



**UNIVERSIDAD DE GRANADA
PROGRAMA DE POSTGRADO EN EVOLUCIÓN HUMANA:
ANTROPOLOGÍA FÍSICA Y FORENSE
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MORFOLÓGICAS**

TESIS DOCTORAL

**INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA Y LOS FACTORES DE
RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ENFERMOS EN UNIDAD
ONCOLÓGICA**

GIANE DANTAS DE MACÊDO

Granada, 2011

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Giane Dantas de Macêdo
D.L.: GR 680-2012
ISBN: 978-84-694-6357-4



UNIVERSIDAD DE GRANADA
PROGRAMA DE POSTGRADO EN EVOLUCIÓN HUMANA:
ANTROPOLOGÍA FÍSICA Y FORENSE
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MORFOLÓGICAS

TESIS DOCTORAL

***“INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA Y LOS FACTORES DE
RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ENFERMOS EN
UNIDAD ONCOLÓGICA”***

GIANE DANTAS DE MACÊDO

2011

UNIVERSIDAD DE GRANADA
PROGRAMA DE POSTGRADO EN EVOLUCIÓN HUMANA:
ANTROPOLOGÍA FÍSICA Y FORENSE
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MORFOLÓGICAS

TESIS DOCTORAL

***“INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA Y LOS FACTORES DE
RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ENFERMOS EN
UNIDAD ONCOLÓGICA”***

Directores: Prof^a Dr^a Carmen Villaverde Gutiérrez (UGr/Es)
Prof Dr Miguel Cecilio Botella Lopez (UGr/Es)
Prof^a Dr^a Neide Maria Gomes de Lucena (UFPB/Br)

Autora: Giane Dantas de Macêdo

Granada, 20 de Maio de 2011

Dña. Carmen Villaverde Gutiérrez, Doctora en Medicina y Cirugía y Profesora Titular de Universidad de Fisiología Humana, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada.

CERTIFICA: Que la memoria de tesis doctoral que presenta Dña. Giane Dantas de Macêdo a superior juicio del tribunal que la Comisión de Doctorado de la Universidad de Granada designe, sobre el tema “*Influencia del estilo de vida y los factores de riesgo en la calidad de vida de enfermos en Unidad Oncológica*” ha sido realizada bajo su dirección, reuniendo a su juicio las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el mencionado tribunal.

Y para que conste, en cumplimiento de la normativa vigente, expido el presente certificado en Granada, 15 de Mayo de 2011.



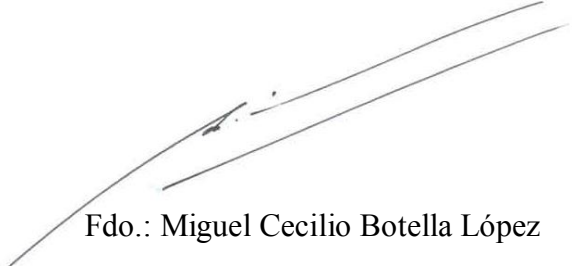
Fdo.: Carmen Villaverde Gutiérrez

Miguel Cecilio Botella López, Catedrático de Antropología Física de la Universidad de Granada y coordinador del Programa de posgrado (Máster y Doctorado): Evolución Humana. Antropología Física y Forense, de la Universidad de Granada.

HACE CONSTAR:

Que la tesis doctoral "*Influencia del estilo de vida y los factores de riesgo en la calidad de vida de enfermos en Unidad Oncológica*", que presenta Dña. Giane Dantas de Macêdo, ha sido realizada en Brasil bajo mi bajo mi orientación y tutoría. Considero que reúne los requisitos formales y científicos requeridos para que pueda ser presentada a exposición y defensa pública antela comisión que se designe al efecto.

Granada, 27 de Abril de 2011.



Fdo.: Miguel Cecilio Botella López

Dr^a. Neide Maria Gomes de Lucena, profesora titular adscrita al Departamento de Fisioterapia de la *Universidade Federal da Paraíba*.

CERTIFICA

Que la Tesis Doctoral que presenta, al superior juicio del Tribunal designado por la Universidad de Granada, Dña Giane Dantas de Macêdo, sobre "*Influencia del estilo de vida y los factores de riesgo en la calidad de vida de enfermos en Unidad Oncológica*", ha sido realizada en Brasil bajo mi orientación y tutoría.

Siendo la expresión de la capacidad científica de su autora, en condiciones que la hacen acreedora del Título de doctora, siempre que así lo considere el citado Tribunal.

João Pessoa, 05 de maio de 2011



Fdo.: Neide Maria Gomes de Lucena

A mi padre y mi madre por el amor, cariño y apoyo incondicionales que llenan mi vida. Gracias por todo... ¡siempre!

A mi novio, por tanta paciencia y compañerismo en todos los momentos del desarrollo de esta tesis.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme coraje, fuerza y hacerme acreditar en mis sueños.

A la Profesora Dra. Neide Maria Gomes de Lucena por orientar, incentivar, acreditar y confiar en la realización de este trabajo, además del crecimiento profesional y personal.

A la Profesora Dra. Carmen Villaverde por la confianza y apoyo indispensables para la realización de esta investigación.

Al Profesor Dr. Paulo Ortiz por las innumerables discusiones metodológicas y estadísticas, además de la enorme paciencia para responder los cuestionamientos.

A la Profesora Dra. Claudia Gatto por la oportunidad de incorporarme en sus Proyectos desarrollados en el Departamento de Educación Física de la Universidad de Granada.

A la Profesora Myrna por la paciencia y enseñanza durante la práctica de docencia.

Al Profesor Dr. Miguel Botella por el indispensable ejemplo de compromiso social.

A todos los profesores y funcionarios de la Universidad de Granada y de la *Universidade Federal da Paraíba* que de alguna forma contribuyeron al desarrollo de este proyecto.

Al Dr. José Marques por la confianza y apoyo durante la pesquisa de los datos en el *Hospital Napoleão Laureano*.

A Karina, Michele, Nayara, Karla, Lucilene y todos los funcionarios del *Hospital Napoleão Laureano* que ayudaron en el desarrollo de la investigación, como también por el cariño y atención.

A los enfermos que participaron en investigación, por su dedicación y fuerza de voluntad.

A mi padre y mi madre por todo el cariño y apoyo financiero para que yo realizase más este sueño.

A mis hermanos, cuñados y sobrina por el amor e incentivo.

A Luis, mi amor, por toda dedicación y amor que siempre me dio fuerzas para realizar este mi sueño con confianza y total dedicación.

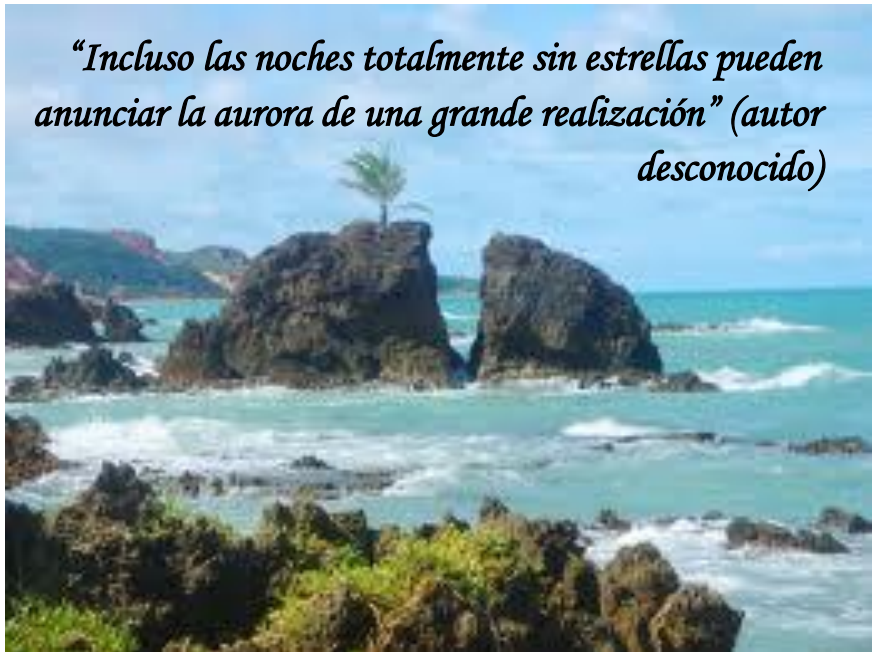
A Carmen Bueno por los hospedajes, por las comidas sabrosas, por el cariño y amistad, y Doña Genoveva que está mirándome desde arriba.

A mis familiares y amigos que construyeron conmigo formas para que yo viviera bien en la distancia y no echara de menos.

Y a todos aquellos que directa o indirectamente compartieron conmigo en busca incesante por el conocimiento.

¡A todos, muchas gracias!

“Incluso las noches totalmente sin estrellas pueden anunciar la aurora de una grande realización” (autor desconocido)



RESUMEN

El cáncer de mama puede causar alteraciones físicas, sociales y emocionales generando un gran impacto en la vida de las pacientes. Ese impacto puede ser mensurado a través de evaluaciones y uno de los parámetros evaluados es la calidad de vida, donde muchos factores pueden influenciarla, como el estilo de vida y los posibles factores de riesgo que preceden a la enfermedad. Por estos motivos, el propósito de esta investigación ha sido describir el perfil sociodemográfico de las mujeres con cáncer de mama de una unidad oncológica de referencia en la ciudad de João Pessoa – Paraíba – Brasil, evaluar el estilo de vida y los factores de riesgo, antecedentes de la enfermedad, así como la calidad de vida de estas pacientes antes, durante y después del tratamiento oncológico. Se trata de una investigación de campo, de tipo observacional, descriptiva, transversal y abordaje cuantitativo. La población estuvo constituida por mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, siendo la muestra un número de 60 enfermas. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario adaptado por Macêdo, *et al.* (2008) referente al estilo de vida y los factores de riesgo y el *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire "Core" 30 Items* (EORTC-QLQ-C30) versión 3.0 en portugués para evaluar la calidad de vida. Los datos fueron analizados por medio del Programa *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS), versión 17.0 y el análisis estadístico fue realizado a través del *Teste t-student* y *Teste de Correlación de Pearson* para la análisis de variación, con nivel de significancia de 0,05. Cuando comparamos algunas dimensiones del estilo de vida, como dieta y actividad física con el desempeño físico; actividades de ocio, del hogar y religiosas con los desempeños social y funcional; y actividad sexual, trabajo, amor propio y satisfacción con el estilo de vida con el desempeño emocional, se observó que existe una correlación significativa estadísticamente, con valores de $p=0,000$ y valores de t entre -17,153 y -60,131. En el análisis de los factores de riesgo y las dimensiones de la calidad de vida, se observó una relación significativa estadísticamente entre las variables tabaquismo, alcoholismo, hipertensión arterial y diabetes con los desempeños físico y funcional; y obesidad, sedentarismo y alimentación grasa con el desempeño físico, con valores de $p=0,000$ y valores de t entre -17,002 y -60,343. En la correlación de las dimensiones del estado de salud global y de los desempeños físico, funcional, social, emocional y cognitivo, antes, durante y después del tratamiento oncológico, se verificó que cuanto mayor o menor fueron los índices de esas dimensiones antes del tratamiento, mayor o menor eran también durante y después del tratamiento oncológico, con valores de p entre 0,000 y 0,018 y valores de r entre 0,304 y 0,896. En el análisis de la relación entre las escalas de fatiga, dolor, náusea y vómito, se observó que existía una correlación estadísticamente significativa en la comparación de los datos durante la quimioterapia y radioterapia, con valores de p entre 0,000 y 0,024 y valores de r entre 0,291 y 0,481. Se concluye, que el estilo de vida y los factores de riesgo que esas mujeres presentaban antes de la enfermedad pueden influenciar su calidad de vida durante el tratamiento oncológico y que la calidad de vida de estas mujeres empeora durante el tratamiento oncológico, pero tres meses después de terminar el tratamiento, los índices vuelven al nivel de calidad de vida previos al inicio del tratamiento, evidenciando que el tratamiento es eficaz y necesario. Es importante fijar que muchos factores de riesgo se han asociado con el cáncer de mama, pero de ellos el que potencialmente se puede modificar con más facilidad es el estilo de vida, que depende en gran parte de cada mujer.

Palabras clave: Estilo de Vida, Factores de Riesgo, Calidad de Vida, Oncología.

ABSTRACT

Breast cancer can cause physical, social and emotional alterations generating great impact on patients' lives. The impact can be measured by assessments and one of the parameters used is quality of life, in which many factors can influence it, such as: life style and possible risk factors prior to the disease. For these reasons, this research aims at describing the socio demographic profile of women with breast cancer at an acknowledged Oncology unit in the city of João Pessoa - Paraíba – Brasil, assessing the life style and the risk factors prior to the disease, as well as the quality of life of those patients, before, during, and after oncological treatment. It was a field work; descriptive, cross sectional and quantitative approach research. The population constituted of women with diagnosed breast cancer, and the sample, 60 patients. The instruments used were a questionnaire adapted by Macêdo, et al. (2008) related to life style and risk factors and the *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire "Core" 30 Items* (EORTC-QLQ-C30) 3.0 Portuguese version to evaluate the quality of life. The data were analyzed by the *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS) program, 17.0 version, and the statistical analysis was made by the *Student-t test* and *Pearson Correlation Test* for the variance analysis, with an significance of 0.05. When some life style dimensions were compared, like diets and physical activity to physical performance; leisure, home and religious activities to social and functional performance; and sexual activity, work, self-confidence and satisfaction to life style and emotional performance, it was noticed that there was significant statistical relation, with numbers $p=0.000$ and t numbers between -17,153 and -60,131. In the analysis of risk factors and quality of life dimensions, a statistically significant relation was observed when related to variables: tobacco use, alcoholism, arterial hypertension and diabetes to physical and functional performance; and obesity, sedentary life and fat diets to physical performance numbers $p=0.000$ and t numbers between -17,002 and -60,343. In dimensions related to global health state and physical, functional, social, emotional and cognitive performance, before, during and after oncological treatment, it was verified that the bigger or smaller these dimension rates before treatment, bigger or smaller they will be during and after oncological treatment, with p numbers between 0.000 and 0.018, and r numbers between 0.304 and 0.896. In the analysis of the relation of fatigue, pain, nausea and vomit, it was observed that there was significant statistical correlation in the comparison of the data during chemotherapy and radiotherapy, with p numbers between 0.000 and 0.024, and r numbers between 0.291 and 0.481. In conclusion, life style and risk factors women presented before the disease can influence the quality of life during oncological treatments and that the quality of life of those women worsens during oncological treatments; however, after three months of treatment termination, rates fall back into the same life quality level before the treatment, showing evidence that the treatment is effective and necessary. Besides that, it is important to say that many risk factors are associated with breast cancer, but what can easily be changed is life style, which depends greatly on each woman.

Key-words: Life Style, Risk Factors, Quality of Life, Oncology

RESUMO

O câncer de mama pode causar alterações físicas, sociais e emocionais gerando um grande impacto na vida dos pacientes. Esse impacto pode ser mensurado através de avaliações e um dos parâmetros avaliados é a qualidade de vida, onde muitos fatores podem influenciá-la, como o estilo de vida e os possíveis fatores de risco antecedentes a enfermidade. Por estes motivos, esta pesquisa objetiva descrever o perfil sociodemográfico das mulheres com câncer de mama de uma Unidade Oncológica de referência da cidade de João Pessoa – Paraíba – Brasil, avaliar o estilo de vida e os fatores de risco, antecedentes a enfermidade, assim como a qualidade de vida destas pacientes, antes, durante e depois do tratamento oncológico. Foi uma pesquisa de campo, do tipo observacional, descritiva, transversal e abordagem quantitativa. A população foi constituída por mulheres com diagnóstico de câncer de mama, tendo como amostra um número de 60 pacientes. Os instrumentos utilizados foram um questionário adaptado por Macêdo, *et al.* (2008) referente ao estilo de vida e os fatores de risco e o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire "Core" 30 Items* (EORTC-QLQ-C30) versão 3.0 em português para avaliar a qualidade de vida. Os dados foram analisados através do Programa *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 e a análise estatística foi realizada através do *Teste t-student* e *Teste de Correlação de Pearson* para a análise de variância, com nível de significância de 0,05. Quando comparadas algumas dimensões do estilo de vida, como dieta e atividade física com o desempenho físico; atividades de lazer, de casa e religiosas com os desempenhos social e funcional; e atividade sexual, trabalho, amor próprio e satisfação com o estilo de vida com o desempenho emocional, se observou que existe uma relação significativa estatisticamente, com valores de $p=0,000$ e valores de t entre -17,153 e -60,131. Na análise dos fatores de risco e das dimensões da qualidade de vida, se observou uma relação significativa estatisticamente quando relacionadas às variáveis tabagismo, alcoolismo, hipertensão arterial e diabetes com os desempenhos físico e funcional; e obesidade, sedentarismo e alimentação gordurosa com o desempenho físico, com valores de $p=0,000$ e valores de t entre -17,002 e -60,343. Em relação as dimensões do estado de saúde global e dos desempenhos físico, funcional, social, emocional e cognitivo, antes, durante e depois do tratamento oncológico, se verificou que quanto maior ou menor foram os índices dessas dimensões antes do tratamento, maior ou menor será durante e depois do tratamento oncológico, com valores de p entre 0,000 e 0,018 e valores de r entre 0,304 e 0,896. Na análise da relação entre as escalas de fadiga, dor, náusea e vômito, se observou que existia uma correlação significativa estatisticamente na comparação dos dados durante a quimioterapia e radioterapia, com valores de p entre 0,000 e 0,024 e valores de r entre 0,291 e 0,481. Conclui-se, que o estilo de vida e os fatores de risco que essas mulheres apresentavam antes da enfermidade podem influenciar sua qualidade de vida durante o tratamento oncológico e que a qualidade de vida dessas mulheres piora durante o tratamento oncológico, porém após três meses do término do tratamento, os índices voltam ao nível de qualidade de vida de antes do início do tratamento, evidenciando que o tratamento é eficaz e necessário. Além de tudo isso, é importante fixar que muitos fatores de risco estão associados com o câncer de mama, mas o que potencialmente se pode modificar mais facilmente é o estilo de vida, que depende em grande parte de cada mulher.

Palavras chave: Estilo de Vida, Fatores de Risco, Qualidade de Vida, Oncologia.

ÍNDICE

	Página
I. INTRODUCCION	28
I.1 Evolución del estilo de vida y factores de riesgo del hombre – una visión antropológica	28
I.2 Estilo de vida	29
I.3 Factores de riesgo	32
I.4 Calidad de vida	35
I.5 Cáncer	37
Epidemiología del cáncer	38
Factores de riesgo del cáncer	41
Enfermos en unidad oncológica	43
Estilo de vida del enfermo oncológico	44
Calidad de vida del enfermo oncológico	46
Medición de la calidad de vida del enfermo oncológico	47
I.6 Cáncer de mama	48
Epidemiología del cáncer de mama	49
Factores pronósticos del cáncer de mama	50
Estadamiento	50
Factores de riesgo del cáncer de mama	52
Estilo de vida del enfermo con cáncer de mama	54
Calidad de vida del enfermo con cáncer de mama	56
Tratamiento oncológico	58
Fisioterapia oncológica	60
I.7 Justificación y presentación del problema	63
II. OBJETIVOS	67
III. METODOLOGÍA	69
III.1. Tipo de estudio	69
III.2. Población de estudio	70
III.3. Ámbito del estudio	71
III.4. Recogida de información	71
III.5. Procedimientos	73

III.6. Aspectos Éticos	74
III.7. Análisis de los datos	74
IV. RESULTADOS	76
IV. 1 Selección y caracterización de la muestra	76
IV.2 Información clínica	82
IV.3 Estilo de vida	83
Relación entre el estilo de vida y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama	86
Factores Psicológicos	87
Relación entre los factores psicológicos y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama	88
Relación entre dimensiones del estilo de vida y factores psicológicos con el desempeño emocional de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama	89
IV.4 Factores de riesgo	90
Relación entre los factores de riesgo y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama	92
IV.5 Calidad de vida	112
Evaluación de la calidad de vida	94
Estado de salud global	99
Relación entre la edad y las puntuaciones del estado de salud global en los cuatro momentos del tratamiento oncológico	102
Desempeño físico	103
Desempeño funcional	107
Desempeño social	109
Desempeño emocional y cognitivo	111
Síntomas del cáncer	116
Relación entre las escalas de fatiga en los cuatro momentos del tratamiento oncológico	118
Relación entre las escalas de dolor en los cuatro momentos del tratamiento oncológico	119
Relación entre las escalas de náusea y vómito en los cuatro momentos del tratamiento oncológico	121

Síntomas adicionales del cáncer	122
Relación entre las dimensiones de disnea en los cuatro momentos del tratamiento oncológico	123
Relación entre las dimensiones de insomnio en los cuatro momentos del tratamiento oncológico	123
Relación entre las dimensiones de pérdida de apetito en los cuatro momentos del tratamiento oncológico	124
Relación entre las dimensiones de estreñimiento en los cuatro momentos del tratamiento oncológico	125
Relación entre las dimensiones de diarrea en los cuatro momentos del tratamiento oncológico	126
Relación entre las dimensiones de dificultades financieras en los cuatro momentos del tratamiento oncológico	127
V. DISCUSIÓN	130
V.1. Características socio-demográficas de las pacientes	130
V.2 Información clínica	132
V.3. Estilo de vida	133
Factores psicológicos	134
V. 4. Factores de riesgo	137
V.5. Calidad de vida	138
Evaluación de la calidad de vida	138
Estado de salud global	141
Desempeño físico	143
Desempeño funcional	144
Desempeño social	145
Desempeños emocional y cognitivo	145
Síntomas del cáncer	147
Síntomas adicionales del cáncer	150
VI. CONCLUSIONES	153
VII. BIBLIOGRAFÍA	157
VIII. APÉNDICES	173
01 - Cuestionario socio-demográfico y datos clínicos	174
02 – Instrumento de medida (Estilo de vida y factores de riesgo)	175

03 – Instrumento de medida (Calidad de vida)	178
04 – Termo de consentimiento libre y esclarecido	180
IX. ANEXO	182
01 – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley/Universidade Federal da Paraíba/PB/BR	183

LISTA DE ABREVIATURAS

PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico”

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

OMS - Organización Mundial de la Salud

INCA – Instituto Nacional de Câncer

WHO - World Health Organization

SUS - Sistema Único de Salud

NAPACAN – Núcleo de Apoio ao Paciente com Câncer

HPV – Papiloma Vírus Humano

CV - Calidad de Vida

EORTC QLQ-C30 - European Organization for Research and Treatment of Câncer
Quality of Life Questionnaire "Core" 30 Items

FACT-G - Functional Assessment of Cancer Therapy: General

UICC - Unión Internacional Contra el Câncer

TNM – Clasificación de Tumores Malignos

ADM - Amplitud de Movimiento

PACs - Prácticas Alternativas y Complementarias

RPG - Reeducação Postural Global

UTI - Unidad de Terapia Intensiva

SPSS - Programa Statistical Package of Social Sciences

AVD - Actividad de la Vida Diaria

DE* - Desviación Estándar

DS - Desempeño Social

DFu - Desempeño Funcional

DFi – Desempeño Físico

DE - Desempeño Emocional

DC – Desempeño Cognitivo

FACTB - Functional Assessment of Cancer Treatment - Breast Module

LAT - Linfadenectomia Axilar Total

BLS - Biopsia de Linfonodo Centinela

ESG - Estado de Salud Global

FE - Función Emocional

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 – Temporización de las entrevistas para la selección muestral

Tabla 2 – Características socio-demográficas de la muestra

Tabla 3 – Características socio-demográficas de la muestra

Tabla 4 – Tratamiento y atención que los pacientes oncológicos recibieron

Tabla 5 - Estilo de vida de las pacientes antes y después del diagnóstico de cáncer de mama

Tabla 6 - Relación entre el estilo de vida y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama a través del *Teste t-student*

Tabla 7 - Relación entre el estilo de vida y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama a través del *Teste t-student*

Tabla 8 – Factores psicológicos de las pacientes antes y después del surgimiento del cáncer de mama

Tabla 9 - Relación entre los factores psicológicos y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama a través del *Teste t-student*

Tabla 10 - Relación entre el estilo de vida y los factores psicológicos con la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama a través del *Teste t-student*

Tabla 11 – Factores de Riesgo que las pacientes presentaban antes y después del surgimiento del cáncer de mama

Tabla 12 - La relación entre los factores de riesgo y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama a través del *Teste t-student*

Tabla 13 - Relación entre los factores de riesgo y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama a través del *Teste t-student*

Tabla 14 - Relación entre los factores de riesgo y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama a través del *Teste t-student*

Tabla 15 – Evaluación de la calidad de vida tras el diagnóstico de la enfermedad – Momento 1

Tabla 16 – Evaluación de la calidad de vida durante la quimioterapia – Momento 2

Tabla 17 – Evaluación de la calidad de vida durante la radioterapia – Momento 3

Tabla 18 – Evaluación de la calidad de vida tres meses tras el término del tratamiento oncológico – Momento 4

Tabla 19 - Relación entre los escores del estado de salud global en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Tabla 20 - Relación entre los escores de la edad con el estado de salud global en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Tabla 21 – Desempeño físico de las pacientes con cáncer de mama

Tabla 22 - Relación entre las escalas del desempeño físico en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Tabla 23 – Cuestiones funcionales de las pacientes con cáncer de mama

Tabla 24 - Relación entre las escalas del desempeño funcional en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Tabla 25 – Cuestiones sociales de las pacientes con cáncer de mama

Tabla 26 - Relación entre las escalas del desempeño social en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Tabla 27 – Evaluación del emocional e cognitivo de las pacientes con cáncer de mama

Tabla 28 - Relación entre las escalas del desempeño emocional en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Tabla 29 - Relación entre las escalas del desempeño cognitivo en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Tabla 30 – Síntomas referidos por las pacientes con cáncer de mama

Tabla 31 - Relación entre las escalas de la fatiga en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Tabla 32 - Relación entre las escalas de dolor en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Tabla 33 - Relación entre las escalas de náusea y vómito en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Tabla 34 – Síntomas adicionales referidos por las pacientes con cáncer de mama

Tabla 35 - Relación entre las dimensiones de disnea en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Tabla 36 - Relación entre las dimensiones de insomnio en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Tabla 37 - Relación entre las dimensiones de pérdida de apetito en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Tabla 38 - Relación entre las dimensiones de estreñimiento en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Tabla 39- Relación entre las dimensiones de diarrea en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Tabla 40 - Relación entre las dimensiones de dificultades financieras en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

LISTA DE CUADRO

Cuadro 1 – Esquema de la población y muestra seleccionada para la investigación

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Puntuaciones del estado de salud global de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 1 y 2.

