P14: Creencias personales y/o espirituales (1. Más o menos/nada, 2. Mucho/ex-tremadamente); P15: Estadio del tumor (1. Temprano, 2. Avanzado, 3. Sin información); P16: Edad (1. Menores de 50, 2. 50 o más); P17: Puntaje de calidad de vida (1. Mayor a tres, 2. Menor o igual a tres).

bia, de tal forma que las mujeres y los servicios de salud estén alertas más tempranamente. Algunos autores afirman que las mujeres con cáncer de mama más jóvenes padecen a menudo distintos efectos secundarios que las mayores y enfrentan diferentes desafíos que las pacientes posmenopáusicas, como esterilidad, mayor pérdida de hueso, menopausia prematura y más fatiga (13).

En igual sentido, las mujeres jóvenes con cáncer de mama tienen usualmente necesidades psicológicas distintas que las pacientes mayores (13). Esto pudo observarse en el estudio, donde se encontraron diferencias estadísticas en la mediana del puntaje de calidad de vida según los grupos de edad, siendo mejor la calidad de vida en las mujeres de 50 años y más, específicamente en el dominio relacionado con el entorno. Sin embargo, estos resultados contradicen lo observado en otro estudio, en el cual se presentaron puntajes de calidad de vida más altos en las pacientes más jóvenes que en las mayores de 50 años, posiblemente debido a que las pacientes de dicho estudio tenían mayor tiempo con el tratamiento para el cáncer de mama que las mujeres del presente estudio, lo cual permite una mejor adaptación biológica a las terapias correspondientes (14). Más aún, este hallazgo está sustentado en autores que afirman que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida (15).

Por otro lado, llama la atención que poco más de la mitad de las pacientes procedieran de otros municipios diferentes a Medellín, lo cual no deja de ser consistente dado que la red de prestadores de servicios oncológicos en Antioquia, específicamente en lo relacionado con el tratamiento, se encuentra centralizada en Medellín, por lo que muchas pacientes deben desplazarse desde otros municipios para acceder a estos servicios. Al respecto, si bien se podría esperar que la calidad de vida presentara diferencias en ambos grupos, dadas las implicaciones físicas y económicas de este desplazamiento, en este estudio no se encontraron datos probatorios suficientes para afirmarlo, tal vez, entre otras razones, porque el cuestionario utilizado para valorar la calidad de vida no aborda en profundidad aspectos financieros de las pacientes.

Respecto al estadio del tumor, se observó que en la mayoría de las pacientes se encontraba en una fase avanzada, tal como refieren las estadísticas de cáncer de Antioquia (16). Además, persiste la dificultad para acceder a información actualizada sobre el estadio del tumor en la totalidad de los casos; el registro de dicha información debería ser obligatorio y estar siempre disponible para el seguimiento de las pacientes.

La mediana del puntaje de calidad de vida general fue similar a la encontrada en el estudio realizado por Arroyave en la población de usuarios del proyecto de Atención Primaria con Enfoque de Salud

Familiar de la Universidad de Antioquia, así como a la mediana de una población de Antioquia diagnosticada con VIH, que también fue de 4 puntos (17, 18). En este sentido, dicho puntaje refleja una calidad de vida de población diagnosticada semejante a la de la población general. Igual comportamiento tuvo el puntaje de satisfacción con la salud, que presentó una mediana similar en ambos estudios (17), lo que podría deberse a que tanto la calidad de vida general como la satisfacción con la salud fueron medidas en una escala que incluía valores de 1 a 5, diferente a los puntajes de calidad de vida de cada dominio del WHOQOL BREF, analizados en una escala de 0 a 100. Lo anterior significa que una medida general de la calidad de vida no es lo suficientemente sensible para captar de forma integral dicho concepto, por lo que se enfatiza la necesidad de analizar la calidad de vida desde varias perspectivas —y, en el caso de las pacientes con cáncer de mama, para cada dominio o dimensión: física, psicológica, social y del entorno.