Gráfico 2 - Puntuaciones del estado de salud global de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 2 y 3.

Gráfico 3 - Puntuaciones del estado de salud global de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 3 y 4.

Gráfico 4 - Puntuaciones del estado de salud global de las mujeres con cáncer de mama del momento 1 comparados con la edad.

Gráfico 5 - Puntuaciones del desempeño físico de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 2 y 3.

Gráfico 6 - Puntuaciones del desempeño físico de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 2 y 4.

Gráfico 7 - Puntuaciones del desempeño físico de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 3 y 4.

Gráfico 8 - Puntuaciones del desempeño funcional de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 2 y 3.

Gráfico 9 - Puntuaciones del desempeño social de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 2 y 3.

Gráfico 10 - Puntuaciones del desempeño emocional de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 1 y 2.

Gráfico 11 - Puntuaciones del desempeño emocional de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 2 y 3.

Gráfico 12 - Puntuaciones del desempeño emocional de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 3 y 4.

Gráfico 13 - Puntuaciones del desempeño cognitivo de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 2 y 3.

Gráfico 14 - Puntuaciones de la fatiga de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 2 y 3.

Gráfico 15 - Puntuaciones del dolor de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 2 y 3.

INTRODUCCIÓN



I. INTRODUCCIÓN

I.1. Evolución del estilo de vida y factores de riesgo del hombre – una visión antropológica

La palabra antropología, o ciencia del hombre, es usada como un término único que engloba otras disciplinas individualizadas. (Titiev, 2002). Procede del griego *anthropos* que significa hombre, humano y *logos*, estudio. (Marconi y Presotto, 2005; Ember C., Ember M. y Peregrine 2004).

Es el estudio de la humanidad, de los pueblos antiguos y modernos y de sus estilos de vida. Tiene un carácter global y comparativo y se extiende a todos los miembros de esta nueva comunidad humana, una invitación única para explorar las raíces comunes de nuestra humanidad así como los orígenes de nuestros diferentes modos de vida. (Harris, 2001). Estudia al hombre íntegro, en todas las sociedades, los estados y en todos los tiempos. (Laplatine, 2007).

De acuerdo con Ember C., Ember M. y Peregrine (2004), definir antropología como el estudio de los seres humanos no es completo, ya que tal definición supondría adaptar a ella una larga lista de disciplinas. La antropología es, entonces, una ciencia holística, que toma en cuenta los descubrimientos de todas las demás disciplinas implicadas en el estudio del hombre. (Rebato, Susanne y Chiarelli, 2005).

Para Dell'Ordine (2005), la antropología se divide en dos grandes campos: la antropología física, que trata de la evolución biológica y la adaptación fisiológica de los seres humanos, y la antropología social o cultural, que se ocupa de las formas en que las personas viven en sociedad, es decir, las formas de evolución de su lengua, cultura y costumbres.

A través del estudio de la Antropología física y la Antropología cultural, se ve que este principio de siglo se nos presenta marcado por los cambios. Un cambio que no escapa al amplio campo de la salud y la enfermedad. Ante los cambios, las personas tienen que aprender a vivir en una nueva situación y tener la capacidad de adaptarse a ellos y hacer frente a nuevos desafíos. (González, 2002).

La sociedad hoy vive cambios culturales de enorme interés que van a afectar el contenido de los estilos de vida y la propia calidad de vida de los individuos. Una nueva era, con nuevos estilos de vida, nuevos problemas de salud, derivados de las interacciones entre los sujetos y de éstos con el medio ambiente social, que requiere una nueva forma de pensar y actuar sobre los mismos. (Macêdo, 2008).

Y a partir de estos cambios en la salud confirmamos la importancia de estudiar el estilo de vida de las personas y observar las modificaciones que estos sufrieron desde el Paleolítico hasta hoy y cómo estos cambios interfirieron en el proceso salud-enfermedad de cada época y sus calidades de vida. (Macêdo, 2008).

I.2 Estilo de vida

Las costumbres y las creencias cuando se repiten y ganan fuerza llevan a los individuos a creer que es buena o mala una determinada manera de vivir y, por lo tanto, adoptan determinados estilos de vida. Es que, cuando las costumbres y las creencias no están de acuerdo con su cultura surgen resistencias a los cambios, lo que justifica la complejidad de alteraciones de comportamientos. (Branco, 2005).

Según Nahas (2003) el estilo de vida es el conjunto de acciones cotidianas que reflejan las actitudes y los valores de las personas. Estos hábitos conscientes están

asociados a la percepción de la calidad de vida del individuo. Los componentes del estilo de vida pueden modificarse a través del tiempo, no obstante, esta alteración puede ocurrir solamente si el individuo percibe el significado del cambio de algunos de sus comportamientos.

El estilo de vida es una manera de vivir que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. (Salvador-Carulla, Sanchez y Cabo-Soler, 2004). El estilo de vida está relacionado con el modo de vida de los individuos, los comportamientos y actitudes que el mismo adopta ante de las necesidades y exigencias de la vida social en la que él está inmerso. (Macêdo, 2008).

El estilo de vida es un conjunto de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre las cuales se puede ejercer cierto grado de control. Las decisiones y los hábitos personales que son malos para la salud, generan riesgos originados por el propio individuo. Cuando estos riesgos resultan en enfermedades o muerte se puede afirmar que el estilo de vida contribuyó u ocasionó la enfermedad o disfunción. (Lalonde, 1997). Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo. (Salvador-Carulla, Sanchez y Cabo-Soler, 2004).

De acuerdo con el estilo de vida se conceptúa también la calidad de vida, que está relacionada con la autoestima y el bienestar personal y abarca una serie de aspectos como la capacidad funcional, el nivel socioeconómico, el estado emocional, la interacción social, la actividad intelectual, el auto cuidado, el soporte familiar, el propio estado de salud, los valores culturales, éticos y la religiosidad (Santos *et al.*, 2002), el estilo de vida (Bowling *et al.*, 2003), la satisfacción con el empleo y/o con las

actividades diarias (Isang, Liamputtong y Pierson, 2004) y el ambiente en que se vive. (Velarde y Avila, 2002). El concepto de calidad de vida es algo subjetivo, dependiendo del nivel sociocultural, del grupo de edad y de las determinaciones personales del individuo. (Vecchia, Ruiz, Bocchi y Corrente, 2005).

La aceptación de un estilo de vida saludable tiene el potencial de mejorar la calidad de vida de las personas, más allá de interferir de forma positiva en el control de los factores de riesgo cardiovascular. Pero, lo que se observa es que la mayoría de las personas tiene un estilo de vida inadecuado en los diversos ámbitos en que desarrollan sus actividades: domicilio, escuela, trabajo, entre otros. (Heyde R. y Heyde M., 2004).

Debido al avance tecnológico, las personas pasaron a ser más sedentarias y se olvidaron de muchos factores relacionados con el mejor estilo de vida y consecuente calidad de vida. En Brasil, los cambios demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos a lo largo del tiempo permitieron que ocurriesen cambios nutricionales, aumentando el peso de las personas y aumentando la obesidad, proporcionando un estilo de vida sedentario y favoreciendo la presentación de enfermedades relacionadas con la falta de un estilo de vida activo. (Popkin, 2001).

Diversos estudios demuestran que los cambios en el estilo de vida, nuevos hábitos alimentarios y la practica regular de actividad física, disminuye la incidencia de diversas enfermedades en individuos con una predisposición a tenerlas. (Tuomilehto *et al.*, 2001).

Cambiar el estilo de vida es difícil, y casi siempre está acompañado de mucha resistencia, por eso, la mayoría de las personas no logra cambiar su estilo de vida por mucho tiempo. Pero la educación en salud es una alternativa fundamental para conducir a las personas a cambiar, para prevenir y/o controlar los factores de riesgo, a través de hábitos y actitudes saludables. (Santos y Lima, 2008).

I.3 Factores de riesgo

El término “riesgo” se refiere a la probabilidad de ocurrir algo indeseado. Bajo este punto de vista epidemiológico, el término es utilizado para definir la probabilidad de que individuos sin determinada enfermedad, sin embargo expuestos a determinados factores, adquieran esta molestia. Los factores que se asocian al aumento del riesgo de contraer una enfermedad son llamados factores de riesgo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2007).

Los factores biológicos, que generan riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, están directamente relacionados a las opciones de comportamiento hechas en la infancia y adolescencia. Durante la adolescencia, son incorporadas muchas de las costumbres relacionadas con la alimentación, práctica de actividad física, consumo de cigarrillos y alcohol, que propician el surgimiento o empeoran factores biológicos de riesgo cardiovascular posibles de reversión, como hipertensión arterial, obesidad, hiperinsulinemia, hipercolesterolemia y homocisteinemia. A partir de esto, surge la importancia de dar el primer paso, que es la identificación precoz de los comportamientos determinantes de riesgo, para posterior intervención educativa con la finalidad de prevención primordial y primaria. (Nobre *et al.*, 2006).

Algunos investigadores han constatado a través de la epidemiología de los últimos decenios, cuántas de las muertes que se producen cada año en la población fueron debidas a cada uno de los principales factores de riesgo. Así, identificaron el tabaco, la dieta, la falta de ejercicio físico, el consumo excesivo de sal y azúcar, la obesidad, alcoholismo, estrés, etc., como riesgo para la salud. (Elizondo-Armendáriz, 2005).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 80% de los casos de enfermedades coronarias, 90% de los casos de diabetes tipo 2 y 30% de los casos de cáncer podrían ser evitados a partir de cambios en la alimentación, aumento de actividad física y evitando el uso de productos derivados del tabaco. La actividad física regular puede reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, cáncer de colon y de mama, prevenir la osteoporosis y auxiliar en el mantenimiento del peso corporal saludable. (Hallal *et al.*, 2008). Investigaciones sobre las asociaciones entre dieta y enfermedades crónicas también confirman el efecto protector de la alimentación saludable - combinando un alto consumo de frutas, verduras y cereales integrales -, y el impacto negativo de dietas con alto contenido de grasas saturadas sobre el riesgo de enfermedades cardiovasculares. (Martins *et al.*, 2009).

Con relación al tabaquismo, este es responsable de cerca del 45% de las muertes en los hombres con menos de 65 años de edad y 20% de todos los óbitos por enfermedad coronaria en los hombres con edad superior a ese grupo de edad. Más allá, se considera que el cigarrillo, a través de la nicotina, aumenta la presión arterial y acumula el colesterol en los vasos sanguíneos. (INCA, 2003).

La sal ha sido considerada un importante factor en el desarrollo y en la intensidad de la hipertensión arterial, estando también relacionada al aumento del riesgo para el desarrollo de la hipertrofia ventricular izquierda, proteinuria y caída nocturna de la presión. (Castro *et al.*, 2005).

En lo que se refiere a la actividad física, esta es conocida por tener efecto benéfico sobre los factores de riesgo tradicionales como elevación de la presión sanguínea, hiperinsulinemia e hiperlipidemias. (Georgiades *et al.*, 2000).

El sedentarismo, que viene sufriendo importante presión del avance tecnológico ocurrido en las últimas décadas, es un importante factor de riesgo para las enfermedades

crónico-degenerativas, especialmente las afecciones cardiovasculares, principal causa de muerte en las personas de mayor edad. (Pate *et al.*, 1995). La práctica de ejercicio físico, más allá de combatir el sedentarismo, contribuye de manera significativa al mantenimiento de la aptitud física del anciano, sea en la vertiente de la salud, como en las capacidades funcionales. (Alves *et al.*, 2004).

Con la industrialización se produjo un aumento del número de personas inactivas físicamente en todas las edades, a pesar de que conocimiento sobre los beneficios que la actividad física tiene para la salud, está bien establecido. (Pelegri y Petroski, 2009). Niveles insuficientes de actividad física han sido frecuentemente asociados a enfermedades coronarias, obesidad (Koezuka *et al.*, 2006), diabetes mellitus, osteoporosis y algunas formas de cáncer. (Guthold *et al.*, 2008).

Aunque la inactividad física sea más prevalente en países desarrollados, fuerte tendencia de este comportamiento es observada en los países en desarrollo, principalmente debido a la rápida urbanización, al crecimiento económico y cambios tecnológicos. Estudios brasileños demuestran que la prevalencia de adolescentes con bajos niveles de actividad física es elevada, variando de 39 a 93,5%. (Silva *et al.*, 2008). En la literatura internacional, las estimaciones varían de 50 a 70%. (Cole *et al.*, 2007).

La alimentación desequilibrada y el sedentarismo constituyen los factores más frecuentemente apuntados como determinantes del súbito aumento de los casos de obesidad entre las poblaciones, que es otro factor de riesgo para la salud. (Scully *et al.*, 2007).

El alcohol tiene también su efecto sobre la presión arterial, siendo más intenso en el blanco y anciano que en el negro y en el joven, causando efectos negativos en la resistencia vascular periférica y aumentando el débito cardíaco. (Castro *et al.*, 2005).

El estrés mental es otro factor de riesgo adicional para la enfermedad hipertensiva, ya que una exagerada respuesta cardiovascular a las situaciones de estrés ha mostrado estar asociada a isquemia del miocardio, y es un mal pronóstico para el futuro desarrollo de hipertensión y enfermedades coronarias. (Plavnik y Kohlmann Junior, 2002).

En la actualidad se conocen muchos factores de riesgo para la salud y estos son algunos de ellos, causantes de enfermedades específicas y diversas, que dejan secuelas y empeoran la calidad de vida de muchas personas en el mundo.

I.4 Calidad de vida

La expresión calidad de vida fue empleada por primera vez por el presidente de los Estados Unidos de América, Lyndon Johnson, en 1964 al declarar que "los objetivos no pueden ser medidos a través de la media de los bancos. Ellos solo pueden ser medidos a través de la calidad de vida que proporcionan a las personas". El interés en conceptos como "patrón de vida" y "calidad de vida" fue inicialmente descrito por científicos sociales, filósofos y políticos. El creciente desarrollo tecnológico de la medicina y ciencias afines trajo como consecuencia negativa la progresiva deshumanización. (Franzi y Silva, 2003).

Así, la preocupación con el concepto de calidad de vida se refiere a un movimiento dentro de las ciencias humanas y biológicas en el sentido de valorar parámetros más amplios que el control de síntomas, la disminución de la mortalidad o el aumento de la expectativa de vida. (Franzi y Silva, 2003).

La Organización Mundial de Salud define calidad de vida como la percepción por el individuo de sus condiciones de vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, patrones de referencia y preocupaciones. Esta definición incluye siete dominios principales: salud física, habilidades funcionales, estado psicológico, niveles de independencia, relaciones sociales, características ambientales y patrones espirituales. (Peixoto *et al.*, 2004; Seidl y Zannon, 2004).

El concepto de calidad de vida está relacionado con la autoestima y el bienestar personal y abarca una serie de aspectos como la capacidad funcional, el nivel socioeconómico, el estado emocional, la interacción social, la actividad intelectual, el cuidarse, el soporte familiar, el propio estado de salud, los valores culturales, éticos y la religiosidad, el estilo de vida, la satisfacción con el empleo y/o con actividades diarias y el ambiente en que se vive. El concepto de calidad de vida, por lo tanto, varía según el autor y, más allá de todo esto, es un concepto subjetivo dependiente del nivel sociocultural, del grupo de edad y de las aspiraciones personales del individuo. (Vecchia *et al.*, 2005).

Calidad de vida incluye una variedad potencial de condiciones que pueden afectar la percepción del individuo, sus sentimientos y comportamientos relacionados con su funcionamiento diario, incluyendo, pues no limitándose, a su condición de salud e intervenciones médicas. (Sales *et al.*, 2001). Según Mosconi *et al.* (2001), se entiende que calidad de vida sea algo intrínseco, una construcción subjetiva, posible de ser evaluada solamente por el propio individuo.

La calidad de vida es el reflejo del modo cómo el enfermo percibe y reacciona ante su salud y otros aspectos no médicos de su vida; es la construcción multidimensional que refleja el soporte social, la comprensión emocional, la ausencia de

incomodidad psicológica, y principalmente, la habilidad funcional del individuo. (Roque y Forones, 2006).

La calidad de vida es descrita como algo subjetivo del grado en que se alcanzó la satisfacción o un sentimiento de bienestar personal, mas asociada a determinados indicadores objetivos biomédicos, psicológicos, de comportamientos y sociales, concepto este que abarca mucho más que el concepto de salud. (Branco, 2005).

I.5 Cáncer

Cáncer es el nombre dado a un grupo de enfermedades malignas caracterizadas por el crecimiento anormal y descontrolado de células que sufrieron alteración en su material genético, en algún momento de su ciclo celular. Esas células genéticamente modificadas pueden invadir los tejidos y órganos, diseminándose por otras regiones del cuerpo, lo que se denomina metástasis. (World Health Organization, 2010).

Comprender y controlar las enfermedades malignas requiere conocimientos científicos y experiencias que van desde el entendimiento de los complejos mecanismos de regulación molecular intracelular hasta la elección individual del estilo de vida. También se exige una gestión competente y el mejor uso de los recursos disponibles para el planteamiento, ejecución y evaluación de las estrategias de control de la enfermedad. La prevención y el control del cáncer están entre los más importantes desafíos científicos y de salud pública, de nuestra época. (Borges *et al.*, 2008).

De acuerdo con los datos estadísticos de la Organización Mundial de Salud (OMS), son diagnosticados, por año, 11 millones de casos de cáncer en el mundo. Los cánceres más comunes entre hombres y mujeres son los de pulmón, estómago y colon

rectal. En las mujeres, los tipos más prevalentes son el cáncer de mama y el cáncer de cuello de útero. Ya en los hombres, el que más prevalece es el cáncer de pulmón y el cáncer de estómago. (World Health Organization, 2010).

El cáncer se presenta como un problema de salud pública mundial. En algunos países desarrollados aparece como la principal causa de muerte, ya en Brasil, representa la segunda causa de muerte.

I.5.1 Epidemiología del cáncer

Indudablemente el cáncer es un problema de salud pública en el mundo. En las últimas décadas, el registro brasileño de cáncer ha aumentado el número de nuevos casos, resaltando la importancia de la enfermedad y su impacto social y económico. (Bittencourt, Scaletzky y Boehl, 2004).

Se piensa que, a nivel mundial, la mortalidad por cáncer va a aumentar 45% entre 2007 y 2030 (pasará de 7,9 a 11,5 millones de disfunciones), debidos en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población. Las estimaciones realizadas prevén pequeñas reducciones de la mortalidad para algunos tipos de cáncer en países con grandes recursos. Se estima que durante el mismo período el número de casos nuevos de cáncer va a aumentar de 11,3 millones en 2007 a 15,5 millones en 2030. En la mayor parte de los países desarrollados el cáncer es la segunda causa principal de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares, y los datos epidemiológicos muestran el comienzo de esta tendencia en los países subdesarrollados del mundo, principalmente aquellos que se encuentran en transición y países de

estructura media. Más de la mitad de los casos de cáncer se registran en países en desarrollo. (World Health Organization, 2010).

Según la Organización Mundial de Salud - OMS (2009), ocurren anualmente en todo el mundo más de 10 millones de nuevos casos y 6 millones de muertes por cáncer. Cerca de 4,7 millones de nuevos casos ocurren en los países económicamente desarrollados, mientras que 5,5 millones ocurren en los países económicamente menos desarrollados. En los países desarrollados el cáncer se presenta como la segunda causa de muerte por enfermedad, mientras que en los países en desarrollo como tercera causa en esta categoría. Según la misma organización, más de 16 millones de casos serán verificados hasta 2020.

Actualmente el cáncer es responsable del 12% de todas las muertes en el mundo. En aproximadamente veinte años, el número de muertes anuales por cáncer será casi el doble, con más del 60% de los nuevos casos y muertes ocurriendo en los países menos desarrollados económicamente. En todo el mundo, la mayoría de los individuos diagnosticados con cáncer presentan enfermedad avanzada e incurable en el momento del diagnóstico. De los 56 millones de muertes que ocurren anualmente en el mundo, 85% son en los países menos desarrollados económicamente. Cerca de 10% de estas muertes son debidas al cáncer. (Silva y Hortale, 2006).

El Instituto Nacional del Cáncer - INCA (2008), del Ministerio de Salud, describe que analizando las tasas de mortalidad en Brasil, el cáncer está siempre incluido entre las primeras causas de muerte, junto a las enfermedades del aparato circulatorio, causas externas, enfermedades del aparato respiratorio, afecciones del período peri-natal y enfermedades infecciosas y parasitarias. Esta enfermedad es la segunda causa de muerte en el país, responsable del 12,36% de los óbitos ocurridos en

2007; 53,81% entre los hombres y 46,05% entre las mujeres. (Recco, Luiz y Pinto, 2005).

En Brasil, desde 2003, las neoplasias malignas constituyen la segunda causa de muerte en la población, representando casi 17% de los óbitos de causa conocida, notificados en 2007 en el Sistema de Informaciones sobre mortalidad. Las estimaciones, para el año de 2010, serán válidas también para el año de 2011, y apuntan hacia la ocurrencia de 489.270 nuevos casos de cáncer. Los tipos más incidentes, con excepción del cáncer de piel del tipo no melanoma, serán los cánceres de próstata y de pulmón en el sexo masculino y los cánceres de mama y de cuello del útero en el sexo femenino, acompañando el mismo perfil de la magnitud observada para la América Latina. (INCA, 2009).

En 2010, se esperan 236.240 nuevos casos para el sexo masculino y 253.030 para el sexo femenino. Se estima que el cáncer de piel del tipo no melanoma (114 mil casos nuevos) será el más incidente en la población brasileña, seguido por los tumores de próstata (52 mil), mama femenina (49 mil), colon y recto (28 mil), pulmón (28 mil), estómago (21 mil) y cuello del útero (18 mil). Los tumores más incidentes para el sexo masculino serán debidos al cáncer de piel no melanoma (53 mil casos nuevos), próstata (52 mil), pulmón (18 mil), estómago (14 mil) y colon y recto (13 mil). Para el sexo femenino, se destacan los tumores de piel no melanoma (60 mil casos nuevos), mama (49 mil), cuello del útero (18 mil), colon y recto (15 mil) y pulmón, 10 mil. (INCA, 2009).

Ante este panorama, se ve la necesidad de continuidad en inversiones en el desarrollo de acciones que abarquen el control del cáncer, en los diferentes niveles de actuación, como: en la promoción de la salud, en la detección precoz, en la asistencia a los enfermos, en la vigilancia, en la formación de recursos humanos, en la comunicación

y movilización social, en la investigación y en la dirección del Sistema Único de Salud (SUS).

I.5.2 Factores de riesgo del cáncer

Entre los principales factores asociados al mayor número de casos de cáncer están la urbanización y la industrialización. (Bittencourt, Scaletzky y Boehl, 2004).

La concentración de casi 70% de la población en grandes centros favorece la exposición a los factores de riesgo ambientales, a los cuales son atribuidas relación directa o indirecta con 80% de los casos de cáncer. Algunas sustancias químicas, como el tabaquismo, la contaminación ambiental y la disparidad socio-económica no pueden ser omitidas como agentes carcinogénicos, más allá de influenciar la distribución y la incidencia del cáncer en las diferentes regiones brasileñas. (NAPACAN, 2009).

Estudios sobre tipos específicos de cáncer posibilitaron la asociación de su ocurrencia con el sexo, franja de edad, estilo de vida, modelo de alimentación, factores genéticos y ambientales. (Recco, Luiz y Pinto, 2005). El principal factor de riesgo del cáncer, según Pedrosa *et al.* (2007), es la edad, pues cuanto más se vive, mayor es la posibilidad de que las células sean expuestas a agentes causantes del cáncer. Actuando junto a la edad están los agentes físicos como la exposición excesiva a los rayos solares; químicos, el más evidente es el tabaquismo; y biológicos los HPVs oncogénicos. Más allá de esto, entre 5% y 10% de los tipos de cáncer tiene origen hereditario y podrían ser evitados a partir de un buen consejo genético.

La contaminación atmosférica presente en el humo que sale del tubo de escape de vehículos movidos por óleo diesel, gasolina y alcohol y otros aditivos que son

mezclados con ellos, así como el cigarrillo y las emanaciones de industrias diversas, el polvo de amianto, la emanación de plomo y otros químicos presentes en las pinturas, barnices, tinturas de pelo, etc., también pueden actuar como factores para el desarrollo de diversos tipos de tumores malignos. (Lopes *et al.*, 2002).

Las personas que toman bebidas alcohólicas diariamente y/o fuman, aumentan hasta un 60% la probabilidad de desarrollar cáncer de pulmón, cáncer de estómago, de hígado, de laringe y boca, de vejiga o de próstata. El alcohol, más allá de retirar del cuerpo nutrientes importantes es, desde el punto de vista bioquímico, una sustancia tóxica y alucinógena, pues tiene una actuación en el cerebro semejante al alcaloide de la marihuana, impide que las células nerviosas del cerebro utilicen la glucosa para obtener la energía necesaria para su buen funcionamiento. (Bittencourt, Scaletzky y Boehl, 2004).

Una alimentación rica en grasa y pobre en verduras, frutas y cereales integrales también predispone a diversos tipos de cánceres, como los de intestino, mama, hígado, testículos, etc. Carnes de vaca y aves engordados con hormonas y pescado, gambas, calamares, pulpo y langosta contaminados con mercurio, insecticidas y otros desechos químicos domésticos e industriales vertidos en los ríos, también contribuyen de forma importante al desarrollo del cáncer. (NAPACAN, 2009).

Mucha exposición al sol, principalmente en la infancia y adolescencia, puede resultar en cáncer de piel y melanoma en la edad adulta. Es importante comprender que, cada vez que se irrita la piel al sol, lesiones acontecen en las capas más profundas que no son reparadas. Esas lesiones se van acumulando cuando ocurre la repetición de la exposición a los rayos ultravioletas de la luz del sol y pueden acabar produciendo mutaciones malignas, principalmente en personas de piel blanca. (NAPACAN, 2009).

Para Rodrigues, Culau y Nunes (2007), dos puntos deben ser enfatizados con relación a los factores de riesgo: primero que el mismo factor puede ser de riesgo para varias enfermedades y segundo, que varios factores de riesgo pueden estar implicados en la génesis de una misma enfermedad, constituyendo agentes de causas múltiples. El estudio de factores de riesgo, aislados o combinados, ha permitido establecerse relaciones de causa-efecto entre ellos y determinados tipos de cáncer.

I.5.3 Enfermos en unidad oncológica

Muchos enfermos permanecen por un largo periodo hospitalizados por exigencia de un largo tratamiento o como consecuencia de complicaciones provocadas por diversas enfermedades. Los enfermos oncológicos normalmente se encuentran en unidades de salud oncológica.

Una unidad oncológica debe ser un ambiente estructurado para un ingreso confortable y digno para sus enfermos. La estructura adecuada para recibir a los enfermos puede ser observada desde la decoración de la entrada hasta los pasillos. Sobre la existencia de condiciones ambientales favorables, debe proporcionar confort, intimidad y seguridad como parte del cuidado, un ambiente estético, limpio y agradable favoreciendo las interacciones entre los profesionales de la salud y el enfermo, y promoviendo una sensación de satisfacción. (Pedrosa *et al.*, 2007).

Se caracterizan por disponer todos los recursos humanos y equipos instalados dentro de una misma estructura organizacional y prestar atención al enfermo desde una perspectiva multiprofesional integrada. Pueden tener Servicio de Radioterapia y Quimioterapia propio o mantener contrato formal con algún otro Servicio.

Necesariamente deben poseer las siguientes modalidades asistenciales: diagnóstico, cirugía oncológica, oncología clínica, psicología, servicio social, hemoterapia, pronta atención para las emergencias oncológicas, nutrición, fisioterapia, terapia ocupacional, farmacia, rehabilitación y cuidados paliativos. (Brito, 2004).

En las cuatro últimas décadas la oncología ha tenido un desarrollo intenso, impulsado por la incidencia creciente de nuevos casos de cáncer, provocados no solo por la ampliación de la vida media de la población mundial, sino, sobretudo por la ocurrencia de esta enfermedad en las franjas de edad más jóvenes. El cáncer se tornó un problema de salud pública, así como el diagnóstico precoz, los medios de rehabilitación física, social y psicológica, que también son puntos fundamentales de la lucha contra esta enfermedad. Cuando no es posible curar, el alivio del sufrimiento se vuelve el blanco de intervención de un equipo multidisciplinar, planteando la mejora del estilo de vida del enfermo.

I.5.4 Estilo de vida del enfermo oncológico

Conocido desde la antigüedad, el cáncer ha sufrido un aumento significativo, consecuencia del aumento de la esperanza de vida, pero, sobretudo, por la interferencia de factores externos en su etiopatogenia. Se considera que más del 70% de los cánceres son determinados por agentes extrínsecos al organismo, íntimamente prendidos al ambiente y a los estilos de vida de las poblaciones. (Branco, 2005).

Teóricamente, el cáncer debería ser más común en los más mayores de edad, cuando nuestro cuerpo ya acumuló muchas lesiones debido al estrés, contaminación atmosférica y contacto con diversos cancerígenos y, al mismo tiempo, tiene sus

defensas naturales más débiles debido a la propia edad. Sin embargo, los niveles crecientes de contaminación atmosférica y de alimentación con carcinogénicos, alimentación rica en grasas y alimentos artificiales y conservados con químicos nocivos para la salud, hacen que el cáncer esté surgiendo en el mundo moderno cada vez más temprano y en un número creciente de individuos. Se considera que la vida emocional y espiritual puede contribuir positiva o negativamente a la salud. El exceso de actividad física y un sistema emocional débil, fragilizan el sistema inmunológico y dejan al organismo susceptible a varias enfermedades. (Machado y Sawada, 2008).

El cáncer posee una íntima relación con las costumbres de vida y, consecuentemente, con las costumbres alimentarias. Según la Organización Mundial de Salud - OMS (2009), como promedio, un 30% de los casos de cáncer probablemente están relacionados con la nutrición. Dietas más calóricas, ricas en proteínas y grasas de origen animal, pobres en fibras y combinadas con una vida sedentaria, estadísticamente, aumentan el riesgo de padecer cáncer de intestino, próstata y mama, por ejemplo.

Una alimentación variada en frutas y verduras en cantidades adecuadas mantiene el equilibrio del sistema inmunológico y contribuye a una mejor calidad de vida del enfermo y a un mejor tratamiento médico. (Santos, 2002).

Un estilo de vida con muchas tensiones emocionales, presiones, mala alimentación, sueño irregular, traumas o depresión, puede contribuir para que todos los factores ya mencionados, o varios de ellos, causen una mutación maligna en algún órgano, en algún punto de nuestras vidas. (Silva y Hortale, 2006).

El impacto de la hipótesis diagnóstica, la confirmación de la enfermedad y su tratamiento influyen directamente en el estilo de vida del individuo. Por esto, los profesionales de la salud ejercen un papel importante en el control de los efectos adversos y en las consecuencias del tratamiento sobre el desempeño físico, psicológico

y social del enfermo. Los cambios en el estilo de vida de los enfermos y el control de los factores de riesgo deben ser recomendados y son buenos para mejorar las funciones fisiológicas básicas. (Santos, 2002).

I.5.5 Calidad de vida del enfermo oncológico

La calidad de vida es una noción eminentemente humana que ha sido aproximada al grado de satisfacción encontrado en la vida familiar, amorosa, social y ambiental y en la propia estética existencial. El término abarca muchos significados, que reflejan conocimientos, experiencias y valores vividos por los individuos en diferentes épocas y lugares de la historia. (Machado y Sawada, 2008).

El cáncer puede causar alteraciones físicas, sociales y emocionales generando un gran impacto en la vida de los enfermos y su calidad de vida. Ese impacto puede ser medido a través de evaluaciones, entre ellas, la fisioterapéutica, donde algunos de los parámetros evaluados son el estilo de vida, los factores de riesgo y la calidad de vida del enfermo. Medirlos es un gran desafío para aquellos que desean controlar adecuadamente tan compleja experiencia. Instrumentos patrones que consideran el relato subjetivo del propio enfermo fueron elaborados, con el propósito de facilitar tal tarea. (Martins *et al.*, 2007).

I.5.5.1 Medición de la calidad de vida del enfermo oncológico

La medida de la calidad de vida (CV) del enfermo oncológico, en los días actuales, es un importante recurso para evaluar los resultados del tratamiento según la perspectiva del enfermo. (Fardo, Creutzberg y Silva, 2005). La misma considera la percepción subjetiva del enfermo, importante para un abordaje más amplio y humanista del tratamiento del cáncer. (Engel *et al.*, 2004).

Instrumentos que masuren la calidad de vida fueron desarrollados y evaluados, permitiendo la identificación de los problemas en áreas como el estado emocional, estado físico general e interacción social. A partir de los resultados encontrados con la evaluación de la calidad de vida, el diseño de programas adecuados de intervención posibilita modificar variables que puedan interferir de forma negativa en el acompañamiento multidisciplinar del enfermo con cáncer. (Franzi y Silva, 2003).

Los instrumentos destinados a mensurar la calidad de vida pueden ser divididos en dos categorías: genéricos y específicos. Los dos poseen la misma función, sin embargo, sus características particulares justifican la elección de los cuestionarios específicos como los más indicados para el uso clínico. Los instrumentos genéricos utilizan preguntas amplias al respecto de cómo la enfermedad afecta la actividad diaria del enfermo, y permiten obtener respuestas generalmente representadas por una escala compacta que varía de “poco” o “nada” a “mucho”. Ellos abarcan muchos puntos, pudiendo ser utilizados para enfermedades crónicas en general, y son igualmente cortos y de administración simple, sin embargo, la mayoría, no posee el requisito sensibilidad. Los instrumentos específicos, por otro lado, están relacionados con determinadas alteraciones de la vida diaria y bienestar de enfermos acometidos por una patología crónica en especial. Envuelven preguntas más direccionadas a la sintomatología del

entrevistado y requieren mayor complejidad en la administración cuando son comparados con los instrumentos genericos. Gran parte de esos instrumentos son comprobadamente sensibles, reproducibles y válidos. (Moreira y Monaia, 2005).

La literatura confirma que, entre los instrumentos disponibles para evaluar la calidad de vida en enfermos con cáncer, el EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Câncer Quality of Life Questionnaire "Core" 30 Items) y el FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy: General) son los más comúnmente usados. (Kemmler *et al.*, 1999). El EORTC QLQ-C30 es un cuestionario compuesto por 30 puntos, el cual incorpora cinco escalas funcionales (desempeño físico, funcional, cognitivo, emocional y social), tres escalas de síntomas (cansancio, dolor, náusea y vómito) y escalas de calidad de vida y estado de salud global. Los ítems simples evalúan síntomas adicionales comúnmente relatados por enfermos con cáncer como disnea, pérdida del apetito, alteraciones del sueño, estreñimiento y diarrea, como también el impacto financiero de la enfermedad y su tratamiento. (Aronson *et al.*, 1993).

Así, la evaluación de la calidad de vida viene siendo utilizada en el área de la salud como un desenlace importante en el sentido de evaluar el impacto de la enfermedad que el enfermo siente, crear indicadores de gravedad y progresión de la enfermedad y predecir la influencia de los tratamientos sobre la condición de la misma. (Makluf, Dias y Barra, 2006).

I.6 Câncer de mama

El câncer de mama ocurre cuando las células de este órgano pasan a dividirse y reproducirse rápidamente y de forma desordenada, sin embargo, ni todos los cânceres de

mama son semejantes, pues ni todos son compuestos por el mismo tipo de células anormales. El cáncer de mama también difiere en relación a la localización en la mama y en cuanto al estadiamento. La mayoría de los cánceres de mama se origina de los conductos galactóforos y son llamados de *carcinomas ductales*. Un pequeño porcentaje de los cánceres de mama se origina de los *lóbulos* y son llamados *carcinomas lobulares*. Cuando el cáncer está confinado dentro de los ductos o lóbulos, es considerado *no-invasivo* o cáncer "*in situ*". Cuando el cáncer crece en el tejido de alrededor o se disemina hacia otras partes del cuerpo, es llamado cáncer invasivo.

I.6.1 Epidemiología del cáncer de mama

La neoplasia maligna primaria de mayor incidencia entre las mujeres, tanto en países desarrollados cuanto en desarrollo, es el cáncer de mama. Según datos del Ministerio de Salud, el Brasil está entre los países con la más elevada tasa de incidencia, tanto que el cáncer de mama es conocido como la principal causa de muerte por neoplasia maligna en la población femenina. (Bregagnol y Dias, 2010).

El cáncer de mama es probablemente el más temido por la población femenina, principalmente después de los 35 años donde su incidencia crece rápida y progresivamente, debido a su alta frecuencia y, sobretodo, por los efectos psicológicos, que afectan la percepción de la sexualidad y la propia imagen personal.

El número estimado para 2010, según el Instituto Nacional de Cáncer (INCA), es de 49.240 nuevos casos, con un riesgo estimado de 49 casos por cada 100 mil mujeres (INCA, 2009). En la región sudeste del Brasil, el cáncer de mama es el más

incidente entre las mujeres, con un riesgo estimado de 65 casos nuevos por 100 mil. (INCA, 2009).

I.6.2 Factores pronósticos del cáncer de mama

La historia natural del cáncer de mama apunta que su curso clínico y la supervivencia varían para cada enfermo. (Abreu, 2002). Varias características denominadas factores pronósticos determinan esas diferencias. El conocimiento de los factores pronósticos es de fundamental importancia para la determinación de los programas terapéuticos y para estimar la supervivencia de los enfermos con cáncer de mama, el tiempo libre de enfermedad (Coleman, 2002), y la magnitud del beneficio probable que el tratamiento quimioterápico podrá ofrecer. (Carlson *et al.*, 2003). Ante las innumerables modalidades de tratamiento posibles, una terapia con base en una evaluación pronóstico posibilita el tratamiento del cáncer con la intensidad y la efectividad adecuada (Abreu y Koifman, 2002), evitando complicaciones de un tratamiento quimioterápico sin necesidad y desperdicio de recursos. (Goldhirsch *et al.*, 2001).

I.6.2.1 Estadiamiento

Los tumores malignos tienen comportamiento biológico semejante, en relación al crecimiento, invasión local, destrucción de los órganos vecinos, diseminación regional y sistémica. (MINISTÉRIO DE SAÚDE DO BRASIL, 2010). A partir de esa

información, la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) clasificó la evolución de las neoplasias malignas para determinar el mejor tratamiento y la supervivencia de los enfermos.

Los tumores sólidos, como el de mama, son clasificados para estadiamiento clínico y patológico según la UICC, siendo la clasificación TNM (clínica) y pTNM (proveniente del examen histopatológico), solamente para los tumores histológicamente confirmados. La TNM es menos precisa que la pTNM, ya que existe una tendencia a subestimar el tamaño del tumor en la evaluación clínica. (MINISTÉRIO DE SAÚDE DO BRASIL, 2004).

La letra T de la clasificación representa la dimensión del tumor primario, la letra N representa la extensión de su diseminación para los linfonodos regionales y la letra M informa la presencia o no de metástasis a distancia. La combinación de diversas subcategorías del TNM determina los estadios clínicos, que varían de I a IV.

Después del diagnóstico del cáncer, varios exámenes son usados para clasificarlo según el estadio de la enfermedad. Este estadiamiento visa proveer información crítica para elegir el tratamiento adecuado, como también ofrecer informaciones pronosticas, y de supervivencia.

El estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico es generalmente el más importante factor determinante de supervivencia de los enfermos con cáncer. Esto se debe a que ciertos tratamientos suelen ser más efectivos si son iniciados antes de haber ocurrido las metástasis. (Sánchez-García, 2009).

El uso de la mamografía como método imprescindible en el diagnóstico del cáncer de mama, aliado a la concienciación de la población sobre su importancia, ha condicionado, en varios países, una reducción significativa en el tamaño de los tumores cuando son diagnosticados. Este hecho contribuye a una mayor prevalencia de

mastectomías conservadoras frente a radicales, que mejoran la calidad da vida de los enfermos con esa neoplasia, trayendo este impacto también para la supervivencia, una vez que la reducción en el tamaño del tumor está directamente relacionada con el riesgo de reincidir la enfermedad. (Dignam, 2000). Por lo que, la asociación entre cáncer de mama localmente avanzado (estadiamento III y IV) y mal pronóstico es un hecho ampliamente reconocido. En complemento, el diagnóstico en estadio inicial (estadios I y II) tiene la perspectiva de cura de la enfermedad, y está directamente relacionado con un mejor pronóstico tanto para supervivencia global cuanto para supervivencia libre de enfermedad. (Abreu, 2002).

I.6.3 Factores de riesgo del cáncer de mama

Como ya se ha comentado, el cáncer de mama es el resultado de la interacción de diversos factores, como los genéticos, estilo de vida, costumbres reproducibles y el medio ambiente. Los cambios nutricionales y el estilo de vida, venidos con la sociedad industrial moderna, son considerados importantes factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama. (Mujahid *et al.*, 2010).

En el mundo actual, nos deparamos con un elevado contingente de mujeres afectadas, con índices elevados de mortalidad y una tendencia creciente a la morbilidad, principalmente por la contribución de los factores de riesgo junto al desarrollo y por la dificultad de prevención primaria de ese tipo de cáncer.

No existen medidas prácticas específicas de prevención primaria del cáncer de mama que se puedan aplicar a la población, aunque estudios observacionales hayan sugerido que la prevención del tabaquismo, alcoholismo, obesidad y sedentarismo

reduzcan el riesgo de cáncer de mama. Avances tecnológicos han sido dirigidos hacia el diagnóstico precoz y el tratamiento en el sentido de mejorar la supervivencia de los enfermos.

El control del cáncer de mama debe priorizar la prevención y la detección precoz. La prevención no debe focalizar solamente los factores de riesgo asociados al cáncer de mama, sino también los factores de protección. La actividad física moderada, dieta rica en frutas y verduras, tener el primer hijo antes de los 30 años de edad, menarquía tardía, menopausia precoz, son algunos de los factores de protección. (Molina, Dalben y Luca, 2003). Son considerados factores de riesgo: obesidad en la pos-menopausia, exposición a radiación ionizante en altas dosis, exposición a pesticidas/organoclorados y tabaquismo, sexo femenino, avance de la edad, gran ingestión de grasas saturadas, nuliparidad, uso indiscriminado de preparados hormonales, menarquía temprana, menopausia tardía, primera gestación tardía, historia de cáncer de ovario o de mama o historia de enfermedad mamaria benigna, alta densidad mamaria, mutaciones genéticas (BRCA1 y BRCA2) e historia familiar de cáncer de mama. La mayoría de estos factores se encuentran asociados a un moderado aumento del riesgo, lo que sugiere que múltiples factores contribuyen a la génesis de la enfermedad y que pueden existir factores aún desconocidos. (Thuler, 2003).

Rossini *et al.* (2002) relataron que una pequeña proporción de los casos de cáncer de mama puede ser atribuida a razones genéticas, sugiriendo la participación asociada de otros factores: dieta, alcoholismo, obesidad y exposición a carcinógenos.

La mayoría de los factores de riesgo para el cáncer de mama está asociada a exposición prolongada y elevada de estrógenos. Varias teorías apuntan hacia la acción de los estrógenos a través de la activación de factores de crecimiento celular, los cuales

llevarían al aumento del número de divisiones celulares y a una mayor posibilidad de mutaciones, contribuyendo a la carcinogénesis mamaria. (Linhares *et al.*, 2006).

Otras evidencias sugieren que metabolitos oxidativos de los estrógenos, sean responsables del proceso de inicio del cáncer de mama. (Linhares *et al.*, 2006).

Sin embargo, aún no existe confirmación científica de factores de riesgo específicos para el cáncer de mama, se sabe que una vida saludable, incluyendo buena alimentación y un estilo de vida adecuado evita el desarrollo de la enfermedad.

I.6.4 Estilo de vida del enfermo con cáncer de mama

El cáncer era visto como una enfermedad de países ricos e industrializados, mientras que las enfermedades relacionadas con el hambre, las infecciosas y los parásitos, de países subdesarrollados. Las estadísticas actuales no confirman esta tendencia. Más de la mitad de los nuevos casos de cánceres reportados anualmente ocurren en países subdesarrollados. Aún en los países desarrollados, las clases sociales menos privilegiadas son las que presentan las mayores tasas de la enfermedad. El número de nuevos casos presenta tendencia ascendente debido a los cambios ambientales, urbanización creciente y adopción de estilos de vida favorables a carcinogénesis, así como a la acumulación de personas mayores en la población. (Molina, Dalben y Luca, 2003)

El cáncer de mama es uno de los mayores problemas de salud pública en todo el mundo, siendo probablemente el más temido por las mujeres debido a su alta mortalidad, por sus repercusiones psicológicas y en su estilo de vida. (Borges *et al.*, 2008).

Que el estilo de vida es factor determinante para el surgimiento o no de un cáncer, eso todos lo saben. Sobrepeso, sedentarismo, alcohol en exceso y mala alimentación también son factores de propensión al desarrollo del cáncer. El cáncer de mama, por ejemplo, ha sido blanco de varias investigaciones y los resultados muestran que el estilo de vida de las mujeres alcanza directamente en el diagnóstico de la enfermedad.

En muchos estudios, las evidencias muestran que la obesidad, en mujeres que ya pasaron la menopausia, puede aumentar los riesgos de la enfermedad, según los investigadores. Algunos análisis estadísticos muestran que mujeres con alto índice de masa corporal tendrían tres veces más probabilidad de desarrollar el cáncer de mama. (Brinton *et al.*, 2010).

Otro estudio desarrolla tests que muestran como mujeres que regularmente duermen seis horas o menos por noche pueden estar aumentando el riesgo de tener cáncer de mama en más del 60%. Científicos acreditan que la explicación puede estar en la hormona melatonina, producida por el cerebro durante el sueño para regular el reloj interno del cuerpo. Para ellos, la melatonina es importante en la prevención del cáncer de mama al controlar la cantidad de hormonas sexuales que son liberados durante el sueño. (Brinton *et al.*, 2010).

Actitudes simples fueron apuntadas como esenciales, como practicar ejercicios físicos, reducir el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, tener una alimentación saludable y tener cuidado al realizar terapias hormonales.

I.6.5 Calidad de vida del enfermo con cáncer de mama

El diagnóstico del cáncer de mama es un momento de gran angustia, sufrimiento y ansiedad. Por este motivo, la tendencia actual del abordaje terapéutico es ofrecer la mínima intervención que garantice el control de la enfermedad, menos morbilidad y preserve la calidad de vida. (Oshumi *et al.*, 2007).

Durante el tratamiento, el enfermo vivencia pérdidas físicas y financieras, más allá de presentar síntomas adversos, como la depresión y disminución de la autoestima, además de cambios físicos, psicológicos, sociales, familiares y emocionales, generando un enorme déficit en su índice de calidad de vida.

La búsqueda, por parte de los profesionales de la salud, de informaciones sobre calidad de vida (CV) tiene por objeto encontrar estrategias de intervención terapéutica y crear parámetros para la definición de acciones que promuevan la salud individual o colectiva de los enfermos con cáncer de mama (Belasco y Sesso, 2006), sin embargo, no hay homogeneidad en cuanto a los instrumentos y métodos utilizados para evaluar la CV en los diferentes estudios. Se sabe que la CV relacionada a la salud parece estar más afectada por los síntomas del cáncer de mama que se reflejan en el brazo los primeros 12 meses y después de 36 meses es el miedo de que reincida lo que más influye en las puntuaciones de CV, más aún que las morbilidades físicas generadas por el propio cáncer de mama. (Thomas-MacClean *et al.*, 2008).

La evaluación de la calidad de vida (CV) de mujeres con cáncer de mama puede auxiliar en la decisión sobre la efectividad del tratamiento, mejorar la iniciativa de decisión del enfermo a través del esclarecimiento de los efectos colaterales del tratamiento, servir como factor pronóstico para analizar los síntomas y/o las necesidades de rehabilitación, identificar los aspectos de impacto en la supervivencia de los

enfermos, la estimación de coste efectividad, mejorar la organización y la calidad del cuidado, el desarrollo y la reglamentación de medicaciones, más allá de conocer las prioridades de los enfermos. (Velloso, Barra y Dias, 2009).

Sin embargo, no se puede olvidar que los aspectos socioculturales pueden influir en los resultados de la percepción de la CV, principalmente después de la cirugía del cáncer de mama. No hay garantía de que los resultados obtenidos en estudios europeos y americanos sean apropiados para la comparación de los datos obtenidos en enfermos de otras nacionalidades. (Veronesi y Zurrída, 2007). Puede haber diferencias en la percepción de la CV, incluso regionalmente, porque Brasil es un país marcado por fuertes diferencias culturales regionales. (Seidl y Zannon, 2004).

De modo general, la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama sufre impacto negativo de los tratamientos quirúrgico y adyuvante, aún a largo plazo. Mujeres sometidas a mastectomía son más probables de tener peor calidad de vida que las sometidas a tratamiento conservador de la mama. Estos enfermos también relatan que el tratamiento del cáncer de mama presenta efectos negativos sobre el dominio sexualidad, imagen corporal y autoestima en la evaluación de la calidad de vida. Ya durante el período de quimioterapia, náusea y vómitos son síntomas frecuentes y contribuyen a disminuir la calidad de vida relacionada con la salud, sin embargo, después de muchos años de tratamiento, son raramente referidos. (Lotti *et al.*, 2008).

Finalmente, cuando las mujeres son alejadas del trabajo o de sus actividades usuales, debido al tratamiento del cáncer de mama, presentan un riesgo aumentado de perjuicio en su calidad de vida.

I.6.5.1 Tratamiento oncológico

El abordaje terapéutico del cáncer de mama involucra principalmente la cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia. Generalmente, los tratamientos propuestos asocian dos o más abordajes, que toman en consideración, más allá del estadiamiento de la enfermedad, las características individuales, tanto clínicas como psicológicas, tratando de obtener mejor calidad de vida para el enfermo después del tratamiento. (Nogueira *et al.*, 2010).

Según Cruz, Barros y Hoehne (2009), los tratamientos convencionales para el cáncer de mama - cirugía, quimioterapia, radioterapia y tratamiento hormonal - son los métodos con eficacia comprobada para combatir al cáncer de mama, sin embargo son extremadamente agresivos para el organismo, causando diversos efectos secundarios.

La cirugía es uno de los tratamientos de elección para el cáncer de mama y, aún ante los avances tecnológicos, existe la posibilidad de que la cirugía pueda tener complicaciones, tales como: linfedema, alteración postural, limitación de la amplitud de movimientos (ADM), pérdida o disminución de la función y dolor en el miembro homolateral después de la cirugía, que provocan una disminución de la calidad de vida del enfermo. (Petito y Gutiérrez, 2008).

El tratamiento quirúrgico para el cáncer de mama comprende cirugías no conservadoras y conservadoras. El tratamiento quirúrgico conservador responde a más del 40% de las operaciones realizadas para el tratamiento del cáncer de mama, siendo la cuadrantectomía la más practicada, que comprende la retirada del tumor primario con márgenes libres. En algunos casos, es necesaria la realización de linfadenectomía axilar, a través de la incisión en la región axilar. La cuadrantectomía con biopsia del linfonodo centinela es la técnica quirúrgica más recientemente utilizada y menos invasiva. Durante

esa técnica, apenas los enfermos que tuvieren biopsia positiva del linfonodo centinela se someterán a linfadenectomía axilar. La mastectomía radical representa la operación no conservadora y fue desarrollada en el siglo XIX por Halsted. La técnica quirúrgica consiste en la retirada de la glándula mamaria, piel, tejido adiposo, músculos pectoral mayor y pectoral menor y de los linfonodos de la axila homolateral. En la mastectomía radical modificada, se preserva el pectoral mayor y a veces, también, el menor. (Couceiro, Menezes y Valença, 2009).