Se obtuvieron resultados de la calidad de vida que mostraron niveles menores en las categorías de algunas variables sociodemográficas y clínicas, tales como el nivel educativo y el nivel socioeconómico, lo cual en la mayoría de los casos implica que las pacientes con mayor nivel de escolaridad probablemente tengan mayor conciencia y responsabilidad respecto a los cuidados en el tratamiento del cáncer y, por lo tanto, presenten

mayor adherencia al tratamiento, algo que podría traducirse en una mejor calidad de vida. Asimismo, los puntajes altos de calidad de vida de la población de mayor nivel socioeconómico podrían deberse a las comodidades y privilegios inherentes a su poder adquisitivo, los cuales le permiten a la paciente tener un mejor acompañamiento y seguimiento, tanto de personal de la salud como de personal que le brinde apoyo psicológico y social, beneficios mucho más difíciles de obtener para las mujeres de menor nivel socioeconómico. Este hallazgo es consistente con el estudio de Hugué y colaboradores realizado en mujeres brasileñas que recibían tratamiento para cáncer de mama, en el cual las pacientes de mayor nivel socioeconómico y educativo presentaron puntaje más altos de calidad de vida (19).

Hubo además otras variables en las que se encontraron diferencias estadísticas respecto a la calidad de vida general, que son coherentes con los hallazgos de otros autores, como es el caso del apoyo de familiares o amigos, o sus creencias personales. Llama la atención que las pacientes del estudio perciben mayor apoyo por parte de sus amigos que de su familia, hecho que podría obedecer a lo que en psicología se denomina “conspiración del silencio”, presente cuando la familia opta por no hablar con el paciente acerca de su enfermedad por temor a que pueda generarle una reacción negativa (20–22). Aquí es importante recordar que, como afirman Luoma y Hakamies, el hecho de que el paciente esté rodeado por una familia unida constituye el principal recurso de soporte social (23).

Por otro lado, se encontraron diferencias estadísticas en la calidad de vida general de las pacientes que tenían creencias personales (espirituales o religiosas) como pilar para hacer frente al diagnóstico, respecto de las que creían poco o nada, hallazgo que concuerda con Efficace y Marrone, quienes en encuestas realizadas a pacientes con cáncer observaron que los aspectos existenciales y espirituales tienen una enorme relevancia en tales circunstancias de vida (24). Brady y colaboradores también encontraron que el dominio de lo espiritual brindaba información sobre la persona que no podía encontrarse indagando en aspectos tales como el físico, emocional o social (25). Los dos estudios citados indi-

can una asociación positiva entre bienestar espiritual y calidad de vida, hallazgo que apunta hacia la misma conclusión que se obtuvo en el presente trabajo. En el mismo sentido, otros estudios señalan que las personas ubicadas dentro de la categoría “no-espirituales” tenían menores niveles de calidad de vida y de satisfacción con la vida que los grupos “espirituales” (26). Adicionalmente, Gall y Cornblat concluyen que los recursos espirituales pueden contribuir a que las pacientes hagan una interpretación de esa situación como una prueba de Dios para reafirmar el sentido de la vida y el crecimiento personal (27).

En general, los dominios del WHOQOL BREF en los cuales las pacientes manifestaron tener mejor calidad de vida fueron el psicológico y el social, mientras que los de inferior calidad de vida fueron el físico y del entorno. Lo anterior concuerda con los hallazgos de dos estudios, uno en el que se analizaron los factores demográficos y clínicos que influían en la calidad de vida de mujeres brasileñas con cáncer de mama, y otro en pacientes con cáncer colorrectal que habían sido sometidos a ostomía (28, 29). No concuerda sin embargo con lo observado en otros dos estudios, uno llevado a cabo en un centro de referencia para tratamiento de cáncer ginecológico en Brasil, y otro que incluyó a familiares de personas que asistían a un centro de rehabilitación, dado que en ambos los puntajes más altos de calidad de vida se presentaron en los componentes físico y social, en tanto que los puntajes inferiores se dieron en el psicológico y el del entorno (30, 31). Los hallazgos del presente estudio también concordaron con los puntajes obtenidos en un estudio realizado en personas de Antioquia con virus de inmunodeficiencia humana, en el cual el puntaje más bajo de calidad de vida se presentó en la dimensión física de los pacientes (18).

Existe una condición de base que es crucial tener en cuenta: la calidad de vida de las mujeres del estudio podría estar afectada desde el inicio del tratamiento, debido a que éste se da en forma tardía. Así lo afirman Piñeros y colaboradores, quienes encontraron que en la mayoría de los casos el diagnóstico de cáncer de mama en Colombia se hace en estadios avanzados y el tiempo para iniciar el tratamiento es excesivamente prolongado —en promedio más de seis meses (32).