Independientemente del abordaje que se utilice en la cirugía (radical o conservadora), las innumerables complicaciones resultantes del tratamiento para tratar a estos enfermos son dolorosas, desagradables, generan incapacidades y perjudican la recuperación, influenciando su estilo de vida y calidad de vida. (Bergmann *et al.*, 2007).

La quimioterapia y la radioterapia también tienen consecuencias para la calidad de vida de los enfermos debido a los efectos secundarios que pueden causar, como: náusea, vómito, dolor en el cuerpo, debilidad, falta de apetito, constipación, diarrea, tensión, preocupación, irritación, dificultad para concentrarse y recordar cosas, entre otros.

Más allá de la cirugía, quimioterapia, radioterapia y tratamiento hormonal, el enfermo con cáncer de mama precisa ser acompañado por todos los profesionales de la salud para desarrollar el tratamiento adecuado en cada área, como en la fisioterapia, psicología, nutrición, entre otras, y tanto en la prevención, como durante el tratamiento oncológico.

Algunos estudios afirman también que el uso de prácticas alternativas y complementarias (PACs) puede ser beneficioso si son usadas junto al tratamiento convencional para el enfermo oncológico, aliviando síntomas o efectos secundarios, disminuyendo el dolor y ofreciendo confort psicológico al enfermo, sin causar nuevos

perjuicios. En Brasil, algunas de las prácticas correspondientes a PACs serían: homeopatía, reiki, quiropraxia, acupuntura y la meditación, más allá de la oración, hierbas y dieta, entre otras. (Cruz, Barros y Hoehne, 2009).

I.6.5.1.1 Fisioterapia oncológica

La fisioterapia es una ciencia, cuyo objeto de estudio es el movimiento humano en todas las formas de expresión: en las alteraciones patológicas, psíquicas u orgánicas. Desde el principio de su formación, la actividad fisioterapéutica es recuperar la función del individuo por medio de un conjunto de técnicas corporales que actúan sobre el organismo humano y proporcionan una movilización activa o pasiva, que restaura el gesto y la función de las diferentes partes del cuerpo. Tiene como objetivos principales prevenir, mantener y restaurar la integridad de los movimientos, órganos, sistemas y funciones. La fisioterapia utiliza métodos y técnicas que actúan en la mejora de la sintomatología, en la prevención y en la calidad de vida.

La fisioterapia oncológica es fundamental en la rehabilitación del paciente y en la prevención de posibles complicaciones. Es un área nueva, todavía en expansión, una especialidad que tiene como objetivo preservar, mantener, desarrollar y restaurar la integridad cinético-funcional de órganos y sistemas, así como prevenir las alteraciones provocadas por el tratamiento oncológico, reduciendo los riesgos de complicaciones.

La fisioterapia oncológica precoz desempeña una importante función en la prevención y minimización de los efectos adversos del tratamiento del cáncer de mama, que acomete a un gran número de mujeres. Tiene como objetivo prevenir complicaciones que podrían ocurrir cuando no se tiene el conocimiento adecuado de los

factores pronósticos. Desde el punto de vista clínico, los más importantes son el tamaño del tumor y el compromiso axilar. Según Abreu y Koifman (2002), el conocimiento de los factores pronósticos es fundamental en la determinación de los programas terapéuticos y fisioterapéuticos.

La prevención de complicaciones debe estar presente en todas las fases del cáncer de mama: en el diagnóstico; en el tratamiento (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y cirugía); en la recurrencia de la enfermedad y en los cuidados paliativos. Según Batiston y Santiago (2005), es fundamental iniciar un programa fisioterapéutico precozmente, cuando las pacientes aún no presentan complicaciones, como limitaciones de movimientos, dolor, linfedema y adherencia cicatricial. Todavía, muchas mujeres son encaminadas tardíamente, lo que disminuye la probabilidad de recuperación.

Las cirugías provocan daños físicos importantes para el paciente. La inmensa mayoría se somete al abordaje quirúrgico de la axila, y el posoperatorio puede llevar a complicaciones como seroma, dehiscencia de la herida quirúrgica, adherencia cicatricial, retracciones, fibrosis, dolor en la incisión quirúrgica, dolor en la región cervical, alteraciones de sensibilidad, alteraciones posturales, disminución de la capacidad respiratoria, disminución de la amplitud de movimientos, debilidad, acortamientos musculares y linfedema precoz. Entre todas las complicaciones decurrentes del tratamiento del cáncer de mama, el linfedema secundario del miembro superior es la más frecuente. (Leitch *et al.*, 1998; Pezner *et al.*, 1986; Clarysse, 1993; Segerstron, 1992; Tadych y Donegan, 1987, citado en Bergmann, 2000).

En el posoperatorio inmediato, la intervención fisioterapéutica busca “identificar alteraciones neurológicas que ocurren durante el acto quirúrgico, presencia de síntomas de dolor, edema linfático precoz y alteraciones en la dinámica respiratoria”. (Brasil,

2004). Durante el tratamiento, se objetiva la adecuada recuperación funcional y, consecuentemente, mejor calidad de vida para la paciente. Algunos trabajos llamaron la atención para la importancia de la evaluación de la calidad de vida en pacientes sometidos a mastectomía como una estrategia de intervención terapéutica. La oncología fue, según Makluf, Dias y Barra (2006), la especialidad que más sintió la necesidad de evaluar la calidad de vida.

Según Rezende *et al.* (2006), al considerar la expectativa de supervivencia para mujeres sometidas a mastectomía radical, se tornó fundamental el perfeccionamiento de las técnicas de rehabilitación para proporcionar una adecuada recuperación física y mental.

En los últimos años, muchas propuestas de tratamiento fueron desarrolladas con la intuición de minimizar las complicaciones postoperatorias. Varias son las terapias indicadas, algunas basadas en ejercicios de estiramiento global y fortalecimiento muscular, otras en ejercicios activos asistidos que progresan para ejercicios activos resistidos, ejercicios respiratorios, maniobras de drenaje linfático manual, más allá de movimientos de facilitación neuromuscular propioceptiva y actividades funcionales. También se aplican técnicas y conductas fisioterapéuticas para mejorar la postura, como reeducación postural global (RPG) y cinesiterapia. Los recursos analgésicos (Tens, crioterapia, movilización pasiva, técnicas de relajación muscular) complementan el tratamiento fisioterapéutico. (Bergmann *et al.*, 2006).

La intervención de la fisioterapia puede ser medida por el grado de independencia alcanzado por la paciente, proporcionando alivio del dolor, disminuyendo los riesgos de infección, aumentando la movilidad de miembros superiores y reduciendo la necesidad de medicamentos como analgésicos.

Durante el período de internación el enfoque es global, previniendo, minimizando y tratando complicaciones respiratorias, motoras y circulatorias. El dolor es una de las principales y más frecuentes quejas de las pacientes, debiendo ser valorado, controlado y tratado en todas las etapas de la enfermedad. Según Bergmann *et al.* (2006), las diversas técnicas para analgesia caracterizan la fisioterapia en oncología.

Actualmente se puede ver que, una vez que la salud pasó a ser asociada a las condiciones sociales, y no simplemente vinculada al tratamiento de las enfermedades, la fisioterapia precoz pasó a desempeñar una función fundamental. La fisioterapia en oncología intenta llevar una mejor calidad de vida a los pacientes con cáncer, minimizando los efectos adversos del tratamiento. Los resultados positivos están relacionados con la recuperación físico-funcional. Ellos advienen de la aplicación sistematizada de diversos recursos terapéuticos, con el foco siempre en el control de los síntomas inmediatos referidos por el paciente. (Bergmann, 2008).

I.7 Justificación y presentación del problema

El año 2003 tuve la oportunidad de participar del proyecto de investigación sobre estilo de vida y factores de riesgo en una población con secuela de accidente vascular cerebral, vinculado a la línea de investigación en salud colectiva y formando parte del “*Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica*” (PIBIC), del “*Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico*” (CNPq) y la *Universidade Federal da Paraíba (UFPB)*. Con los resultados del proyecto, surgieron ideas. Entre ellas, el desarrollo de un estudio bibliográfico, conceptual e histórico sobre el estilo de vida de toda la sociedad, correlacionando el mismo a la ciencia

antropológica, vinculado al “*Programa de Pos-Grado de la Universidad de Granada – Máster en Antropología Física y Forense*”. Después de este estudio sobre el estilo de vida y factores de riesgo, en 2009, decidimos iniciar una nueva investigación en la misma línea, “*La Influencia del Estilo de Vida y los Factores de Riesgo en la Calidad de Vida de Enfermos en Unidad Oncológica*”, vinculada al “*Programa de Pos-Grado de la Universidad de Granada – Doctorado en Evolución Humana - Antropología Física y Forense*”.

El estilo de vida y los factores de riesgo que un enfermo oncológico presenta antes del diagnóstico de la enfermedad influyen de forma directa o indirecta en su calidad de vida y en su estilo de vida después de iniciar el tratamiento de la enfermedad. (Machado y Sawada, 2008). En relación al cáncer de mama, se consideran todas las cuestiones físicas, sociales y emocionales, principalmente relacionadas con la autoestima.

En el tratamiento actual del cáncer de mama es importante la atención de un equipo multidisciplinar lo que contribuye a una mejor rehabilitación y pronóstico del enfermo. Por otra parte, las evaluaciones de los profesionales de la salud tendrán que ser más específicas para prevenir los principales problemas que afectan a las mujeres con cáncer de mama, como la evaluación del estilo de vida, factores de riesgo y calidad de vida.

La calidad de vida está relacionada con la autoestima y el bienestar personal y abarca una serie de aspectos como la capacidad funcional, el nivel socioeconómico, el estado emocional, la interacción social, la actividad intelectual, el auto cuidado, el soporte familiar, el propio estado de salud, los valores culturales, éticos y la religiosidad (Santos *et al.*, 2002), el estilo de vida (Bowling *et al.*, 2003), la satisfacción con el empleo y/o con las actividades diarias (Isang, Liamputtong y Pierson, 2004) y el

ambiente en que se vive. (Velarde y Avila, 2002). El concepto de calidad de vida es algo subjetivo, dependiendo del nivel sociocultural, del grupo de edad y de las determinaciones personales del individuo. (Vecchia, Ruiz, Bocchi y Corrente, 2005).

El tratamiento para el cáncer de mama depende de la progresiva integración de un conjunto de actitudes, costumbres, habilidades, capacidades, experiencias, conocimientos, motivación y límites que están presentes en los objetivos de las evaluaciones y tratamiento de la calidad de vida de los enfermos.

Ante estos presupuestos nos planteamos las siguientes cuestiones:

¿Existe relación entre el estilo de vida y los factores de riesgo vividos por las mujeres con cáncer de mama antes de la enfermedad y su nivel de calidad de vida durante el tratamiento oncológico?

¿Será que existe relación entre las dimensiones de la calidad de vida antes, durante y después del tratamiento oncológico de las mujeres con cáncer de mama?

Para responder a estas cuestiones, esta investigación tiene el propósito de describir el perfil sociodemográfico de las mujeres con cáncer de mama de una unidad oncológica de referencia de la ciudad de João Pessoa – Paraíba – Brasil, evaluar el estilo de vida y los factores de riesgo que preceden a la enfermedad de estas mujeres, así como la calidad de vida de estas pacientes después de diagnosticada la enfermedad, antes, durante y después del tratamiento oncológico.

OBJETIVOS



II. OBJETIVOS

Objetivo General

- Evaluar la influencia del estilo de vida y los factores de riesgo en la calidad de vida de las enfermas de cáncer de mama de una unidad oncológica.

Objetivos Específicos

- Describir la caracterización de la muestra a través del perfil socio-demográfico e informaciones clínicas de las enfermas con cáncer de mama;
- Evaluar el estilo de vida y los factores psicológicos que las mujeres con cáncer de mama presentaban antes de la enfermedad y analizar la relación entre el estilo de vida y los factores psicológicos con la calidad de vida de estas mujeres;
- Evaluar los factores de riesgo que las mujeres con cáncer de mama presentaban antes de la enfermedad y analizar la relación entre los factores de riesgo y la calidad de vida de estas mujeres;
- Evaluar y verificar la relación entre la calidad de vida de estas enfermas después del diagnóstico de la enfermedad, antes, durante y después del tratamiento oncológico.

METODOLOGÍA



III. METODOLOGÍA

III.1 Tipo de estudio

El estudio propuesto es una investigación de campo, de tipo observacional y corte transversal a través de un cuestionario que nos permite describir todas las variables importantes implicadas en el estudio, así como su asociación, teniendo como variable dependiente la calidad de vida. Como segunda parte, se ha realizado un estudio prospectivo de cohorte cerrada y seguimiento, donde se utiliza un diseño observacional analítico de tipo cohorte. El estudio se ha dividido en seis etapas descritas en el tópico 3.5 y se ha desarrollado en un hospital oncológico de la ciudad de João Pessoa, Paraíba, Brasil. La muestra es no probabilística, intencional y por conveniencia. Los datos fueron recolectados a través de la técnica de entrevista aplicada de forma individual en una aula pre-determinada para ese fin.

La investigación de campo se basa de la observación de hechos y fenómenos exactamente como ocurren en la vida real, de la recolección de datos y del análisis e interpretación de estos datos, en relación a una fundamentación teórica consistente, objetivando comprender y explicar el problema estudiado (Crespo, 2009).

Las investigaciones descriptivas tienen como objetivo analizar la frecuencia de ocurrencia de un fenómeno, su relación y conexión con otros, su naturaleza y características, sin manipularlos. Visa la resolución de problemas que mejoren las prácticas por medio de la observación, análisis y descripciones objetivas, a través de entrevistas con personas capacitadas para la norma de técnicas y validación del contenido (Thomas, Nelson y Silverman, 2007). Por otro lado, la investigación analítica

envuelve el estudio y evaluación profunda de informaciones disponibles en el intento de explicar el contexto de un fenómeno. (Crespo, 2009).

Intencional y por conveniencia es la investigación no probabilística, subordinada a objetivos específicos del investigador, donde la muestra es elegida en función de la disponibilidad y accesibilidad de las personas que constituyen la población (Brites, 2007).

III.2 Población de estudio

La población fue constituida por mujeres con cáncer de mama que estuvieran en tratamiento en una Unidad Oncológica, en la ciudad de João Pessoa – Paraíba – Brasil.

La muestra consistió de 60 enfermas con cáncer de mama, según los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico de cáncer de mama, realización de tratamiento en la Unidad Oncológica, realización de cirugía del tipo mastectomía radical, realización de tratamiento del tipo: quimioterapia – 6 a 8 sesión y radioterapia – 25 a 30 sesiones, las cuales consintieron en dar su consentimiento a participar del estudio de forma libre y voluntaria, cuando fueron informadas sobre la metodología.

La preferencia por las enfermas sometidas a mastectomía radical fue debida a lo informado en la literatura al respecto, la cuál afirma que estas mujeres poseen menor índice de calidad de vida, además de perder parte de su femineidad y amor propio con la extirpación de la mama sin preservación de la estética. (Shons, 2001).

III.3 Ámbito del estudio

La investigación fue desarrollada durante el período de agosto de 2009 a diciembre de 2010 en el *Hospital Napoleão Laureano* de la ciudad de João Pessoa, Paraíba, Brasil.

El *Hospital Napoleão Laureano* es una institución filantrópica, fundada el día 24 de febrero de 1962, en Jaguaribe - João Pessoa – Paraíba - Brasil, por la Fundación Laureano, especializada en el tratamiento oncológico, sea curativo, paliativo y/o reconstructor - adyuvante o neoadyuvante. Actualmente el hospital posee 99 camas, estando 93 disponibles para el Sistema Único de Salud (SUS) y 6 para atender pacientes de convenios, consultorios para atender en las diversas áreas médicas y de salud, como cardiología, pediatría oncológica, oncología cutánea, oncología clínica, mastología, hematología, ginecología, cirugía plástica, urología, neumología, neurología, gastrointestinal, anestesia, anatomía patológica, nutrición, psicología, fisioterapia, servicio social, salas apropiadas para radiología, hemoterapia, endoscopia digestiva, radioterapia, quimioterapia, braquiterapia, además de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), atención para las emergencias oncológicas y control de infección hospitalaria.

III.4 Recogida de información

Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario sociodemográfico, que incluye los datos clínicos de la paciente, otro adaptado por Macêdo, *et al.* (2008) referente al estilo de vida y los factores de riesgo y el *European Organization for*

Research and Treatment of Câncer Quality of Life Questionnaire "Core" 30 Items (EORTC-QLQ-C30) versión 3.0 en portugués para evaluar la calidad de vida.

El cuestionario sociodemográfico está compuesto por la identificación, edad, color o raza, estado civil, grado de escolaridad, renta de la familia, trabajo, número de hijos y número de hijos amamantados y durante cuanto tiempo. Asociado a este cuestionario fueron agregados los datos clínicos de los enfermos, como fecha de diagnóstico del cáncer, inicio del tratamiento, tratamiento realizado, disfunciones presentadas y acompañamiento profesional (Apéndice 01).

El cuestionario adaptado por Macêdo, *et al.* (2008) referente al estilo de vida y los factores de riesgo cuestiona cuales de los factores de riesgo estaban presentes en la vida del enfermo antes y después del diagnóstico del cáncer de mama, tales como estrés, alcoholismo, tabaquismo, diabetes, sedentarismo, obesidad, hipertensión arterial sistémica, alimentación grasa, contacto directo con contaminación atmosférica, perdida sentimental, uso de anticonceptivo, cáncer en la familia y otros. Con relación al estilo de vida, se cuestiona sobre la dieta, trabajo, ocio, actividades de casa, física, religiosa y sexual, más allá de su peso corporal y de sus factores psicológicos, todos ellos antes y después del diagnóstico de la enfermedad (Apéndice 02).

El *European Organization for Research and Treatment of Câncer Quality of Life Questionnaire "Core" 30 Items* (EORTC-QLQ-C30) evalúa la calidad de vida a través de treinta preguntas relacionadas con cinco escalas funcionales (desempeño físico, funcional, cognitivo, emocional y social), una escala sobre el estado de salud global, tres escalas de síntomas (cansancio físico, dolor y náusea/vómito) y seis ítems de síntomas adicionales (disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades financieras) (Apéndice 03).

Makluf, Dias y Barra (2006) afirman que el EORTC-QLQ-C30 es el instrumento más utilizado actualmente para evaluación de la calidad de vida de enfermos con cáncer por ser un cuestionario validado específico para esta patología y poseer metodología cuantitativa genérica para todos los tipos de cáncer.

III.5 Procedimientos

Los procedimientos fueron desarrollados en seis etapas. Inicialmente se realizó un estudio piloto con 10 enfermas para observar si había necesidad de ajustes en los instrumentos utilizados. En la segunda fase, fue recolectado el perfil sociodemográfico de las enfermas con cáncer de mama del “*Hospital Napoleão Laureano*” y los datos clínicos.

La tercera etapa constó de evaluaciones sobre el estilo de vida y los factores de riesgo que las mujeres con cáncer de mama presentaban antes y después de ser descubierta de la enfermedad, así como la calidad de vida de estas mujeres antes de iniciar el tratamiento oncológico con las sesiones de quimioterapia y radioterapia.

La cuarta etapa consistió en la evaluación de la calidad de vida de las mujeres con mastectomía durante el tratamiento oncológico, que ocurrió durante la 5ª y 6ª sesión de quimioterapia y entre la 15ª y 20ª sesión de radioterapia de las enfermas anteriormente evaluadas.

La quinta etapa incluye de las evaluaciones de la calidad de vida de las mujeres evaluadas anteriormente después de tres meses de la última sesión de radioterapia.

Posteriormente, todos los datos de las evaluaciones fueron analizados estadísticamente.

III.6 Aspectos Éticos

Este proyecto fue enviado a la Comisión de Ética en Investigaciones del *Hospital Universitário Lauro Wanderley* (CEP/HULW nº 074/10), de acuerdo con todas las normas, después de ser aprobado por el *Departamento de Fisioterapia de la UFPB*. Con la autorización de las personas participantes de la investigación por medio de un Término de Consentimiento Libre y Claro y de un término de compromiso que recomienda la investigación con seres humanos de acuerdo con la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud (Apéndice 04), se inició la recolección de datos.

III.7 Análisis de los Datos

Los datos fueron analizados a través del Programa *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS), versión 17.0. Para el análisis estadístico hemos utilizado medidas básicas de resumen para el decriptivo y los estadísticos t-student y Correlación de Pearson para el análisis de la variación, para un nivel de significación del 5%, una vez comprobada la normalidad de las variables en estudio.

RESULTADOS



IV. RESULTADOS

Los resultados son descritos en tópicos divididos según el propósito y los objetivos de la investigación en forma de tablas, gráficos y cuadros. En primer lugar se describe la caracterización de la muestra, según la población elegida, las características sociodemográficas, siendo diferenciadas las variables nominales y ordinales de las escalares, y las informaciones clínicas de la muestra.

A continuación se exponen los resultados relativos al estilo de vida, factores de riesgo y la calidad de vida en tablas, donde se muestran las frecuencias, medias, desviaciones estándar, asociaciones y correlaciones entre variables.

IV.1 Selección y caracterización de la muestra

Este estudio presenta la percepción de la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama del *Hospital Napoleón Laureano* y la influencia de los factores de riesgo y sus estilos de vida en esa calidad de vida. Ese apartado describe como fue elegida la muestra de acuerdo con los meses de investigación y los motivos de exclusión de parte de la población.

Todos los meses cerca de veintisiete pacientes con cáncer de mama empiezan el tratamiento en el referido hospital y una parte de las enfermas cumplimentaron el cuestionario para analizar los factores de riesgo, el estilo de vida y la calidad de vida.

El período de las primeras entrevistas (antes del inicio del tratamiento oncológico con las sesiones de quimioterapia y radioterapia – Momento 1) tuvo una

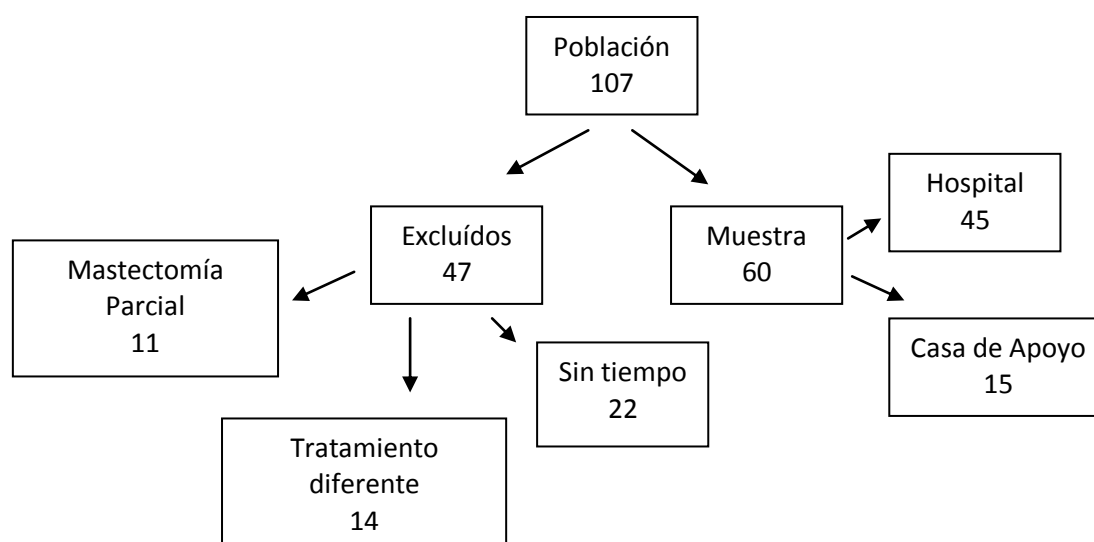
duración de cuatro meses, siendo el retorno al hospital para hacer las entrevistas en tres momentos con las mismas pacientes: durante la quimioterapia (Momento 2), durante la radioterapia (Momento 3) y tres meses tras el término del tratamiento oncológico (Momento 4).

En el primer mes fueron entrevistadas 18 mujeres, en el segundo 16, en el tercero 15 y en el último mes más 11 mujeres con cáncer de mama, con un total de 60 pacientes, según los criterios de inclusión (Tabla 1).

Del total de pacientes identificadas (n=107), 43,9% (n=47) no fueron incluidas en la muestra por no cumplir los criterios de inclusión, como realización de cirugía del tipo mastectomía parcial (n=11), realización de menos de 6 sesiones o más de 8 sesiones de quimioterapia y/o realización de menos de 25 sesiones o más de 30 sesiones de radioterapia (n=14), o por no aceptar participar de la investigación. Algunas mujeres dijeron que no podrían esperar para responder a los cuestionarios porque volvían para casa en el coche del ayuntamiento de su ciudad que ya estaba la espera de ellas (n=17) y otras (n=5) dijeron que no tenían tiempo libre (cuadro 1). De las 60 pacientes que formaron parte de la muestra, todas se encontraban en tratamiento en el hospital, pero 15 de ellas no volvían para casa, dormían en la *Casa de Apoyo* de la red femenina de combate al cáncer y las otras 45 todos los días volvían para casa después del tratamiento. La comparación entre las mujeres de ambos grupos no resultó estadísticamente significativa (*t-student para muestras independientes*) para las variables estudiadas, por lo que se mantuvo un grupo único de 60 pacientes.

Tabla 1 – Temporización de las entrevistas para la selección muestral

		n	%
Primer mes	Entrevistados	18	62,1
	No entrevistados	11	37,9
	Total	29	100,0
Segundo mes	Entrevistados	16	59,3
	No entrevistados	11	40,7
	Total	27	100,0
Tercer mes	Entrevistados	15	53,6
	No entrevistados	13	46,4
	Total	28	100,0
Cuarto mes	Entrevistados	11	47,8
	No entrevistados	12	52,2
	Total	23	100,0
Total	Entrevistados	60	56,1
	No entrevistados	47	43,9
	Total	107	100,0

**Cuadro 1** – Esquema de la población y muestra seleccionada para la investigación

En la caracterización de los resultados relacionados con las variables sociodemográficas, la representación fue descrita en función de las variables nominales y ordinales (color, nivel de escolaridad, estado civil actual y renta) y escalares (edad, número de hijos y tiempo del amamantamiento).