Se observó mejor calidad de vida en todos los dominios del WHOQOL BREF en las pacientes del régimen contributivo de afiliación en salud frente a las del régimen subsidiado,⁹ hallazgo consistente con ciertas barreras en el funcionamiento actual del sistema de salud colombiano, en particular relacionadas con el diagnóstico oportuno, lo que lleva a las pacientes a iniciar el tratamiento de forma tardía con implicaciones en su calidad de vida (12, 33). Además, según el acuerdo 03 de 2009¹⁰ de la Comisión de Regulación en Salud, el apoyo psicológico solo está incluido en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS-C) para los pacientes terminales, y no así en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S), excluyéndose en ambos casos el apoyo a los familiares, el cual es fundamental para que los propios pacientes hagan frente a su diagnóstico con mayor fortaleza.

Las pacientes del nivel socioeconómico medio/alto y afiliadas al régimen contributivo en salud presentaron los mayores puntajes en la calidad de vida general, en contraste con las del nivel socioeconómico bajo y del régimen subsidiado; la situación anterior se asemeja al hallazgo reportado por Velásquez, Carrasquilla y Roca (33), donde se ve que el acceso real al tratamiento para cáncer de mama en Colombia es inequitativo, dado que las mujeres más vulnerables —es decir, las del régimen subsidiado— enfrentan mayores barreras.

Limitaciones del estudio

Dado que se utilizó un estudio transversal de asociación, no fue posible establecer relaciones de causalidad. No obstante, este tipo de diseños facilita el análisis de asociaciones, permitiendo conocer qué características o condiciones de las pacientes y su entorno afectan de forma positiva o negativa su calidad de vida. Además, es importante aclarar que

⁹ El régimen subsidiado lo brinda el Ministerio de Salud, a través de sus instituciones médicas y hospitales, con el objeto de otorgar atención a la población de escasos recursos económicos. En este sistema, el paciente paga una cantidad mínima y adquiere sus medicamentos por su cuenta. Sin embargo, en los casos de absoluta precariedad de recursos económicos, la atención es gratuita.

¹⁰ Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Diario Oficial de Colombia, 11 de agosto de 2009 (no. 47438).

tanto la regresión logística como el análisis de correspondencias múltiples presentan limitaciones debido a que la calidad de vida puede estar afectada por otras variables no incluidas en el estudio en razón de su carácter multidimensional.

Si bien los resultados expuestos pueden ser extrapolados a otras poblaciones, no pueden extenderse a toda la población diagnosticada con cáncer de mama en Antioquia, dado que no hubo aleatoriedad ni representatividad en la selección de las participantes, ni se incluyeron todos los centros de tratamiento oncológico de esta provincia. Sin embargo, estos hallazgos sí pueden extrapolarse a poblaciones con características similares.

Vale aclarar que aunque a la fecha del estudio el WHOQOL BREF todavía no había sido validado para la población colombiana, el enfoque transcultural que tuvo desde su creación, la participación de países latinoamericanos y su validación al español hicieron factible su utilización en Colombia. También hay que mencionar que el cuestionario WHOQOL BREF no indaga lo suficiente con respecto a la información relacionada con la sexualidad de las pacientes, lo cual limitó su análisis.

Debido al carácter subjetivo de la calidad de vida, no es posible conocer de forma completa el impacto del cáncer de mama en el bienestar de las pacientes utilizando escalas genéricas. Se propone que en estudios futuros sobre el tema se complemente la información del WHOQOL BREF con la que se puede obtener mediante la utilización de instrumentos específicos para la valoración de la calidad de vida, los cuales no se encontraban validados para Colombia al momento del presente estudio. Este podría ser un buen

enfoque para examinar de forma más exhaustiva las implicaciones del cáncer de mama en la calidad de vida.