La edad de las pacientes varió de 28 a 77 años, con un promedio de 54,35 años (DE*=12,31 años) y aproximadamente el 65% (n=39) de ellas tenía 50 y/o más años (Tabla 2).

Entre las pacientes de esta investigación, 43,3% tuvieron solamente 1 o 2 hijos, siendo la media 2,8 hijos (DE*=3,177) y la mayoría no amamantó a sus hijos (30%) o amamantó por días hasta 3 meses (21,7%).

Tabla 2 – Características socio-demográficas de la muestra

Variables escalares		n	%	Media	Mediana	Desviación estándar (DE*)
Edad	< 50 años	21	35,0			
	50 años y más	39	65,0	54,35	55,00	12,311
	Total	60	100			
Hijos	ninguno	8	13,3			
	1 o 2 hijos	26	43,3			
	3 o 4 hijos	19	31,6	2,80	2,00	3, 177
	Más de 4 hijos	7	11,7			
	Total	60	100			
Tiempo de lactancia materna	no amamantó	18	30,0			
	días a 3 meses	13	21,7			
	3 a 6 meses	17	28,3	4,45	3,00	4,428
	6 meses a 1 año	10	16,7			
	más de 1 año	2	3,3			
	Total	60	100			

En nuestra muestra, la mayoría de las pacientes (60,0%) eran de color pardo, mientras las de color blanco quedaron en minoría, 18,3%. Más de la mitad de las pacientes (58,3%) estaban casadas, lo que se confirma con los datos de Sawada *et al* (2009) y el 16,7% informaron estar solteras, restando un 25%, viudas (6,7%) y separadas, 18,3% (Tabla 3).

En cuanto al nivel de escolaridad, la mayoría de las pacientes (56,7%) tenía estudios primarios y solamente un 11,7% técnicos y/o universitarios. Estos datos también concuerdan con Zapata y Romero (2010) con un 26,8% (la menor parte) de los pacientes investigados técnicos y/o universitarios, así como con Sawada *et al.* (2009), donde el 90% sólo tenía estudios primarios, y el 6,6% estudios universitarios.

El 78,3% de las mujeres de nuestro estudio, pertenecía a un nivel socioeconómico bajo, recibiendo un sueldo mínimo, es decir, *R\$ 510,00 reales*, correspondiente actualmente a 214 euros (Tabla 3). En la investigación de Zapata y Romero (2010), el 89,5% de los enfermos eran de nivel socioeconómico medio o bajo, estando nuestros datos en la misma línea.

Tabla 3 – Características socio-demográficas de la muestra

VARIABLES NOMINALES Y ORDINALES		n	%
Color/Raza	Blanco	11	18,3
	Negro	13	21,7
	Pardo	36	60,0
	Total	60	100
Nivel de Escolaridad	Ninguno	9	15,0
	Estudios primarios	34	56,7
	Estudios secundarios	10	16,7
	Estudios técnicos y/o universitarios	7	11,7
	Total	60	100
Estado civil actual	Casada	35	58,3
	Soltera	10	16,7
	Viuda	4	6,7
	Separada	11	18,3
	Total	60	100
Renta	≤ 1 sueldo	47	78,3
	Entre 1 y 3 sueldos	4	6,7
	3 y más sueldos	3	5,0
	Sin información	1	1,7
	No hay renta	5	8,3
	Total	60	100

IV.2 Información clínica

Las informaciones clínicas están basadas en el tipo de carcinoma y su estadio, y descritas a partir de la cantidad de sesiones de quimioterapia y radioterapia, así como del tipo de atención para la salud que esas pacientes tuvieron durante el tratamiento oncológico, ya sea del médico, fisioterapeuta, nutricionista y/o psicólogo.

Se obtuvo información clínica acerca del tipo de carcinoma en un 85% de las pacientes y de su estadio en el 91,7% de los casos. El carcinoma ductal fue el más frecuente (80,0%) y todas las pacientes tenían un tumor avanzado, categoría que agrupó los estadios IIB, IIIA, IIIB y IIIC, con un n=55.

Con relación a los tratamientos para el cáncer de mama, el 38,3% informaron haber recibido 6 sesiones de quimioterapia y 61,7% 8 sesiones, el 55% habían sido tratadas con 25 sesiones de radioterapia, mientras que 45% con 30 sesiones, dependiendo de lo avanzado del tumor (Tabla 4).

Cuando fueron cuestionadas sobre el acompañamiento del equipo de salud, todas las pacientes tenían el acompañamiento médico (100%), sólo 3,3% iban al psicólogo, porque ellas mismas decían no ser necesario, 91,7% hacían tratamiento con el nutricionista y 80% con los fisioterapeutas (Tabla 4).

Tabla 4 – Tratamiento y atención que los pacientes oncológicos recibieron

Tratamiento		n	%
Quimioterapia	6 sesiones	23	38,3
	8 sesiones	37	61,7
	Total	60	100
Radioterapia	25 sesiones	33	55,0
	30 sesiones	27	45,0
	Total	60	100
Acompañamiento			
Médico	sí	60	100
	no	0	0
	Total	60	100
Psicólogo	sí	2	3,3
	no	58	96,7
	Total	60	100
Nutricionista	sí	55	91,7
	no	5	8,3
	Total	60	100
Fisioterapeuta	sí	48	80,0
	no	12	20,0
	Total	60	100

IV.3 Estilo de vida

El estilo de vida de las personas cambia con la edad, las costumbres, la cultura o con una enfermedad. Eso no es diferente con las pacientes que tienen cáncer de mama, la mayoría de ellas lo cambia, sea por el tratamiento o por la enfermedad. Hemos estudiado el estilo de vida en las pacientes antes y después de la enfermedad a través de

dimensiones (trabajo, dieta, ocio, actividades físicas, religiosas, sexuales y del hogar) y la caracterización general será descrita a continuación.

Entre las mujeres con cáncer de mama del *Hospital Napoleón Laureano*, la mayoría trabajaba (90%) y hacía sus actividades del hogar (100%), religiosas (93,3%), de ocio (70%) y tenían relaciones sexuales (96,7%), aunque lo mismo no se puede decir para las actividades físicas (26,7%) y la dieta (20%). Una de las explicaciones proporcionada por ella, fue que trabajaban mucho y clasificaban su trabajo como estresante (36,7%), lo que les impedía tener cuidado de sí mismas. Cuando eran preguntadas sobre esas actividades después del cáncer, todos los índices cambiaron. La cantidad de mujeres que trabajaba disminuyó (13,3%), así como los índices de todas las demás actividades, de ocio (41,7%), del hogar (83,3%), físicas (18,3%), religiosas (85%) y sexuales (48,3%). En cuanto a la dieta, las pacientes pasaron a tener un cuidado especial con ella, pues 98,3% de las mujeres hacían una dieta en relación al azúcar, sal, grasa, crustáceos, frituras, etc.

Con relación a las actividades que las mujeres ejercían antes y después del cáncer, la media fue de cinco ($DE=0,956$) actividades antes, bajando ese índice a cuatro ($DE=1,186$) después de la enfermedad (Tabla 5).

Gran parte de las mujeres post-mastectomizadas de este estudio (60%) clasificaban su estilo de vida como bueno (43,3%) u óptimo (16,7%) antes del diagnóstico de la enfermedad, pero cambiaron después de saber que tenían un cáncer, el concepto de bueno u óptimo por normal (41,7%) y bueno (35%). No debemos olvidar aquellas mujeres que ya clasificaban su estilo de vida como estresante antes de la enfermedad (21,7%), disminuyendo este índice hasta un 5% después de descubrirse la enfermedad.

Tabla 5 - Estilo de vida de las pacientes antes y después del diagnóstico de cáncer de mama

	Antes				Después			
	n	%	Media	DE*	n	%	Media	DE*
Trabaja	54	90,0			8	13,3		
Trabajo estresante	22	36,7			0	0		
Dieta	12	20,0			59	98,3		
Ocio	42	70,0			25	41,7		
Actividades del hogar	60	100,0	4,97	0,956	50	83,3	3,87	1,186
Actividades físicas	16	26,7			11	18,3		
Actividades religiosas	56	93,3			51	85,0		
Actividades sexuales	58	96,7			29	48,3		
Estilo de Vida								
Pésimo	0	0			1	1,7		
malo	0	0			2	3,3		
normal	7	11,7			25	41,7		
bueno	26	43,3			21	35,0		
óptimo	10	16,7			7	11,7		
estresante	13	21,7			3	5,0		
cansino	4	6,7			1	1,7		
Total	60	100,0			60	100,0		

IV.3.1 Relación entre el estilo de vida y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama

En el análisis estadístico de la dieta y actividad física que las mujeres con cáncer de mama hacían antes de la enfermedad con el desempeño físico durante el tratamiento oncológico (durante la quimioterapia y radioterapia, momentos 2 y 3 respectivamente), se vio que existe una relación estadísticamente significativa, en las dos dimensiones, con un valor de $p=0,000$ para las dos variables (Tabla 6).

Tabla 6 - Relación entre el estilo de vida y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama a través del *Test t-student*

Estilo de vida que las mujeres presentaban antes del cáncer de mama	Desempeño físico (DFi) de las mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento oncológico			
	DFi			
	M. 2		M. 3	
	p	t	p	t
Dieta	0,000	-29,241	0,000	-60,131
Actividad Física	0,000	-29,192	0,000	-59,773

* M. 2 – durante la quimioterapia; M. 3 – durante la radioterapia

Cuando se analizó la relación entre las actividades de ocio, del hogar y religiosas que esas mujeres hacían antes de la enfermedad, con sus desempeños social y funcional durante el tratamiento oncológico, se observó que existe una relación estadísticamente significativa en las tres dimensiones, con un valor de $p=0,000$ para las tres variables.

(Tabla 7).

Tabla 7 - Relación entre el estilo de vida y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama a través del *Test t-student*

Estilo de vida que las mujeres presentaban antes del cáncer de mama	Desempeño social (DS) y Desempeño funcional (DFu) de las mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento oncológico							
	DS				DFu			
	M. 2		M. 3		M. 2		M. 3	
	p	t	p	t	p	t	p	t
Actividades de Ocio	0,000	-24,006	0,000	-40,496	0,000	-17,153	0,000	-33,778
Actividades del hogar	0,000	-24,048	0,000	-40,540	0,000	-17,279	0,000	-33,961
Actividades religiosas	0,000	-24,070	0,000	-40,609	0,000	-17,277	0,000	-34,018

* M. 2 – durante la quimioterapia; M. 3 – durante la radioterapia

IV.3.2 Factores psicológicos

Existen algunos factores que están relacionados con el estilo de vida de las personas, como son los factores psicológicos. Esta investigación estudió como eran las actividades de la vida de las mujeres con cáncer de mama, la satisfacción con su estilo de vida, la relación familiar y la autoestima, antes y después del diagnóstico de la enfermedad.

Antes del cáncer, las pacientes clasificaban su capacidad para ejercer las actividades de la vida diaria (AVD's) como excelente (98,3%), estaban muy satisfechas con su estilo de vida (68,3%), tenían una relación familiar fuerte (95%) y una buena autoestima (71,7%). Después de la enfermedad, pasaron a clasificar su capacidad para ejercer las actividades cotidianas como buena (60%) y regular (31,7%), el grupo de las mujeres muy satisfechas con su estilo de vida (48,3%) se dividió con las que ahora estaban parcialmente satisfechas (48,3%), continuaron teniendo una relación familiar fuerte (93,3%), pero sus conceptos de autoestima variaron de normal (36,7%) o bueno (38,3%) para la mayoría y bajo para el 20% de ellas (Tabla 8).

Tabla 8 – Factores psicológicos de las pacientes antes y después del surgimiento del cáncer de mama

		Antes		Después	
		n	%	n	%
AVD's	Excelente	59	98,3	5	8,3
	Bueno	1	1,7	36	60,0
	Regular	0	0	19	31,7
	Total	60	100,0	60	100,0
Satisfacción con el Estilo de Vida	Muy Satisfecha	41	68,3	29	48,3
	Parcialmente Satisfecha	18	30,0	29	48,3
	Decepcionada	1	1,7	2	3,3
	Total	60	100,0	60	100,0
Relación Familiar	Fuerte	57	95,0	56	93,3
	Débil	3	5,0	4	6,7
	Total	60	100,0	60	100,0
Autoestima	Pésimo	0	0	2	3,3
	Bajo	0	0	12	20,0
	Normal	13	21,7	22	36,7
	Bueno	43	71,7	23	38,3
	Óptimo	4	6,7	1	1,7
	Total	60	100,0	60	100,0

* AVD's – Actividades de la vida diaria

IV.3.2.1 Relación entre los factores psicológicos y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama

Cuando se analizó la relación entre los factores psicológicos después del diagnóstico de la enfermedad y las puntuaciones globales de la calidad de vida antes, durante y después del tratamiento oncológico, se observó que existe una relación significativa estadísticamente, a través del test de *t-student*, entre las dimensiones

“autoestima, satisfacción con el estilo de vida y concepto del estilo de vida” con los cuatro momentos de la investigación, con el valor de $p=0,000$ para todas las variables y los valores de t entre 18,793 y 60,585 (Tabla 9).

Tabla 9 - Relación entre los factores psicológicos y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama a través del *Test t-student*

Factores psicológicos de las mujeres con cáncer de mama después del diagnóstico	Resultados globales de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama en los cuatro momentos del tratamiento oncológico							
	Resultados globales de la calidad de vida							
	M.1		M. 2		M. 3		M.4	
	p	t	p	t	p	t	p	t
Autoestima	0,000	47,565	0,000	18,947	0,000	36,555	0,000	60,585
Satisfacción con el estilo de vida	0,000	47,283	0,000	19,099	0,000	36,070	0,000	58,513
Concepto del estilo de vida	0,000	47,307	0,000	18,793	0,000	35,670	0,000	59,000

* M. 1 – antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; M. 2 – durante la quimioterapia; M. 3 – durante la radioterapia; M. 4 – después del tratamiento oncológico

IV.3.3. Relación entre dimensiones del estilo de vida y factores psicológicos con el desempeño emocional de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama

En el análisis estadístico comparando el trabajo, actividad sexual, autoestima y satisfacción con el estilo de vida, con el desempeño emocional de las mujeres con cáncer de mama durante la quimioterapia y radioterapia, los resultados arrojaron valores de $p=0,000$ para todas las variables y valores de t entre -19,178 y -51,962 (Tabla 10), donde se evidencia que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables analizadas.

Tabla 10 - Relación entre el estilo de vida y los factores psicológicos con la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama a través del *Test t-student*

Estilo de vida y factores psicológicos que las mujeres presentaban antes del cáncer de mama	Desempeño emocional (DE) de las mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento oncológico			
	DE			
	M. 2		M. 3	
	p	t	p	t
Trabajo	0,000	-19,519	0,000	-51,429
Trabajo estresante	0,000	-19,277	0,000	-50,782
Actividad Sexual	0,000	-19,530	0,000	-51,253
Autoestima	0,000	-19,200	0,000	-51,962
Satisfacción con el estilo de vida	0,000	-19,178	0,000	-50,022

* M. 2 – durante la quimioterapia; M. 3 – durante la radioterapia

IV.4 Factores de riesgo

Los factores de riesgo del cáncer de mama aún están por clarificar ya que no se sabe que factores específicamente podrían causar el cáncer de mama, lo que sí se sabe es que el cáncer de mama puede ser consecuencia de un conjunto de factores de riesgo asociados.

En esta investigación se han considerado los factores de riesgo (estrés, alcoholismo, tabaquismo, diabetes, sedentarismo, obesidad, alimentación grasosa, hipertensión arterial, contaminación, pérdida sentimental, anticoncepciones y heredariedad) que la paciente con cáncer de mama presentaba antes de la enfermedad y los que ellas pasaron a presentar tras la misma, sea como consecuencia del tratamiento o de su estilo de vida.

Los factores de riesgo más frecuentes antes de la enfermedad fueron el sedentarismo (75%), la pérdida sentimental (66,7%) y el estrés (61,7%). Siguiendo el alcoholismo (18,3%), la obesidad (28,3%) y la contaminación (30,0%) con una

frecuencia menor. Después del diagnóstico de la enfermedad, el único factor de riesgo que llama la atención es el sedentarismo, que está presente en el 90% de las pacientes (Tabla 11).

Vease también que antes del cáncer las pacientes presentaban una media de cinco factores de riesgo, pero este índice disminuyó después de la enfermedad, hasta dos factores de riesgo presentes en sus vidas (Tabla 11). Lo que evidencia que las mujeres con cáncer de mama se cuidan más que antes, para no presentar enfermedades que generen consecuencias para el tratamiento oncológico.

Tabla 11 – Factores de riesgo que las pacientes presentaban antes y después del surgimiento del cáncer de mama

	Antes				Después			
	n	%	Media	DE*	n	%	Media	DE*
Estrés	37	61,7			6	10,0		
Alcoholismo	11	18,3			0	0		
Tabaquismo	30	50,0			2	3,3		
Diabetes	4	6,7			4	6,7		
Sedentarismo	45	75,0			54	90,0		
Obesidad	17	28,3			15	25,0		
Alimentación Grasa	27	45,0			1	1,7		
Hipertensión Arterial	21	35,0	5,07	1,582	24	40,0	2,20	1,005
Contaminación	18	30,0			16	26,7		
Pérdida sentimental	40	66,7			3	5,0		
Uso de anticonceptivo	29	48,3			0	0		
Cáncer en la familia	22	36,7			5	8,3		

IV.4.1 Relación entre los factores de riesgo y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama

Hemos analizado la relación entre los factores de riesgo (tabaquismo, alcoholismo, hipertensión arterial y diabetes) y las escalas de desempeño físico y funcional de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento oncológico y los resultados fueron estadísticamente significativos, con valores de $p=0,000$ y valores de t entre $-17,002$ y $-60,300$ (Tabla 12).

Tabla 12 - Relación entre los factores de riesgo y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama a través del *Test t-student*

Factores de riesgo que las mujeres presentaban antes del cáncer de mama	Desempeño físico (DFi) y Desempeño funcional (DFu) de las mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento oncológico							
	DFi				DFu			
	M. 2		M. 3		M. 2		M. 3	
	p	t	p	t	p	t	p	t
Tabaquismo	0,000	-29,421	0,000	-59,901	0,000	-17,150	0,000	-33,661
Alcoholismo	0,000	-29,426	0,000	-60,043	0,000	-17,005	0,000	-33,610
Hipertensión Arterial	0,000	-29,233	0,000	-60,163	0,000	-17,089	0,000	-33,780
Diabetes	0,000	-29,332	0,000	-60,300	0,000	-17,002	0,000	-33,616

* M. 2 – durante la quimioterapia; M. 3 – durante la radioterapia

Cuando analizamos la relación entre la obesidad, sedentarismo y alimentación grasa con el desempeño físico de las mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento oncológico, se observó que los resultados fueron estadísticamente significativos, con valores de $p=0,000$ y valores de t entre $-29,214$ y $-60,343$ (Tabla 13).

Tabla 13 - Relación entre los factores de riesgo y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama a través del *Test t-student*

Factores de riesgo que las mujeres presentaban antes del cáncer de mama	Desempeño físico (DFi) de las mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento oncológico			
	DFi			
	M. 2		M. 3	
	p	t	p	t
Obesidad	0,000	-29,214	0,000	-59,961
Sedentarismo	0,000	-29,542	0,000	-60,247
Alimentación Grasa	0,000	-29,562	0,000	-60,343

* M. 2 – durante la quimioterapia; M. 3 – durante la radioterapia

Al analizar el estrés que las pacientes presentaban antes del diagnóstico de la enfermedad, la incidencia en mujeres que tenían casos de cáncer en la familia y aquellas que sufrieron alguna pérdida, sea de un familiar, amigo o alguien que le haya causado mucho sufrimiento, con los desempeños emocional y social de las mujeres durante la quimioterapia y radioterapia, se observó una relación estadísticamente significativa con valores de $p=0,000$ para todas las variables y valores de t entre -19,326 y -51,382 (Tabla 14).

Tabla 14 - Relación entre los factores de riesgo y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama a través del *Test t-student*

Factores de riesgo que las mujeres presentaban antes del cáncer de mama	Desempeño emocional (DE) y Desempeño social (DS) de las mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento oncológico							
	DE				DS			
	M. 2		M. 3		M. 2		M. 3	
	p	t	p	t	p	t	p	t
Estrés	0,000	-19,421	0,000	-51,382	0,000	-23,921	0,000	-40,269
Cáncer en la familia	0,000	-19,326	0,000	-50,782	0,000	-23,942	0,000	-40,421
Pérdida sentimental	0,000	-19,429	0,000	-50,917	0,000	-24,023	0,000	-40,492

* M. 2 – durante la quimioterapia; M. 3 – durante la radioterapia

IV.5 Calidad de vida

Para el análisis de la calidad de vida se evaluaron cinco escalas funcionales en las mujeres con cáncer de mama, como el desempeño físico, funcional, social, cognitivo y emocional, así como escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómitos) y síntomas adicionales, incluyendo la disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades financieras, más allá del estado de salud global, determinado por el concepto de salud y la calidad de vida en el momento de la entrevista.

IV.5.1 Evaluación de la calidad de vida

Los resultados de la calidad de vida fueron obtenidos a través de la aplicación del cuestionario EORTC QLQ-C30 - *European Organization for Research and Treatment of Câncer Quality of Life Questionnaire "Core" 30 Items* en la forma de entrevista.

El EORTC QLQ-C30 permite valorar de forma independiente las diferentes dimensiones de la calidad de vida y la puntuación es obtenida de acuerdo con el tipo de respuesta elegida por el enfermo. Las opciones permitidas por el cuestionario son “no” (un punto), “poco” (dos puntos), “moderadamente” (tres puntos) o “mucho” (cuatro puntos). En las dos cuestiones referentes a la escala del estado de salud global, las opciones de elección varían de uno (pésima) a siete puntos (óptima). Las puntuaciones del cuestionario varían de 0 a 100. Con relación a las escalas funcionales y de estado de salud global, mayores puntuaciones se relacionan con la mejor calidad de vida; sin

embargo, para las escalas de síntomas, mayores puntuaciones corresponden a mayor presencia del referido síntoma y, consecuentemente, peor calidad de vida.

Las puntuaciones fueron sumadas según el “The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual” proporcionado por el grupo de investigación en calidad de vida de la EORTC, responsable de la elaboración del cuestionario.

El análisis de las evaluaciones de la calidad de vida fue realizado teniendo en cuenta los cuatro momentos de aplicación del cuestionario, donde el término “momento 1” se refiere a la evaluación de la calidad de vida antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia, el “momento 2” fue durante la quimioterapia, el “momento 3” fue durante la radioterapia y el último, “momento 4”, tres meses después de concluir las sesiones de radioterapia.

En el momento 1, las mujeres con cáncer de mama presentaban una buena calidad de vida, con un promedio entre 81,94 y 98,88 (DE* entre 11,70 y 5,57) para las escalas funcionales, más allá de un bajo índice de síntomas, promedio entre 0 y 3,88 (DE* entre 0 y 12,41) y una media de 89,16 (DE*=14,41) para la evaluación del estado de salud global (Tabla 15).

Tabla 15 – Evaluación de la calidad de vida antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia – Momento 1

	Media	Mediana	Desviación estándar (DE*)
Desempeño físico	98,33	100	5,57
Desempeño funcional	98,88	100	6,76
Desempeño cognitivo	97,77	100	6,48
Desempeño emocional	81,94	83,33	11,70
Desempeño social	95,83	100	10,46
Fatiga	0,18	0	1,43
Dolor	3,88	0	8,87
Náusea/vómito	0	0	0
Disnea	0	0	0
Insomnio	3,33	0	10,08
Pérdida de apetito	0	0	0
Estreñimiento	1,11	0	6,03
Diarrea	0,55	0	4,3
Dificultades financieras	3,88	0	12,41
Estado de salud global	89,16	100	14,41

Durante el segundo momento, las medias de las escalas funcionales no fueron buenas (entre 52,00 y 85,55) al ser comparadas con el promedio del primer momento, pero corroboran lo informado en otras investigaciones, como Franceschini *et al.* (2010), Scott *et al.* (2008), Wan *et al.* (2008), Nickalsson y Bergman (2007), Guzelant *et al.* (2004), Nowak *et al.* (2004), Chie *et al.* (2004), Schwarz y Hinz (2001). En relación a los síntomas, en este momento las pacientes los presentaron con una frecuencia mayor y consecuentemente, una peor calidad de vida en general, con una media para el estado de salud global, de 59,30 (Tabla 16).

Tabla 16 – Evaluación de la calidad de vida durante la quimioterapia – Momento 2

	Media	Mediana	Desviación estándar
Desempeño físico	70,33	73,33	18,38
Desempeño funcional	52,00	50,00	23,53
Desempeño cognitivo	85,55	83,33	16,08
Desempeño emocional	61,94	58,33	24,56
Desempeño social	78,61	83,33	25,32
Fatiga	35,55	33,33	22,48
Dolor	26,94	25,00	27,97
Náusea/vómito	46,38	50,00	34,45
Disnea	5,00	0	16,03
Insomnio	40,00	33,33	34,05
Pérdida de apetito	36,66	33,33	33,44
Estreñimiento	24,44	0	29,98
Diarrea	23,33	0	29,62
Dificultades financieras	22,22	16,66	26,51
Estado de salud global	59,30	54,16	23,67

En la tabla 17 se presentan las medias de las dimensiones de la calidad de vida en el momento 3, que ya presentan un índice más elevado que en el segundo momento. Nuestros resultados ponen de manifiesto que durante la quimioterapia, estas mujeres sufrieron una disminución de sus funciones y presentaron más síntomas que en todos los demás momentos, como se muestra en la tabla 19.

Tabla 17 – Evaluación de la calidad de vida durante la radioterapia – Momento 3

	Media	Mediana	Desviación estándar
Desempeño físico	90,33	93,33	11,54
Desempeño funcional	79,16	75,00	18,05
Desempeño cognitivo	92,22	100	10,39
Desempeño emocional	85,13	91,66	12,84
Desempeño social	89,16	100	17,03
Fatiga	6,11	0	11,09
Dolor	7,77	0	15,17
Náusea/vómito	0,55	0	3,01
Disnea	2,22	0	8,38
Insomnio	10,00	0	17,68
Pérdida de apetito	4,44	0	14,34
Estreñimiento	6,66	0	16,00
Diarrea	1,66	0	7,32
Dificultades financieras	9,44	0	20,43
Estado de salud global	81,38	83,33	17,11

Durante el momento 4 las mujeres se encontraban con un mejor estado de salud global (media de 89,58) y con una buena calidad de vida, mejor que en los estudios anteriormente citados (Tabla 18).