Conclusiones y recomendaciones

Los resultados del presente estudio indican que la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama fue inferior, tanto en general como en los dominios físico, psicológico, social y del entorno, en quienes provenían de estratos socioeconómicos más humildes. En este sentido se proponen intervenciones de respaldo psicosocial, a través de métodos centrados en las pacientes, como estrategia que puede mejorar su calidad de vida, especialmente de aquellas de nivel socioeconómico bajo. Se deben fortalecer las estrategias de afrontamiento de la enfermedad de las pacientes, teniendo como principal recurso el apoyo moral, social y espiritual de su entorno. Lo anterior podría desarrollarse especialmente cuando se realiza la tarea de atención a la paciente, sea que lo haga un familiar o un profesional de la salud, pues ellos constituyen una parte importante de su red de apoyo debido a la gran injerencia que tienen en la evolución del tratamiento. Estas estrategias tienen el efecto de disminuir las consecuencias emocionales negativas del procedimiento oncológico.

Con esta idea, es preciso que el equipo de salud reconozca que cada paciente debe ser abordada de forma diferente, dado que los efectos psicológicos y las estrategias frente al diagnóstico de cáncer varían entre las personas, de acuerdo no solo a su grado de fortaleza mental y espiritual sino también a su entorno familiar y social, aun cuando las características y manifestaciones clínicas de la

enfermedad puedan ser similares entre ellas. Se resalta asimismo la necesidad de crear instituciones cuyo objetivo sea brindar apoyo a las mujeres con cáncer de mama y a sus familias, las cuales deberían ser promovidas por el Estado, de forma que sus servicios no sean un beneficio de algunas pacientes sino un derecho de todas, en particular porque existe evidencia científica sobre las ventajas del apoyo social en los pacientes con cáncer.

Se recomienda además diseñar y adoptar políticas públicas enfocadas hacia la promoción de la salud de la mujer, que incluyan un componente específico relacionado con el cáncer de mama y que apunten hacia los factores modificables identificados en el presente estudio, especialmente estrategias que ayuden a afrontar la enfermedad y promuevan redes de apoyo social. Adicionalmente, es perentorio introducir medidas sanitarias dirigidas a facilitar el acceso al diagnóstico y al tratamiento oportuno. Por último, se sugiere realizar estudios sobre los efectos del cáncer de mama en la vida laboral de las mujeres, aspecto que no fue abordado por el presente trabajo pero que sí fue mencionado con preocupación por las pacientes encuestadas.

Agradecimientos. Los autores quieren expresar su especial gratitud a las pacientes que permitieron un acercamiento a la realidad de la que son protagonistas y a los centros de tratamiento oncológico que participaron en el estudio. Sin ese apoyo nada de esto habría sido posible. También agradecen a los integrantes del Grupo de Investigación Demografía y Salud, de la Universidad de Antioquia, por la financiación del proyecto y por su valioso apoyo durante toda la investigación.

REFERENCIAS

- García CR. Calidad de vida: aspectos teóricos y metodológicos. Buenos Aires: Paidós; 2008.
- Mones J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cir Esp*. 2004;76(2): 71-7.
- Font A. Cáncer y calidad de vida. *Anuario de psicología*. 1994;61:41-50.
- Muñoz R, Oto A, Barrio R, Fernández M. Evolución de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: estudio prospectivo a un año. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2006;9(1): 55-8.
- Bennett S, Oldridge N, Eckert G, Embree J, Browning S, Hou N, et al. Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. *Qual Life Res*. 2002;11 (4):349-59.
- Lugo J, Barroso M, Fernández L. Calidad de vida y sus instrumentos de medición. Una herramienta en oncología. *Rev Cubana Oncol*. 1996;12(1).
- Murdaugh C. Health-related quality of life as an outcome in organizational research. *Med Care*. 1997;35(supl 11):NS41-8.
- Tuesca R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Rev Salud Uninorte*. 2005;21: 76-86.
- Molov V, Tepavicharova P, Deenichin G, Dimov R, Stefanov C. Health-related quality of life in breast cancer patients-actuality and problems. *En: Khirurgiia*. 2004;60(6):39-43. Citado por: García CR. Calidad de vida: aspectos teóricos y metodológicos. Buenos Aires: Paidós; 2008.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer de la mujer en América Latina y El Caribe: epidemiología y control. Washington DC: OMS/OPS; 1992.
- World Health Organization (WHO). Programme on Mental Health. WHOQOL- User Manual. Geneva: WHO; 1998.
- Monsalve G. El origen institucional de la seguridad social. Visión general del sistema de seguridad social en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 2005.