Tabla 18 – Evaluación de la calidad de vida tres meses después del término del tratamiento oncológico – Momento 4

	Media	Mediana	Desviación estándar
Desempeño físico	95,44	93,33	6,31
Desempeño funcional	94,44	100	10,48
Desempeño cognitivo	93,61	100	8,72
Desempeño emocional	91,94	91,66	9,69
Desempeño social	99,72	100	2,15
Cansancio físico	0,37	0	2,01
Dolor	1,11	0	5,19
Náusea/vómito	0	0	0
Disnea	0,55	0	4,30
Insomnio	3,88	0	10,79
Pérdida de apetito	0	0	0
Estreñimiento	2,22	0	8,38
Diarrea	0,55	0	4,30
Dificultades financieras	0,55	0	4,30
Estado de salud global	89,58	91,66	11,54

IV.5.2 Estado de salud global

Para la evaluación del estado de salud global, se preguntó a las pacientes como calificarían ellas su salud general en la última semana y cómo calificarían su calidad de vida global en la última semana. Las opciones de elección variaron de uno (pésima) a siete puntos (óptima). Las puntuaciones del cuestionario fueron sumadas para quedar entre 0 y 100, donde mayores puntuaciones se relacionan con la mejor calidad de vida, mejor estado de salud global.

En el análisis de las puntuaciones del estado de salud global, a través del test de correlación de Pearson, se verificó que cuanto mayor o menor fue el índice del estado de

salud global en el primer momento, mayor o menor iba a ser también en los momentos subsecuentes (Gráficos 1,2 y 3), con valores de $p = 0,000$ y $0,001$ (Tabla 19).

Tabla 19 - Relación entre los resultados del estado de salud global en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Resultados del estado de salud global	Test de Correlación de Pearson		Test t-student	
	p	r	p	t
Salud global1 x Salud global2	0,001	0,414	0,000	10,496
Salud global1 x Salud global3	0,062	0,242	0,003	3,086
Salud global1 x Salud global4	0,000	0,463	0,814	-0,236
Salud global2 x Salud global3	0,000	0,696	0,000	-10,060
Salud global2 x Salud global4	0,000	0,679	0,000	-13,061
Salud global3 x Salud global4	0,000	0,843	0,000	-6,583

* Salud global1 – Resultado del estado de salud global antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; Salud global2 - Resultado del estado de salud global durante la quimioterapia; Salud global3 - Resultado del estado de salud global durante la radioterapia; Salud global4 - Resultado del estado de salud global después del tratamiento oncológico

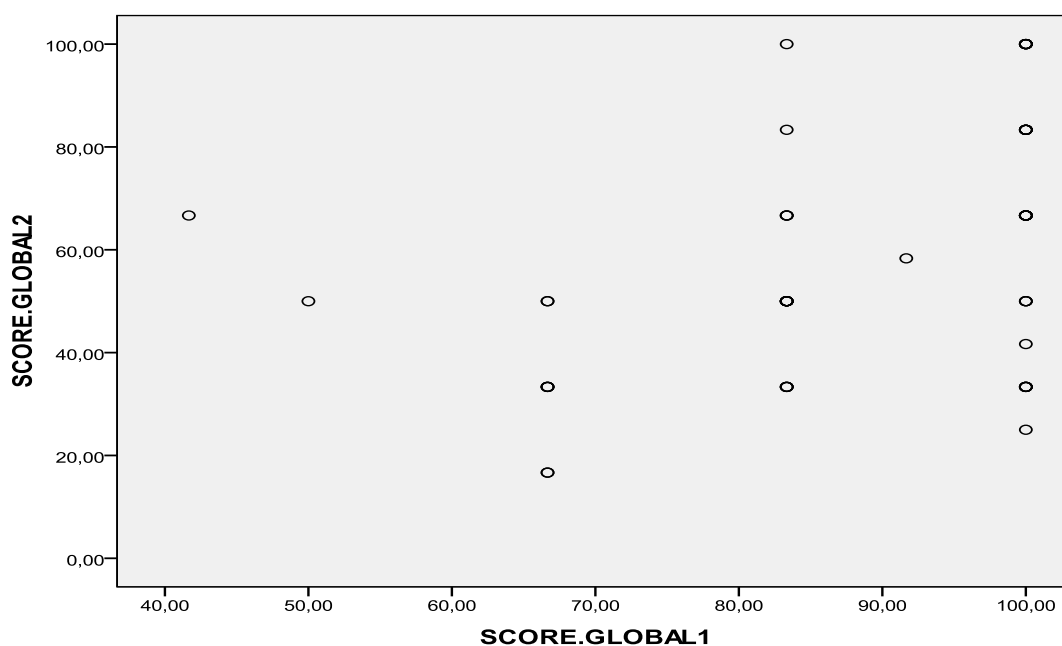


Gráfico 1 - Puntuaciones del estado de salud global de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 1 y 2.

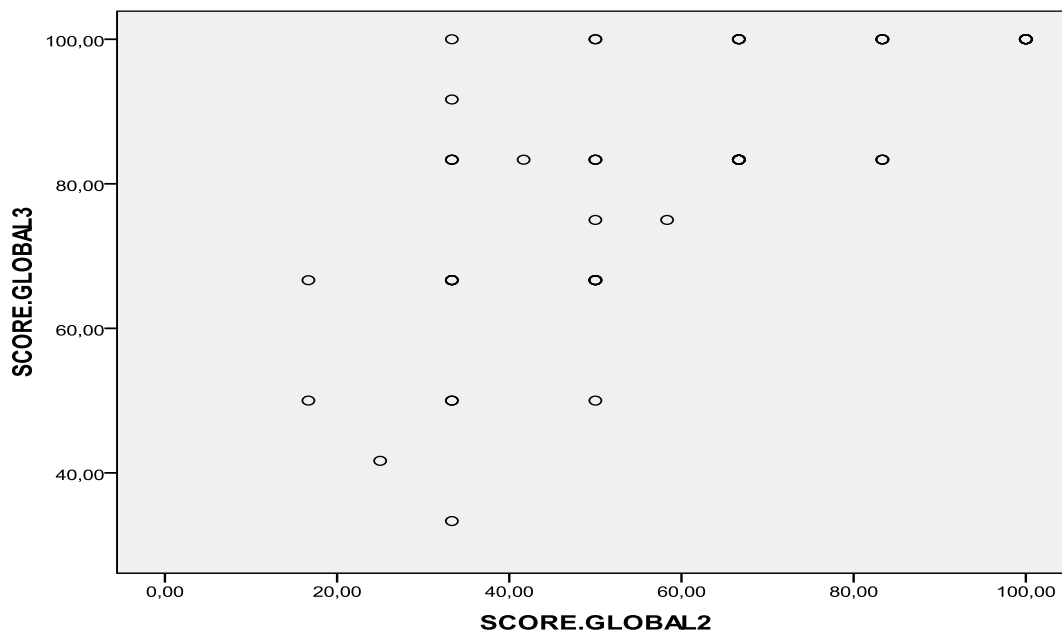


Gráfico 2 - Puntuaciones del estado de salud global de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 2 y 3.

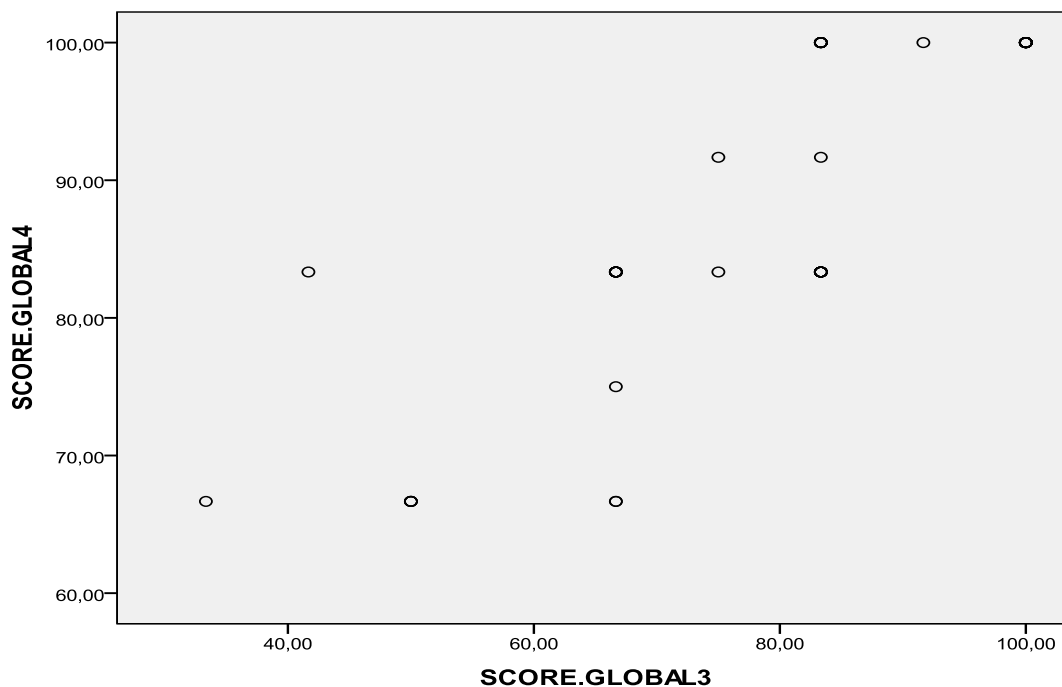


Gráfico 3 - Puntuaciones del estado de salud global de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 3 y 4.

IV.5.2.1 Relación entre la edad y las puntuaciones del estado de salud global en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Al relacionar la edad con las puntuaciones del estado de salud global en los cuatro momentos del tratamiento oncológico, observamos que cuanto mayor era la edad, menor era la puntuación del estado de salud global en el momento 1 (gráfico 4) tras el diagnóstico de la enfermedad (valor de $p=0,037$ y $r = -0,270$), lo que no se observó para los demás momentos. Para el test de t-student existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y la salud global en los momentos 1, 3 y 4, con valores de $p = 0,000$ (Tabla 20).

Tabla 20 - Relación entre los resultados de la edad y el estado de salud global en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Resultados de la edad x estado de salud global	Test de Correlación de Pearson		Test t-student	
	p	r	p	t
Edad x Salud global1	0,037	-0,270	0,000	-12,642
Edad x Salud global2	0,658	-0,058	0,165	-1,405
Edad x Salud global3	0,163	-0,182	0,000	-9,174
Edad x Salud global4	0,089	-0,221	0,000	-14,635

* Salud global1 – Resultado del estado de salud global antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; Salud global2 - Resultado del estado de salud global durante la quimioterapia; Salud global3 - Resultado del estado de salud global durante la radioterapia; Salud global4 - Resultado del estado de salud global tras el tratamiento oncológico

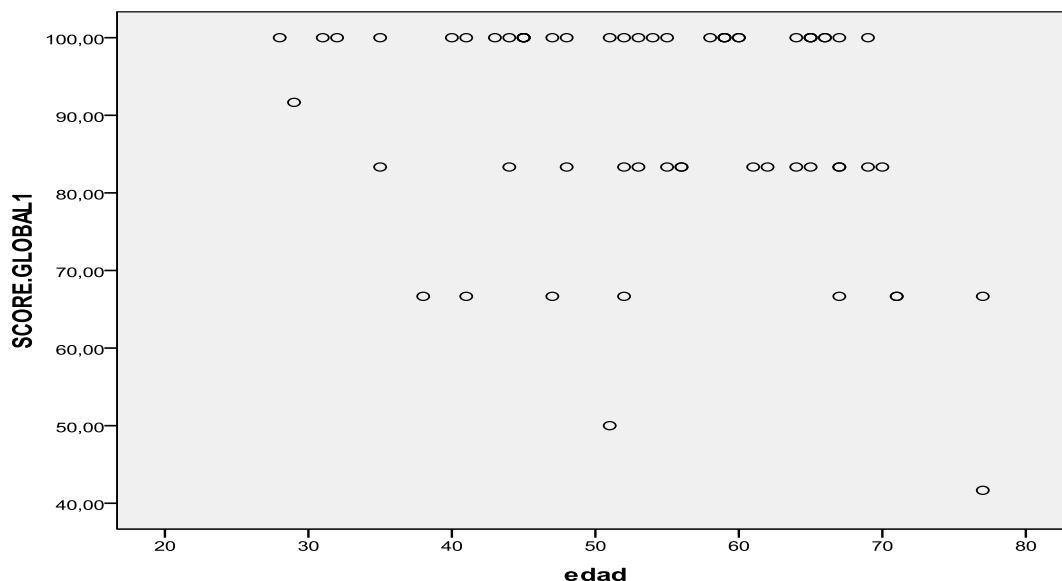


Gráfico 4 - Puntuaciones del estado de salud global de las mujeres con cáncer de mama en el momento 1 comparados con la edad.

IV.5.3 Desempeño físico

El desempeño físico fue conformado por cinco preguntas relacionadas con la funcionalidad y las actividades de la vida diaria, denominadas dimensiones del desempeño físico.

Nuestros resultados muestran que para la mayoría de las pacientes (93,3%) no era difícil hacer un gran esfuerzo antes de iniciar el tratamiento, pero eso cambió principalmente durante la quimioterapia, donde un 51,7% de las enfermas refirieron tener bastante dificultad para hacer un gran esfuerzo.

En relación con caminar, las mujeres no tenían problemas, hacían todo sin dificultad en el momento 1. En el segundo momento, 36,7% de ellas referían bastante dificultad para las grandes caminatas, aunque la mayoría (55%) no presentaba esa dificultad para pequeñas caminatas. En el tercer y cuarto momento, la mayoría (60% y 88,3% respectivamente) no presentaba dificultad para las grandes caminatas y tampoco para las pequeñas (88,3% en el tercer momento y 98,3% en el cuarto).

En relación a la cuestión “si era necesario quedarse sentada o tumbada durante el día” y “si necesitaba ayuda para las actividades de la vida diaria”, la mayoría de las pacientes respondieron “no” en todos los momentos (Tabla 21).

Tabla 21 – Desempeño físico de las pacientes con cáncer de mama

Desempeño físico en relación a:		Momento 1		Momento 2		Momento 3		Momento 4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Es difícil hacer un gran esfuerzo	No	56	93,3	6	10,0	26	43,3	31	51,7
	Un poco	1	1,7	15	25,0	28	46,7	29	48,3
	Bastante	2	3,3	31	51,7	5	8,3	0	0
	Mucho	1	1,7	8	13,3	1	1,7	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Es difícil caminar gran distancia	No	55	91,7	12	20,0	36	60,0	53	88,3
	Un poco	4	6,7	19	31,7	19	31,7	6	10,0
	Bastante	1	1,7	22	36,7	4	6,7	1	1,7
	Mucho	0	0	7	11,7	1	1,7	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Es difícil caminar una pequeña distancia	No	59	98,3	33	55,0	53	88,3	59	98,3
	Un poco	1	1,7	18	30,0	5	8,3	0	0
	Bastante	0	0	8	13,3	2	3,3	1	1,7
	Mucho	0	0	1	1,7	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Es necesario quedarse sentada o tumbada durante el día	No	60	100	31	51,7	56	93,3	60	100
	Un poco	0	0	21	35,0	3	5,0	0	0
	Bastante	0	0	8	13,3	1	1,7	0	0
	Mucho	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Necesita de ayuda para las actividades de la vida diaria	No	60	100	54	90,0	59	98,3	59	98,3
	Un poco	0	0	4	6,7	0	0	0	0
	Bastante	0	0	2	3,3	1	1,7	1	1,7
	Mucho	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100

* Momento 1 – antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; Momento 2 - durante la quimioterapia; Momento 3 - durante la radioterapia; Momento 4 - después del tratamiento oncológico.

Nuestros resultados muestran al comparar el desempeño físico en los cuatro momentos, que cuanto mayor es el desempeño físico durante la quimioterapia, mayor va a ser durante la radioterapia, con valores de $p=0,000$ y $0,017$, y r entre $0,543$ y $0,308$, respectivamente, así como cuanto mayor desempeño físico durante la radioterapia, mayor después del tratamiento, $p= 0,000$ y $r = 0,636$ (gráficos 5, 6 y 7). Como puede observarse en la tabla 22, existe una relación significativa entre las escalas del desempeño físico en los cuatro momentos.

Tabla 22 - Relación entre las escalas del desempeño físico en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Resultados del desempeño físico (DFi)	Test de Correlación de Pearson		Test t-student	
	p	r	p	t
DFi1 x DFi2	0,530	0,083	0,000	11,556
DFi1 x DFi3	0,519	0,085	0,000	5,004
DFi1 x DFi4	0,440	0,102	0,007	2,801
DFi2 x DFi3	0,000	0,543	0,000	-9,978
DFi2 x DFi4	0,017	0,308	0,000	-11,112
DFi3 x DFi4	0,000	0,636	0,000	-4,415

*DFi1 – Resultado del desempeño físico antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; DFi2 - Resultado del desempeño físico durante la quimioterapia; DFi3 - Resultado del desempeño físico durante la radioterapia; DFi4 - Resultado del desempeño físico después del tratamiento oncológico

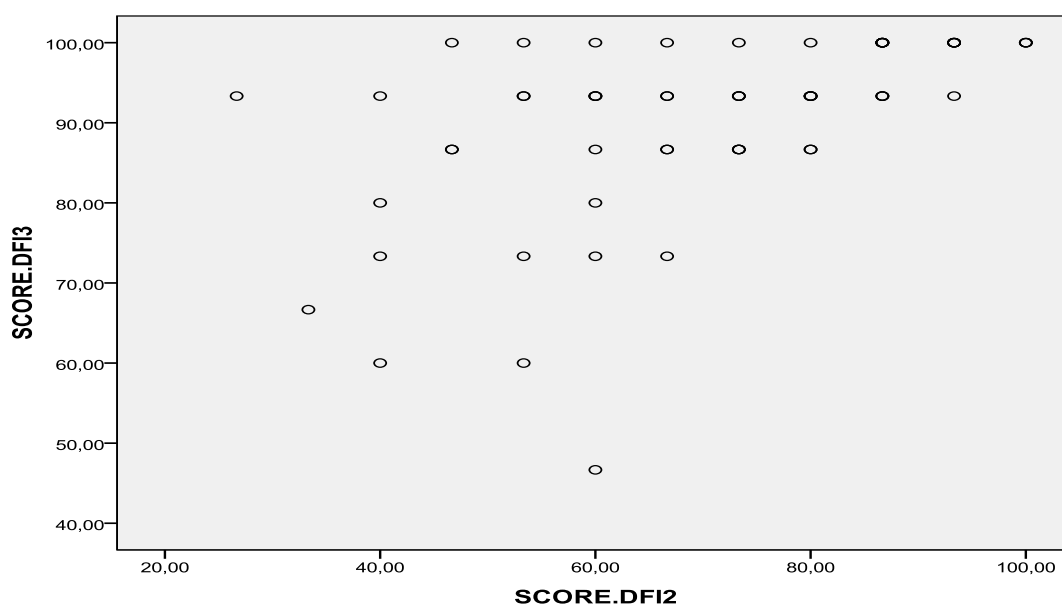


Gráfico 5 - Puntuaciones del desempeño físico de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 2 y 3.

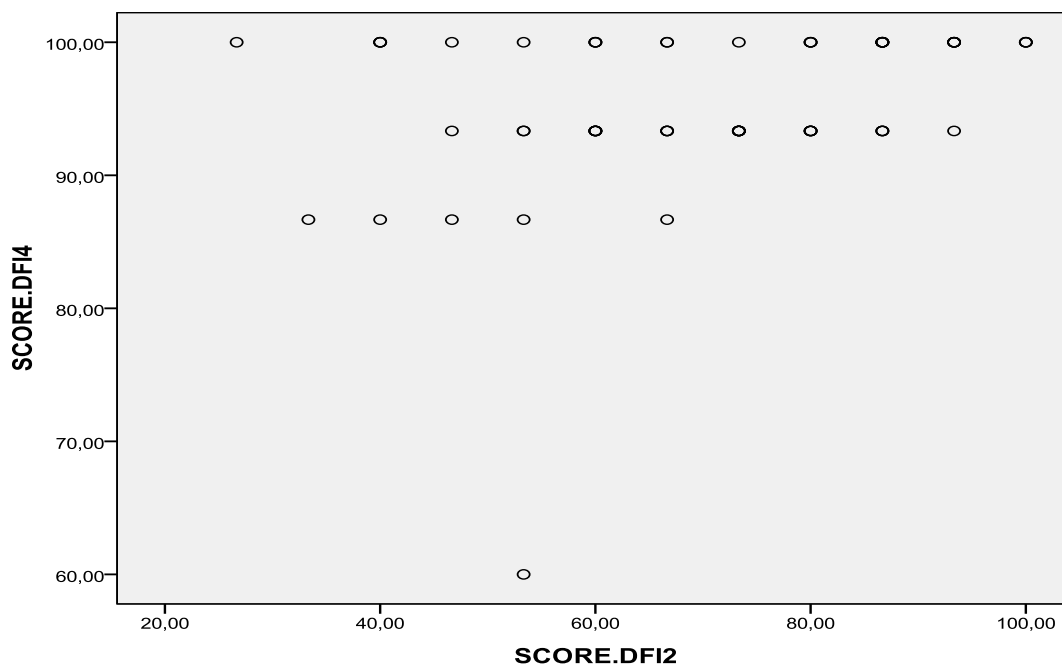


Gráfico 6 - Puntuaciones del desempeño físico de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 2 y 4.

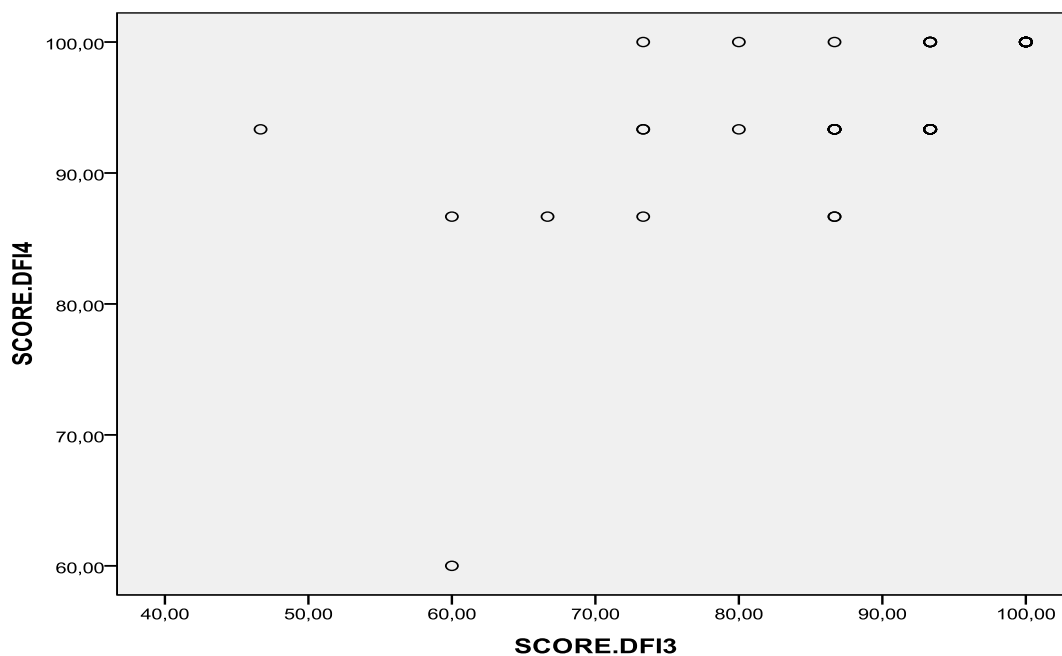


Gráfico 7 - Puntuaciones del desempeño físico de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 3 y 4.

IV.5.4 Desempeño funcional

Con relación al desempeño funcional se hicieron dos preguntas a las mujeres, una sobre limitaciones en sus empleos y otra sobre actividades de ocio, lo que denominamos dimensiones del desempeño funcional.

En las cuestiones funcionales, el 43,3% de las pacientes tuvieron bastantes limitaciones en sus empleos durante la quimioterapia (momento 2), 51,7% de ellas las tuvieron un poco durante la radioterapia (momento 3), mientras que el 98,3% y 76,7% no tuvieron limitaciones en el primer y cuarto momento respectivamente (Tabla 23). En lo que se refiere a las actividades de ocio, se repitió igualmente, teniendo un poco de limitaciones sólo en los momentos 2 y 3 (41,7% y 53,3%).

Tabla 23 – Cuestiones funcionales de las pacientes con cáncer de mama

Cuestiones funcionales		Momento 1		Momento 2		Momento 3		Momento 4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Tuvo limitaciones en su empleo	No	59	98,3	6	10,0	25	41,7	46	76,7
	Un poco	1	1,7	23	38,3	31	51,7	14	23,3
	Bastante	0	0	26	43,3	4	6,7	0	0
	Mucho	0	0	5	8,3	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Tuvo limitaciones en las actividades de ocio	No	59	98,3	8	13,3	26	43,3	54	90,0
	Un poco	0	0	25	41,7	32	53,3	6	10,0
	Bastante	0	0	25	41,7	2	3,3	0	0
	Mucho	1	1,7	2	3,3	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100

* Momento 1 – antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; Momento 2 - durante la quimioterapia; Momento 3 - durante la radioterapia; Momento 4 - después del tratamiento oncológico.

En relación al desempeño funcional, se observó que cuanto mayor el desempeño funcional durante la quimioterapia, mayor también sería durante la radioterapia, $p=0,000$ y $r=0,590$, y mayor después del tratamiento oncológico, $p=0,000$ y $r=0,448$. Al igual que para el desempeño físico, se verificó la relación entre las escalas del desempeño funcional en los cuatro momentos de la investigación (Tabla 24). Los resultados de la correlación fueron estadísticamente significativos como se observa en el gráfico 8.

Tabla 24 - Relación entre las escalas del desempeño funcional en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Resultados del desempeño funcional (DFu)	Test de Correlación de Pearson		Test t-student	
	p	r	p	t
DFu1 x DFu2	0,223	-0,160	0,000	14,088
DFu1 x DFu3	1,000	0,000	0,000	7,922
DFu1 x DFu4	0,400	0,111	0,005	2,910
DFu2 x DFu3	0,000	0,590	0,000	-10,617
DFu2 x DFu4	0,189	0,172	0,000	-13,502
DFu3 x DFu4	0,000	0,448	0,000	-7,251

*DFu1 – Resultado del desempeño funcional antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; DFu2 - Resultado del desempeño funcional durante la quimioterapia; DFu3 - Resultado del desempeño funcional durante la radioterapia; DFu4 - Resultado del desempeño funcional después del tratamiento oncológico

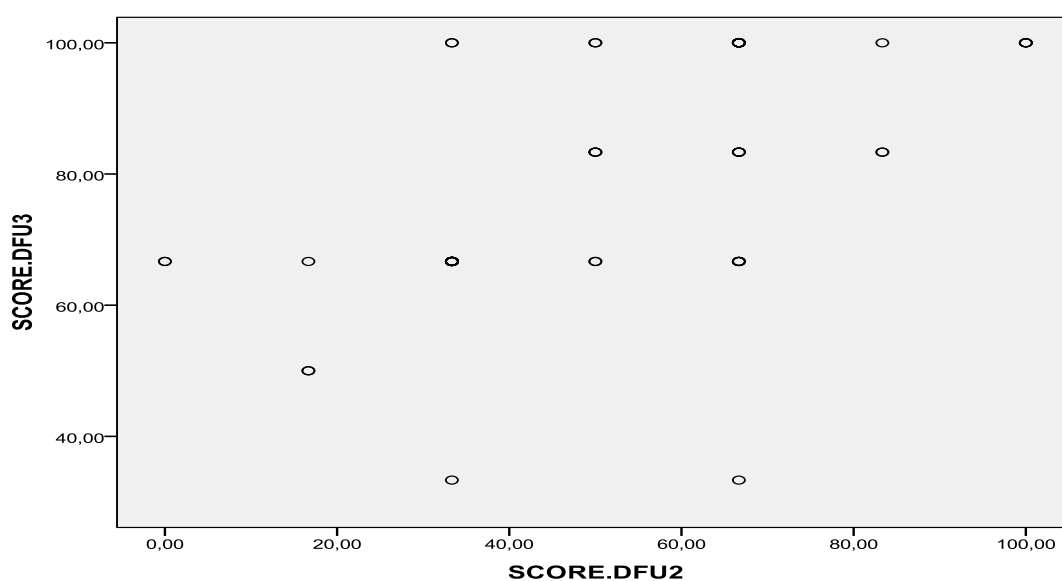


Gráfico 8 - Puntuaciones del desempeño funcional de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 2 y 3.

IV.5.5 Desempeño social

Para el desempeño social fueron consideradas dos dimensiones, a través de las preguntas sobre la vida familiar y las actividades sociales. En la tabla 25, se observa que para la mayoría de las mujeres con cáncer de mama sus tratamientos no interfirieron en su vida familiar y sus actividades sociales cuando se evaluaron las cuestiones sociales en todos los momentos de la investigación.

Tabla 25 – Cuestiones sociales de las pacientes con cáncer de mama

Cuestiones sociales		Momento 1		Momento 2		Momento 3		Momento 4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Su estado físico interfirió en su vida familiar	No	55	91,7	42	70,0	47	78,3	60	100
	Un poco	5	8,3	7	11,7	11	18,3	0	0
	Bastante	0	0	11	18,3	2	3,3	0	0
	Mucho	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Su estado físico interfirió en su actividad social	No	51	85,0	30	50,0	40	66,7	59	98,3
	Un poco	8	13,3	13	21,7	16	26,7	1	1,7
	Bastante	1	1,7	16	26,7	4	6,7	0	0
	Mucho	0	0	1	1,7	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100

* Momento 1 – antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; Momento 2 - durante la quimioterapia; Momento 3 - durante la radioterapia; Momento 4 - después del tratamiento oncológico.

En la tabla 26, se verifica la relación estadísticamente significativa entre las escalas del desempeño social en los cuatro momentos ($p=0,000$), observando que si el desempeño social estaba elevado o bajo antes de iniciar el tratamiento, el mismo va a

continuar más elevado o más bajo durante la quimioterapia y radioterapia ($p=0,000$)

gráfico 9.

Tabla 26 - Relación entre las escalas del desempeño social en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Resultados del desempeño social (DS)	Test de Correlación de Pearson		Test t-student	
	p	r	p	t
DS1 x DS2	0,000	0,564	0,000	6,277
DS1 x DS3	0,000	0,614	0,000	3,841
DS1 x DS4	0,692	-0,052	0,007	-2,791
DS2 x DS3	0,000	0,840	0,000	-5,685
DS2 x DS4	0,638	0,062	0,000	-6,469
DS3 x DS4	0,733	0,045	0,000	-4,788

*DS1 – Resultado del desempeño social antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; DS2 - Resultado del desempeño social durante la quimioterapia; DS3 - Resultado del desempeño social durante la radioterapia; DS4 - Resultado del desempeño social después del tratamiento oncológico

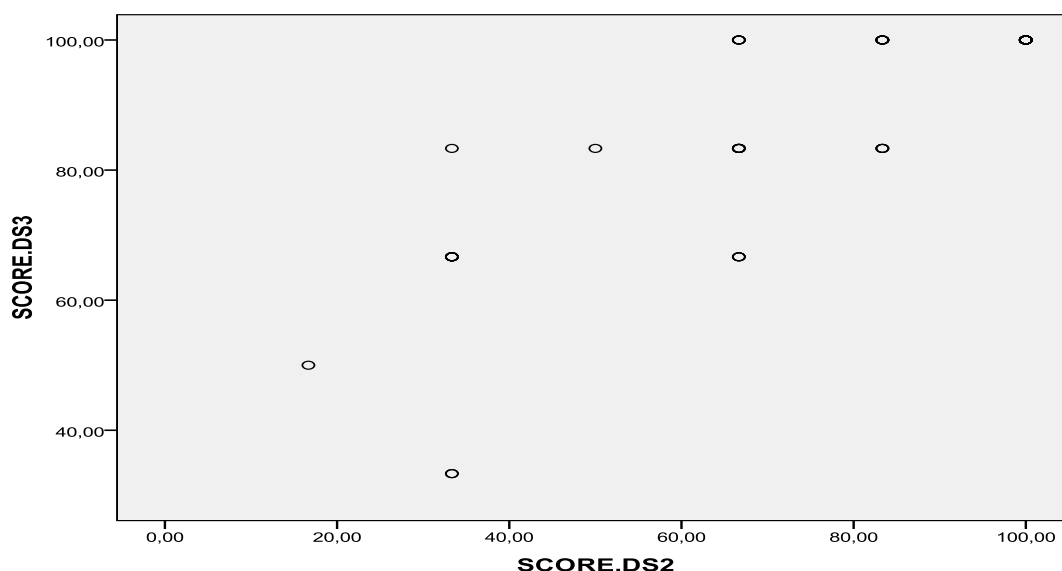


Gráfico 9 - Puntuaciones del desempeño social de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 2 y 3.

IV.5.6 Desempeños emocional y cognitivo

El desempeño emocional se evaluó mediante cuatro preguntas sobre las tensiones, preocupaciones, molestia y depresión, mientras que el dominio cognitivo cuestionó sobre las dificultades en recordar las cosas y concentrarse, siendo denominadas dimensiones del desempeño emocional y cognitivo, respectivamente.

Según se desprende de nuestros resultados en relación al emocional y cognitivo, la mayoría de las pacientes (58,3%) se sentía un poco tensa con el diagnóstico de la enfermedad, otras se sentían bastante tensas (45%) durante la quimioterapia – momento 2, pero esa tensión disminuyó en los momentos 3 y 4.

Cuando se cuestionó sobre las preocupaciones, 65% de las pacientes respondieron, un poco, en el momento 1, en el momento 2, bastante (46,7%) y en los momentos 3 y 4, 51,7% y 63,3%, respectivamente, no las tuvieron.

La mayoría de las pacientes afirmaron no sentirse zangadas ni deprimidas en los momentos 1, 3 y 4, hecho que no ocurrió en el momento 2, donde 28,3% dijeron sentirse un poco zangadas y 25% bastante, ocurriendo lo mismo con relación a sentirse deprimidas, donde 23,3% se sintieron un poco y 30% bastante (Tabla 27).

Cuando se cuestionó sobre las dimensiones de lo cognitivo, la mayoría de ellas no tuvieron dificultad para recordar las cosas, tampoco en concentrarse en los cuatro momentos.

Tabla 27 – Evaluación de lo emocional y cognitivo de las pacientes con cáncer de mama

Desempeños: emocional y cognitivo		Momento 1		Momento 2		Momento 3		Momento 4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Se siente tenso	No	23	38,3	18	30,0	32	53,3	49	81,7
	Un poco	35	58,3	13	21,7	27	45,0	11	18,3
	Bastante	2	3,3	27	45,0	1	1,7	0	0
	Mucho	0	0	2	3,3	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Tuvo preocupaciones	No	18	30,0	15	25,0	31	51,7	38	63,3
	Un poco	39	65,0	15	25,0	27	45,0	22	36,7
	Bastante	3	5,0	28	46,7	2	3,3	0	0
	Mucho	0	0	2	3,3	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Se siente aburrido	No	48	80,0	22	36,7	40	66,7	55	91,7
	Un poco	10	16,7	17	28,3	18	30,0	5	8,3
	Bastante	2	3,3	15	25,0	2	3,3	0	0
	Mucho	0	0	6	10,	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Se siente deprimido	No	33	55,0	25	41,7	37	61,7	40	66,7
	Un poco	23	38,3	14	23,3	21	35,0	20	33,3
	Bastante	3	5,0	18	30,0	2	3,3	0	0
	Mucho	1	1,7	3	5,0	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Tuvo dificultad para recordar las cosas	No	54	90,0	35	58,3	38	63,3	38	63,3
	Un poco	5	8,3	16	26,7	20	33,3	21	35,0
	Bastante	1	1,7	8	13,3	2	3,3	1	1,7
	Mucho	0	0	1	1,7	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Tuvo dificultad en concentrarse	No	59	98,3	47	78,3	56	93,3	60	100
	Un poco	1	1,7	9	15,0	4	6,7	0	0
	Bastante	0	0	4	6,7	0	0	0	0
	Mucho	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100

* Momento 1 – antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; Momento 2 - durante la quimioterapia; Momento 3 - durante la radioterapia; Momento 4 - después del tratamiento oncológico.

En la relación entre las escalas del desempeño emocional en los cuatro momentos de la investigación, se observó a través de la correlación de Pearson que cuanto mayor o menor lo sea en los primeros momentos, mayor o menor lo será en los momentos siguientes de la investigación y del tratamiento, con valores de p entre 0,000 y 0,018 y valores de r entre 0,304 y 0,742 (Gráficos 10,11 y 12). Esta relación se

verificó estadísticamente significativa, con valores de $p=0,000$ y valores de t entre -11,070 y -1,969 (Tabla 28).

Tabla 28 - Relación entre las escalas del desempeño emocional en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Resultados del desempeño emocional (DE)	Test de Correlación de Pearson		Test t-student	
	p	r	p	t
DE1 x DE2	0,000	0,546	0,000	7,501
DE1 x DE3	0,000	0,479	0,054	-1,969
DE1 x DE4	0,018	0,304	0,000	-6,087
DE2 x DE3	0,000	0,706	0,000	-10,001
DE2 x DE4	0,000	0,539	0,000	-11,070
DE3 x DE4	0,000	0,742	0,000	-6,123

*DE1 – Resultado del desempeño emocional antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; DE2 - Resultado del desempeño emocional durante la quimioterapia; DE3 - Resultado del desempeño emocional durante la radioterapia; DE4 - Resultado del desempeño emocional después del tratamiento oncológico

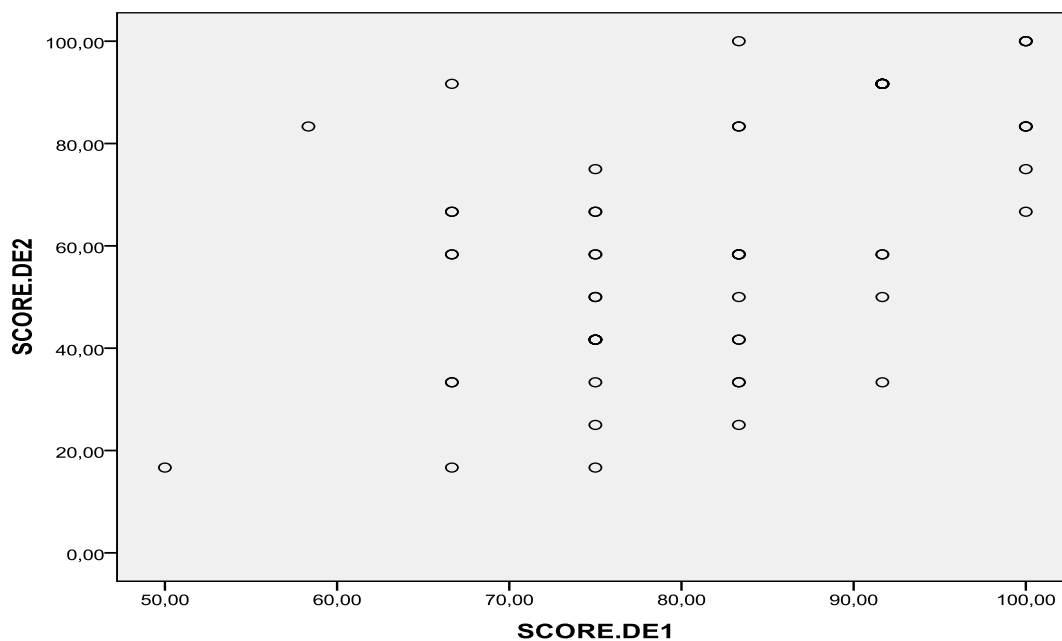


Gráfico 10 - Puntuaciones del desempeño emocional de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 1 y 2.

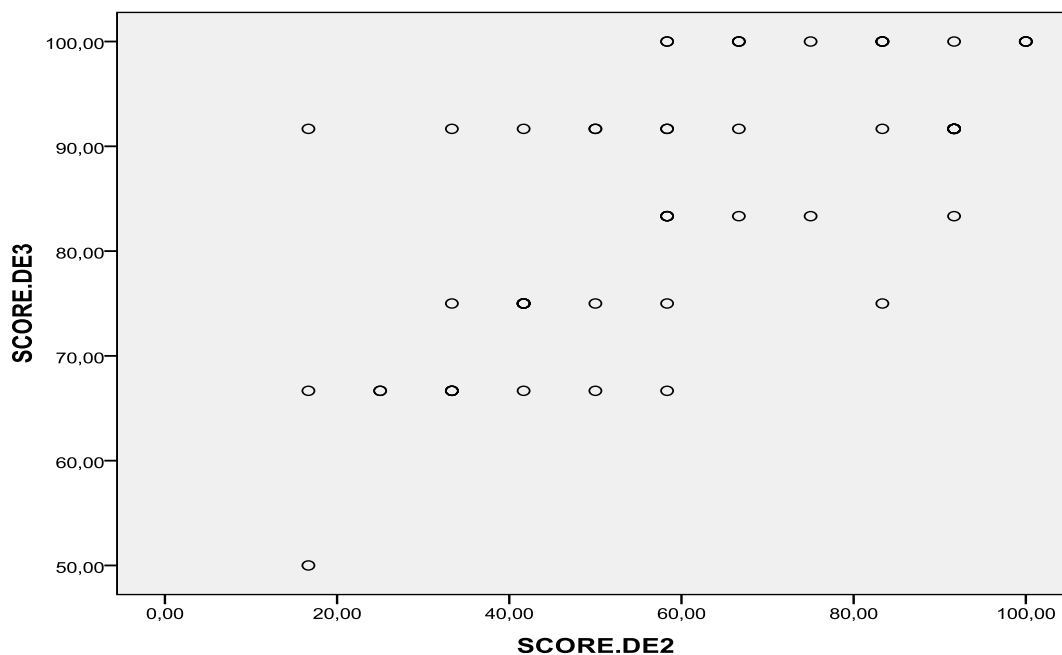


Gráfico 11 - Puntuaciones del desempeño emocional de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 2 y 3.

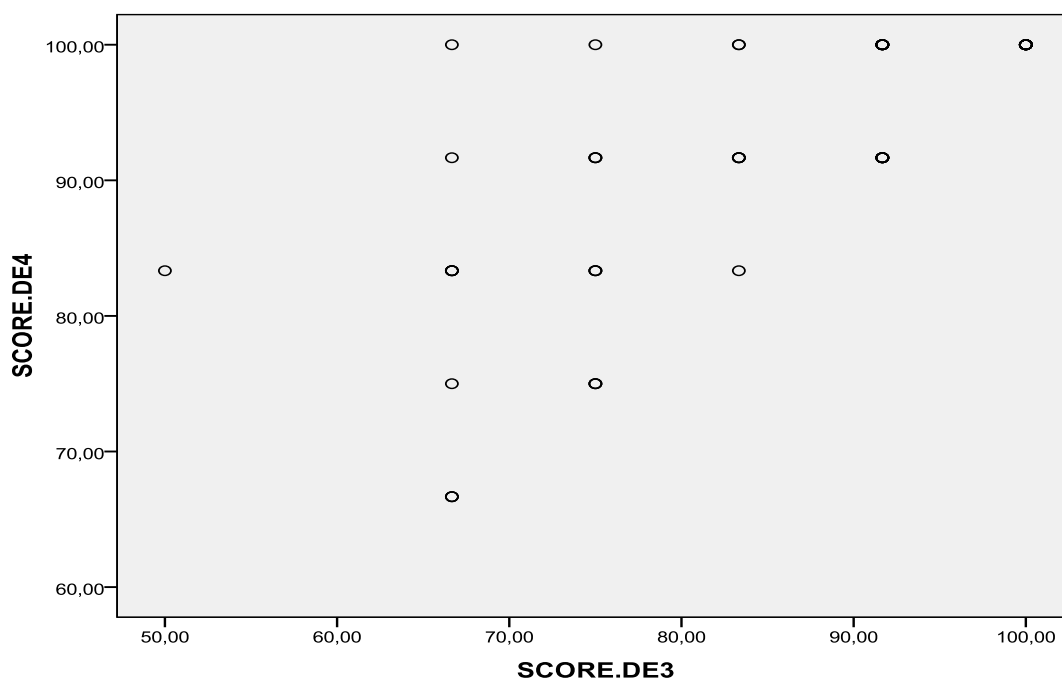


Gráfico 12 - Puntuaciones del desempeño emocional de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 3 y 4.

La misma correlación estadísticamente significativa ocurrió para el desempeño cognitivo, con valores de p entre 0,000 y 0,004 y de r entre 0,364 y 0,896 (Gráfico 13), y valores de p=0,000 y de t entre -5,007 y 6,315 (Tabla 29).

Tabla 29 - Relación entre las escalas del desempeño cognitivo en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Resultados del desempeño cognitivo (DC)	Test de Correlación de Pearson		Test t-student	
	p	r	p	t
DC1 x DC2	0,004	0,364	0,000	6,315
DC1 x DC3	0,000	0,438	0,000	4,511
DC1 x DC4	0,000	0,493	0,000	4,086
DC2 x DC3	0,000	0,640	0,000	-4,181
DC2 x DC4	0,000	0,639	0,000	-5,007
DC3 x DC4	0,000	0,896	0,024	-2,316

*DC1 – Resultado del desempeño cognitivo antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; DC2 - Resultado del desempeño cognitivo durante la quimioterapia; DC3 - Resultado del desempeño cognitivo durante la radioterapia; DC4 - Resultado del desempeño cognitivo después del tratamiento oncológico

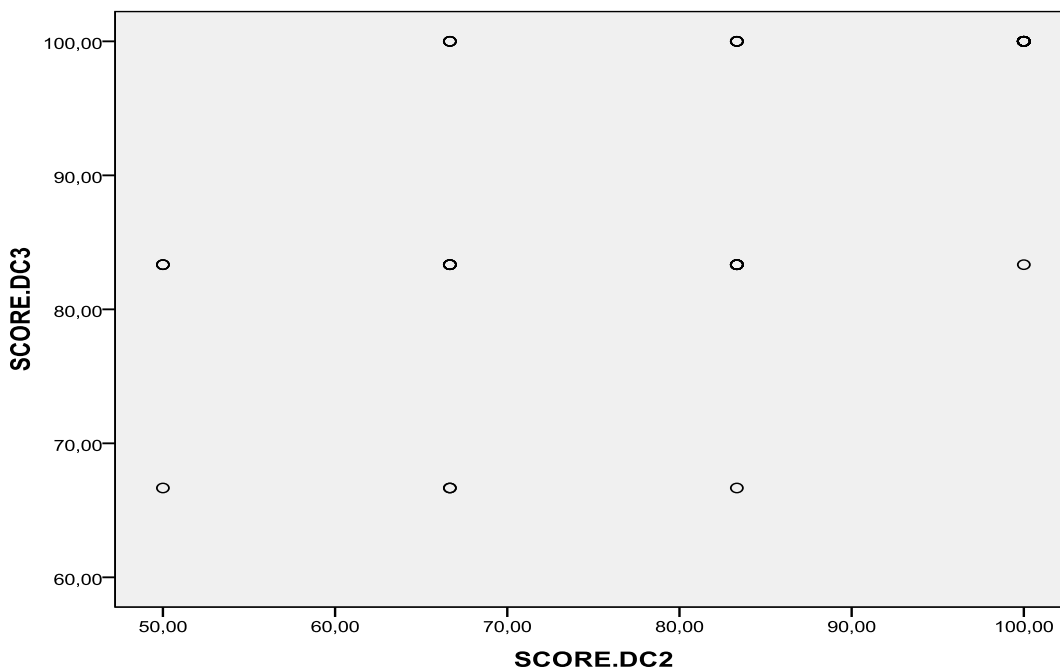


Gráfico 13 - Puntuaciones del desempeño cognitivo de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 2 y 3.

IV.5.7 Síntomas del cáncer

Los síntomas del cáncer: fatiga, dolor, náusea y vómito fueron evaluados a través de escalas para estos síntomas. La escala fatiga está compuesta de tres preguntas sobre el cansancio y la debilidad; la escala del dolor contiene dos cuestionamientos sobre el propio dolor y la escala de náusea/vómito, también con dos preguntas.

En la cuestión de los síntomas del cáncer observamos que el 30% de las mujeres sintieron bastante fatiga, 28,3% un poco de dolor, 38,3% bastante náusea y 23,3% presentaron bastante vómito en el momento 2. En los demás momentos (1,3 y 4) la mayoría de ellas no refirieron los síntomas con tanta evidencia (Tabla 30).

Tabla 30 – Síntomas referidos por las pacientes con cáncer de mama

Síntomas del cáncer		Momento 1		Momento 2		Momento 3		Momento 4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Fatiga	No	60	100	17	28,3	51	85,0	60	100
	Un poco	0	0	17	28,3	8	13,3	0	0
	Bastante	0	0	18	30,0	1	1,7	0	0
	Mucho	0	0	8	13,3	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Dolor	No	49	81,7	26	43,3	45	75,0	57	95,0
	Un poco	11	18,3	17	28,3	10	16,7	2	3,3
	Bastante	0	0	14	23,3	5	8,3	1	1,7
	Mucho	0	0	3	5,0	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Nausea	No	60	100	14	23,3	58	96,7	60	100
	Un poco	0	0	10	16,7	2	3,3	0	0
	Bastante	0	0	23	38,3	0	0	0	0
	Mucho	0	0	13	21,7	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Vómito	No	60	100	22	36,7	60	100	60	100
	Un poco	0	0	14	23,3	0	0	0	0
	Bastante	0	0	14	23,3	0	0	0	0
	Mucho	0	0	10	16,7	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100

* Momento 1 – antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; Momento 2 - durante la quimioterapia; Momento 3 - durante la radioterapia; Momento 4 - después del tratamiento oncológico.

IV.5.7.1 Relación entre las escalas de fatiga en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Cuando se analizó la relación entre las escalas de fatiga, se observó una correlación estadísticamente significativa entre los datos de la fatiga durante la quimioterapia y radioterapia, con valor de $p=0,000$ y valor de $r = 0,481$, donde cuanto mayor era la fatiga durante la quimioterapia, mayor iba a ser durante la radioterapia (gráfico 14). Según el test de t-student se verificó que no existe relación cuando se comparan los momentos después del diagnóstico de la enfermedad con después del término del tratamiento, con valor de $p=0,568$ y valor de $t=-0,574$ (Tabla 31).