13. Stuyck J. Cáncer de mama en la flor de la vida. Informe para médicos. *OncoLog*. 2006;51(6).
14. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Eckel R, Sauer H, Hölzel D. Predictors of Quality of Life of Breast Cancer Patients. *Acta oncol*. 2003;42(7):710–8.
15. Leplege A, Hunt S. El problema de la calidad de vida en medicina. *JAMA*. 1998;7(1):19–23.
16. Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA), Colombia. Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia. Informe de frecuencias de cáncer. Medellín: DSSA; 2006.
17. Arroyave B. Descripción en dos momentos de la calidad de vida de los usuarios del proyecto de Atención Primaria con Enfoque de Salud Familiar. Medellín: Universidad de Antioquia; 2006.
18. Cardenas JA. Calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de personas mayores de 18 años con VIH/SIDA atendidas en dos instituciones prestadoras de servicios de salud, del Valle de Aburrá, 2009: Estudio transversal. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009.
19. Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31:61–7.
20. Gutiérrez J. El derecho a la verdad y el derecho a morir dignamente. *Colomb Med*. 1996;27(1): 33–6.
21. Barbero J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *Anales Sis San Navarra*. 2006;29(3):19–27.
22. Ruiz M, Coca M. El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología*. 2008;5(1):53–69.
23. Luoma M, Hakamies L. The meaning of quality of life in patients being treated for advanced breast cancer: a qualitative study. *Psychooncology*. 2004;13(10):729–39.
24. Efficace F, Marrone R. Spiritual issues and quality of life assessment in cancer care. *Death Stud*. 2002;26(9):743–56.
25. Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Celia D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology*. 1999;8(5):417–28.
26. Luxardo N. El cuerpo medido. Escalas y mediciones de la calidad de vida de personas con cáncer. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires (UBA); 2007.
27. Gall TL, Cornblat MW. Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psychooncology*. 2002;11(6):524–35.
28. Rabin EG, Heldt E, Hirakata VN, Fleck MP. Quality of life predictors in breast cancer women. *Eur J Oncol Nurs*. 2008;12(1):53–7.
29. Michelone ADPC, Santos VLGC. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004;12:875–3.
30. Vaz AF. Quality of life of women with gynecologic cancer: associated factors. *Arch Gynecol Obstet*. 2007;276:583–9.
31. Bittencourt ZZLDC, Hoehne EL. Qualidade de vida de familiares de pessoas surdas atendidas em um centro de reabilitação. *Cien Saude Colet*. 2009;14:1235–9.
32. Piñeros M, Sánchez R, Cendales R, Perry F, Ocampo R, et al. Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. *Rev Colomb Cancerol*. 2008;12(4):181–90.
33. Velásquez LG, Carrasquilla G, Roca S. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. *Salud Publica Mex*. 2009;51(2):246–53.

Manuscrito recibido el 17 de diciembre de 2009. Aceptado para publicación, tras revisión, el 28 de junio de 2010.

ABSTRACT

Quality of life and associated factors in women with breast cancer in Antioquia, Colombia

Objective. To determine the quality of life and some associated factors in women diagnosed with breast cancer enrolled in cancer treatment programs in a Colombian province.

Methods. In a cross-sectional study, the WHOQOL BREF domains related to the quality of life of 220 women with breast cancer who were in treatment were analyzed. First, a descriptive analysis was done of the sociodemographic variables included in the study. This was followed by an analysis of the quality-of-life scores of the patients in terms of their demographic, clinical, and social characteristics. Finally, some characteristics were identified that, in combination, explained the patients' quality of life.

Results. The quality of life was better for women with more schooling, those who were beneficiaries of the contributory health system, those who received support from family members, those from high-income groups, and those whose personal beliefs (religious and spiritual) helped them cope with the disease. Belonging to a lower-income group and having a skeptical attitude constituted risk factors for obtaining lower quality-of-life scores.

Conclusions. The quality of life of breast cancer patients was poorer, both in general and in the physical, psychological, social, and environmental domains, in those who came from more humble levels of society. Psychosocial intervention, through patient-centered methods, is proposed as a strategy that can improve patients' quality of life, especially that of lower-income women. It is necessary to strengthen strategies that enable patients to cope with the disease, relying on the moral, social, and spiritual support of their environment as the main resource.

Key words

Breast cancer; social support; quality of life; breast neoplasms; women's health; social class; Colombia.