Tabla 31 - Relación entre las escalas de fatiga en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Resultados de fatiga (FAT)	Test de Correlación de Pearson		Test t-student	
	p	r	p	t
FAT1 x FAT2	0,374	0,117	0,000	-12,252
FAT1 x FAT3	0,583	-0,072	0,000	-4,065
FAT1 x FAT4	0,855	-0,024	0,568	-0,574
FAT2 x FAT3	0,000	0,481	0,000	11,572
FAT2 x FAT4	0,888	-0,019	0,000	12,053
FAT3 x FAT4	0,173	0,178	0,000	4,072

* FAT1 – Resultado de la fatiga antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; FAT2 - Resultado de la fatiga durante la quimioterapia; FAT3 - Resultado de la fatiga durante la radioterapia; FAT4 - Resultado de la fatiga después del tratamiento oncológico

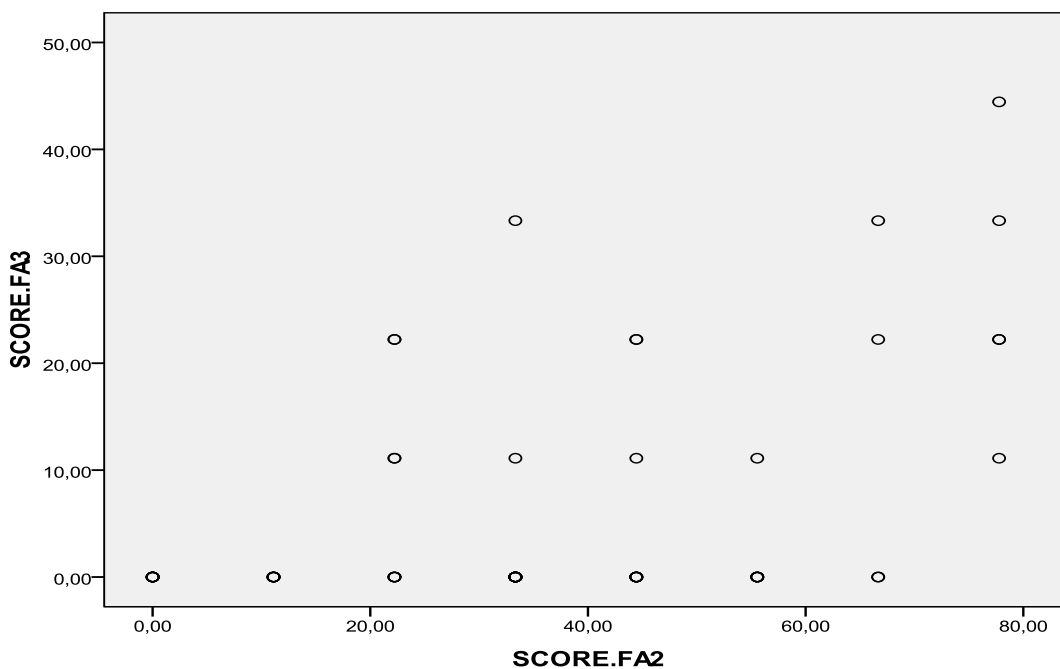


Gráfico 14 - Puntuaciones de la fatiga de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 2 y 3.

IV.5.7.2 Relación entre las escalas de dolor en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

En el análisis del dolor, se observó una correlación estadísticamente significativa cuando se compararon las escalas después del diagnóstico de la enfermedad con durante la quimioterapia, valor de $p=0,035$ y $r = 0,272$, durante la quimioterapia con durante la radioterapia, valor de $p=0,006$ y $r = 0,352$ (gráfico 15) y durante la radioterapia con después del tratamiento, valor de $p=0,000$ y $r = 0,545$, de donde se deduce que durante el tratamiento el nivel de dolor de las pacientes fue disminuyendo cada vez más. Para el test de t-student se obtuvieron valores de p entre 0,000 y 0,075 y de t entre -16,09551 y 32,89792 (Tabla 32).

Tabla 32 - Relación entre las escalas de dolor en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Resultados del dolor	Test de Correlación de Pearson		Test t-student	
	p	r	p	t
Dolor1 x Dolor2	0,035	0,272	0,000	-16,09551
Dolor1 x Dolor3	0,356	0,121	0,075	0,40683
Dolor1 x Dolor4	0,959	0,007	0,040	5,42670
Dolor2 x Dolor3	0,006	0,352	0,000	26,06929
Dolor2 x Dolor4	0,104	0,212	0,000	32,89792
Dolor3 x Dolor4	0,000	0,545	0,000	10,04844

*Dolor1 – Resultado del dolor antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; Dolor2 - Resultado del dolor durante la quimioterapia; Dolor3 - Resultado del dolor durante la radioterapia; Dolor4 - Resultado del dolor después del tratamiento oncológico

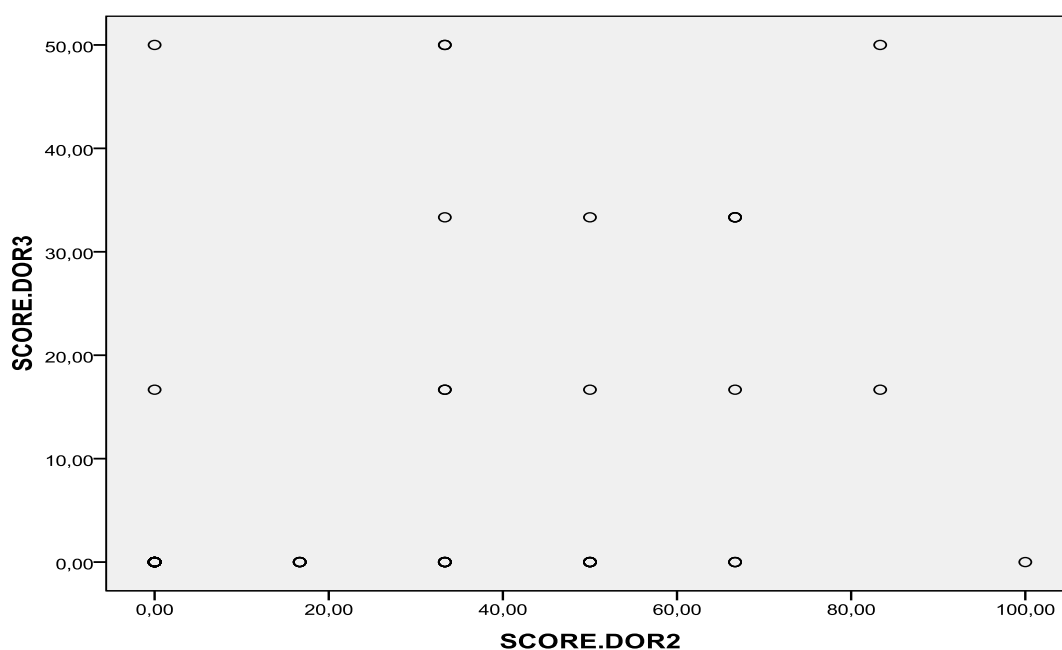


Gráfico 15 - Puntuaciones del dolor de las mujeres con cáncer de mama comparados en los momentos 2 y 3.

IV.5.7.3 Relación entre las escalas de náusea y vómito en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Para las escalas de náusea y vómito, las variables fueron constantes en la mayoría de los momentos de la investigación y por este motivo no se puede verificar la correlación de Pearson solamente durante la quimioterapia y radioterapia, con valor de $p=0,024$ y $r=0,291$, que mostró ser estadísticamente significativa, así como para el test de t-student, las escalas después del diagnóstico con durante la quimioterapia, y durante la quimioterapia con durante la radioterapia y después del tratamiento oncológico (Tabla 33).

Tabla 33 - Relación entre las escalas de náusea y vómito en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Resultados de náusea y vómito (NV)	Test de Correlación de Pearson		Test t-student	
	p	r	p	t
NV1 x NV2	---	---	0,000	-10,428
NV1 x NV3	---	---	0,159	-1,426
NV1 x NV4	---	---	---	---
NV2 x NV3	0,024	0,291	0,000	10,534
NV2 x NV4	---	---	0,000	10,428
NV3 x NV4	---	---	0,159	1,426

* NV1 – Resultado de náusea y vómito antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; NV2 - Resultado de náusea y vómito durante la quimioterapia; NV3 - Resultado de náusea y vómito durante la radioterapia; NV4 - Resultado de náusea y vómito después del tratamiento oncológico

IV.5.8 Síntomas adicionales del cáncer

Los síntomas adicionales del cáncer evaluados en esta investigación fueron la disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades financieras.

En la evaluación de los síntomas adicionales del cáncer se percibió que ellos estaban más presentes en los momentos II y III, principalmente el insomnio, la pérdida de apetito, el estreñimiento y las dificultades financieras (Tabla 34).

Tabla 34 – Síntomas adicionales referidos por las pacientes con cáncer de mama

Síntomas adicionales del cáncer		Momento 1		Momento 2		Momento 3		Momento 4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Disnea	No	60	100	54	90,0	56	93,3	59	98,3
	Un poco	0	0	3	5,0	4	6,7	1	1,7
	Bastante	0	0	3	5,0	0	0	0	0
	Mucho	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Insomnio	No	54	90,0	20	33,3	44	73,3	53	88,3
	Un poco	6	10,0	14	23,3	14	23,3	7	11,7
	Bastante	0	0	20	33,3	2	3,3	0	0
	Mucho	0	0	6	10,0	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Pérdida de apetito	No	60	100	21	35,0	54	90,0	60	100
	Un poco	0	0	18	30,0	4	6,7	0	0
	Bastante	0	0	15	25,0	2	3,3	0	0
	Mucho	0	0	6	10,0	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Estreñimiento	No	58	96,7	33	55,0	50	83,3	56	93,3
	Un poco	2	3,3	11	18,3	8	13,3	4	6,7
	Bastante	0	0	15	25,0	2	3,3	0	0
	Mucho	0	0	1	1,7	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Diarrea	No	59	98,3	32	53,3	57	95,0	59	98,3
	Un poco	1	1,7	17	28,3	3	5,0	1	1,7
	Bastante	0	0	8	13,3	0	0	0	0
	Mucho	0	0	3	5,0	0	0	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100
Dificultades financieras	No	54	90,0	30	50,0	47	78,3	59	98,3
	Un poco	5	8,3	22	36,7	10	16,7	1	1,7
	Bastante	1	1,7	6	10,0	2	3,3	0	0
	Mucho	0	0	2	3,3	1	1,7	0	0
	Total	60	100	60	100	60	100	60	100

* Momento 1 – antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; Momento 2 - durante la quimioterapia; Momento 3 - durante la radioterapia; Momento 4 - después del tratamiento oncológico.

IV.5.8.1 Relación entre las dimensiones de disnea en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

La disnea fue poco referida entre las pacientes (tabla 33), pero se verificó una correlación estadísticamente significativa, entre los momentos 2 y 3, y, 3 y 4, con valor de $p=0,000$ y valores de r entre 0,616 y 0,487, respectivamente (Tabla 35).

Tabla 35 - Relación entre las dimensiones de disnea en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Resultados de disnea	Test de Correlación de Pearson		Test t-student	
	p	r	p	t
Disnea1 x Disnea2	---	---	0,019	-2,416
Disnea1 x Disnea3	---	---	0,045	-2,053
Disnea1 x Disnea4	---	---	0,321	-1,000
Disnea2 x Disnea3	0,000	0,616	0,096	1,692
Disnea2 x Disnea4	0,074	0,232	0,031	2,206
Disnea3 x Disnea4	0,000	0,487	0,083	1,762

* Disnea1 – Resultado de la disnea antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; Disnea2 - Resultado de la disnea durante la quimioterapia; Disnea3 - Resultado de la disnea durante la radioterapia; Disnea4 - Resultado de la disnea después del tratamiento oncológico

IV.5.8.2 Relación entre las dimensiones de insomnio en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

La tabla 36 muestra una correlación estadísticamente significativa entre las dimensiones de insomnio durante la quimioterapia, la radioterapia y después del tratamiento oncológico, con valor de p entre 0,000 y 0,026 y de r entre 0,287 y 0,681, más allá de la confirmación de una relación estadísticamente significativa para casi

todas las variables, a través del test de t-student, con valores de p entre 0,000 y 0,006 y de t entre -8,492 y 8,569.

Tabla 36 - Relación entre las dimensiones de insomnio en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Resultados del insomnio	Test de Correlación de Pearson		Test t-student	
	p	r	p	t
Insomnio1 x Insomnio2	0,110	0,208	0,000	-8,492
Insomnio1 x Insomnio3	0,074	0,232	0,006	-2,836
Insomnio1 x Insomnio4	0,084	0,225	0,742	-0,331
Insomnio2 x Insomnio3	0,000	0,450	0,000	7,619
Insomnio2 x Insomnio4	0,026	0,287	0,000	8,569
Insomnio3 x Insomnio4	0,000	0,681	0,001	3,639

* Insomnio1 – Resultado del insomnio antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; Insomnio2 - Resultado del insomnio durante la quimioterapia; Insomnio3 - Resultado del insomnio durante la radioterapia; Insomnio4 - Resultado del insomnio después del tratamiento oncológico

IV.5.8.3 Relación entre las dimensiones de pérdida de apetito en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Nuestros resultados no encontraron correlación estadísticamente significativa entre las dimensiones de pérdida de apetito en los cuatro momentos del tratamiento oncológico, pero hubo una relación significativa a través del test t-student para todas las variables, con valores de p entre 0,000 y 0,020 e de t entre -8,492 y 8,492 (Tabla 37).

Tabla 37 - Relación entre las dimensiones de pérdida de apetito en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Resultados de la pérdida de apetito (Per)	Test de Correlación de Pearson		Test t-student	
	p	r	p	t
Per1 x Per2	---	---	0,000	-8,492
Per1 x Per3	---	---	0,020	-2,399
Per1 x Per4	---	---	---	---
Per2 x Per3	0,061	0,243	0,000	7,556
Per2 x Per4	---	---	0,000	8,492
Per3 x Per4	---	---	0,020	2,399

* Per1 – Resultado de la pérdida de apetito después del diagnóstico de la enfermedad; Per2 - Resultado de la pérdida de apetito durante la quimioterapia; Per3 - Resultado de la pérdida de apetito durante la radioterapia; Per4 - Resultado de la pérdida de apetito después del tratamiento oncológico

IV.5.8.4 Relación entre las dimensiones de estreñimiento en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

El estreñimiento fue una de las dimensiones donde se observó una correlación estadísticamente significativa cuando comparamos todos los momentos de la investigación, con valores de p entre 0,000 y 0,042 y de r entre 0,264 y 0,730 (Tabla 38). A través del test t-student se verifica la relación significativa entre los datos, con excepción para el cruzamiento de los datos después del diagnóstico con después del término del tratamiento.

Tabla 38 - Relación entre las dimensiones de estreñimiento en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Resultados del estreñimiento	Test de Correlación de Pearson		Test t-student	
	p	r	p	t
Estreñimiento1 x Estreñimiento2	0,042	0,264	0,000	-6,236
Estreñimiento1 x Estreñimiento3	0,015	0,312	0,006	-2,824
Estreñimiento1 x Estreñimiento4	0,000	0,695	0,159	-1,426
Estreñimiento2 x Estreñimiento3	0,000	0,636	0,000	5,899
Estreñimiento2 x Estreñimiento4	0,000	0,454	0,000	6,325
Estreñimiento3 x Estreñimiento4	0,000	0,730	0,004	3,013

* Estreñimiento1 – Resultado del estreñimiento antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; Estreñimiento2 - Resultado del estreñimiento durante la quimioterapia; Estreñimiento3 - Resultado del estreñimiento durante la radioterapia; Estreñimiento4 - Resultado del estreñimiento después del tratamiento oncológico

IV.5.8.5 Relación entre las dimensiones de diarrea en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Cuando se analizó la relación entre las dimensiones de diarrea en los cuatro momentos del tratamiento oncológico, se observó que existe una relación significativa estadísticamente, entre los momentos 1 y 2, 3 y 3, y 2 y 4, con valores de $p=0,000$ para todas esas variables y los valores de t entre $-5,931$ y $5,931$ (Tabla 39). Se verificó también que existe una correlación estadísticamente significativa, a través del test de correlación de Pearson, en los momentos 1 y 3, y 3 y 4, con valores de $p=0,000$ y valores de $r = 0,567$.

Tabla 39- Relación entre las dimensiones de diarrea en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Resultados de diarrea	Test de Correlación de Pearson		Test t-student	
	p	r	p	t
Diarrea1 x Diarrea2	0,737	0,044	0,000	-5,931
Diarrea1 x Diarrea3	0,000	0,567	0,159	-1,426
Diarrea1 x Diarrea4	---	---	---	---
Diarrea2 x Diarrea3	0,208	0,165	0,000	5,724
Diarrea2 x Diarrea4	0,737	0,044	0,000	5,931
Diarrea3 x Diarrea4	0,000	0,567	0,159	1,426

* Diarrea1 – Resultado de diarrea antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; Diarrea2 - Resultado de diarrea durante la quimioterapia; Diarrea3 - Resultado de diarrea durante la radioterapia; Diarrea4 - Resultado de diarrea después del tratamiento oncológico

IV.5.8.6 Relación entre las dimensiones de dificultades financieras en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Se verifica la relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de dificultades financieras en los cuatro momentos del tratamiento oncológico (p entre 0,000 y 0,057) y que si las dificultades financieras estuvieran con un índice elevado o bajo antes del inicio del tratamiento, lo mismo iban a continuar durante la quimioterapia y radioterapia (p=0,056 y 0,000) respectivamente.

La relación fue estadísticamente significativa también cuando se compararon las dimensiones de dificultades financieras durante la quimioterapia y radioterapia, así como durante la radioterapia y después del tratamiento, con valores de p = 0,000 y 0,004 y valores de r entre 0,718 y 0,368, respectivamente (Tabla 40).

Tabla 40 - Relación entre las dimensiones de dificultades financieras en los cuatro momentos del tratamiento oncológico

Resultados de las dificultades financieras (DiFin)	Test de Correlación de Pearson		Test t-student	
	p	r	p	t
DiFin1 x DiFin2	0,056	0,248	0,000	-5,391
DiFin1 x DiFin3	0,000	0,447	0,024	-2,316
DiFin1 x DiFin4	0,755	-0,041	0,057	1,941
DiFin2 x DiFin3	0,000	0,718	0,000	5,349
DiFin2 x DiFin4	0,091	0,220	0,000	6,477
DiFin3 x DiFin4	0,004	0,368	0,001	3,572

* DiFin1 – Resultado de las dificultades financieras antes del inicio del tratamiento con quimioterapia y radioterapia; DiFin2 - Resultado de las dificultades financieras durante la quimioterapia; DiFin3 - Resultado de las dificultades financieras durante la radioterapia; DiFin4 - Resultado de las dificultades financieras después del tratamiento oncológico

V. DISCUSIÓN

En este apartado se discutirán los resultados obtenidos a la luz de la bibliografía específica referenciada. En primer lugar, se discutirán las características sociodemográficas y a continuación, el estilo de vida, los factores de riesgo y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama en estudio.

V.1 Características sociodemográficas de las pacientes

Nuestros datos se encuentran de forma semejante al estudio de Lima y Borges (2009), donde 51,65 fue el promedio de la edad, para una franja de edad entre 35 y 73 años. Ya en la investigación de Franceschini *et al.* (2010), la media de edad de los pacientes fue de 62 años, siendo un 63,3% de los enfermos mayores de 60 años.

De acuerdo con la literatura consultada, para el cáncer de mama, la incidencia es rara antes de los 35 años, con crecimiento rápido y progresivo por encima de esta franja de edad. (Lotti *et al.*, 2008).

Con relación al tiempo de lactancia materna, se ha informado de una relación positiva entre amamantar y una menor incidencia de enfermedades como el cáncer de mama. No es amplia la literatura sobre los beneficios de amamantar para la salud de la mujer, aunque existe evidencia de una relación positiva entre amamantar y salud física en la mujer. (Rea, 2004).

Durante algún tiempo se evidenciaron controversias en la literatura especializada, respecto a si la protección del amamantamiento contra el cáncer de mama

era para todo el período de vida reproductiva o si tenía relación con la menopausia. Un estudio realizado en Islandia, con 993 casos de cáncer de mama y 9.729 controles, mostró una relación dosis/respuesta entre el número de meses de amamantamiento y menor riesgo de cáncer de mama en la franja de edad más joven (menores de 40 años), sin embargo, no en los otros grupos de edad. En contrapartida, un estudio realizado en China mostró que esa relación existe, pero sólo en mujeres de edad, después de la menopausia. (Tryggvadottir *et al.*, 2001).

Una revisión de 47 estudios realizados en 30 países recogiendo cerca de 50 mil mujeres con cáncer de mama y 97 mil controles, sugiere que la leche materna puede ser responsable de 2/3 de la reducción estimada en el cáncer de mama. El amamantamiento es más protector cuanto más prolongado: el riesgo relativo de tener cáncer decreció 4,3% cada 12 meses de duración de amamantamiento, independientemente del origen de las mujeres (países desarrollados x no desarrollados), edad, etnia, presencia o no de menopausia y número de hijos. Se estimó que la incidencia de cáncer de mama en los países desarrollados sería reducida a más de la mitad (de 6,3 para 2,7%) si las mujeres amamantasen por más tiempo. (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002).

En una investigación de Olaya-Contreras *et al.* (1999) que comparó un grupo control con los casos, se observó que el número promedio de hijos fue mayor en los controles que en los casos (5,0 vs. 4,0) y el porcentaje de nulíparas fue también mayor en los casos, observándose un decrecimiento en la tendencia del riesgo ($p=0,001$). Los controles amamantaron durante más tiempo que los casos, tanto para el primer hijo (12,0 vs. 11,0 meses) como en el total de lactancia (56,0 vs. 39,50 meses, $p=0,001$); diferencia estadísticamente significativa. En el primer parto, no lactaron el 16,0% de los

casos, y el 10,2% de los controles, y así mismo, del total de la muestra el 3,40% nunca lacto.

V.2 Información clínica

Nuestros datos están de acuerdo con Zapata y Romero (2010), donde el carcinoma ductal también fue el más frecuente (84,5%) y la mayoría (67,3%) de las pacientes también presentaron un tumor avanzado en su investigación.

En la investigación de Sawada *et al.* (2009), 11 pacientes recibieron radioterapia, con un n=8 de enfermos que recibieron hasta 30 sesiones y n=3 que recibieron más de 30 sesiones de radioterapia. Con relación a la quimioterapia, en el mismo estudio se informó que las 11 pacientes del estudio recibieron hasta 6 sesiones de quimioterapia.

Hoy día, dos situaciones predominan en el tratamiento del cáncer: de un lado, la cura completa, sin secuelas físicas y/o funcionales; de otro, lo que se observa es la necesidad de un tratamiento más agresivo que puede dejar limitaciones significativas. En este segundo caso, es necesario el papel activo de un equipo multidisciplinar, compuesto por médicos, enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales y nutricionistas. Pero es importante que el equipo de salud esté preparado para diagnosticar e intervenir precozmente.

V.3 Estilo de vida

Como puede observarse, casi todas las mujeres con cáncer de mama dejaron de trabajar y la mayoría disminuyeron las actividades que hacían normalmente. Este comportamiento es algo negativo para la calidad de vida de estas mujeres, pero al principio del tratamiento, muchas veces no se pueden cambiar algunos comportamientos para no complicar el tratamiento (Tabla 5).

Diversos estudios relacionan la incidencia de cáncer como causa de un estilo de vida sedentario y de malos hábitos alimenticios. En uno de ellos, investigadores de la Universidad Estatal de Pensilvania encontraron que las mujeres con cáncer de mama que hacían ejercicio después de la quimioterapia experimentaron un aumento de los linfocitos T mediadores de la inmunidad celular, y también mostraron mejoras en la fuerza a nivel torácico: el consumo máximo de oxígeno, la calidad de vida, el bienestar social y la fatiga. (Breast Cancer, 2011).

El estudio del Hormel Institute de la University of Minnesota, indicó que hacer dieta podría en realidad prevenir el cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas. Los ratones sometidos a dieta tuvieron un 96% de reducción del cáncer, en comparación con los animales a los que se les permitió comer lo que quisieran. (Cancer, 2011).

Crear un estilo de vida saludable ayuda a tener un ambiente interno poco propicio para el cáncer, como reducir los factores de riesgo, comer frutas y verduras, hacer ejercicio físico, cuidar del estado del hígado e intestino, tener un bienestar emocional, practicar deporte, tener dietas balanceadas, no fumar, no consumir alcohol, no usar la píldora anticonceptiva antes de los 20 años, no tener el primer embarazo después de los 30 años, realizar la lactancia, evitar al máximo exposiciones ambientales desfavorables.

La investigación de Moros *et al* (2010) informó que el aumento de la calidad de vida de las mujeres tras el cáncer de mama solo puede ser adquirido con los requisitos mínimos de práctica de ejercicio físico, pero ejercicios monitorizados y controlados, que garanticen que esas mujeres disminuyan el índice de masa corporal, propiciando mejoras en la esfera física, social, ambiental y psicológica.

En el estudio de Carvalho (2011) se verificó que para mejorar la calidad de vida, las mujeres precisan hacer cambios en su estilo de vida a través de la dieta, pues aquellas mujeres que comen menor cantidad de grasas tienen menor cantidad de efectos colaterales del tratamiento oncológico.

Las mujeres que antes del diagnóstico de la enfermedad tuvieron una vida socialmente activa, presentaron los índices de desempeño social y funcional más elevados que las que no tenían tiempo, ni ganas de hacer actividades de ocio, del hogar y religiosas (Tabla 7).

V.3.1 Factores psicológicos

La familia es una de las cosas más importantes durante el tratamiento oncológico. Las pacientes que tienen una buena relación familiar, hacen todo con una angustia menor porque saben que tienen apoyo de las personas que las aman. Siempre ocurre un desorden en el sistema familiar, pero las familias unidas que se desestabilizan ante la enfermedad grave que acomete a uno de sus miembros, de las consecuencias del tratamiento quirúrgico que resultan en la amputación de la mama y de la quimioterapia y radioterapia, logran desarrollar mecanismos para reorganizarse y encontrar una estabilidad. Por otro lado, esta misma situación vivida por otras familias tiene una

repercusión distinta. Lo que se realiza para superar las dificultades del tratamiento es ineficaz ante los conflictos familiares que se establecen, no consiguen estabilizarse, se desorganizan aún más y rompen el sistema familiar definitivamente. De que la importancia de evidenciar que los otros miembros de la familia también precisan de un apoyo del equipo de la salud. (Cervera y Aubá, 2005).

Mantenerse activo es una de las cosas que se pueden hacer para afrontar la enfermedad. Mientras se siga el tratamiento, el ocio y el descanso pueden ocupar buena parte del tiempo libre. Se pueden escoger actividades relacionadas con los propios intereses, o bien que se hayan practicado anteriormente, y que no tengan contraindicaciones médicas. Puede que se descubran nuevos intereses, o puede ser que en esta etapa se tengan ganas de hacer cosas diferentes que ayuden a estar entretenido y relajado solo o con la familia.

Durante el tratamiento del cáncer de mama, la mayoría de las mujeres pasa por la pérdida de una parte de su cuerpo, la mama, que según datos de la literatura es vivido como un daño a la auto imagen y repercute en las condiciones psíquicas y autoestima de la paciente. La mama es, para las mujeres, un símbolo corpóreo de femineidad, sensualidad, sexualidad y maternidad, o sea, es un órgano que está relacionado con las cuestiones de la identidad femenina. (Silva y Santos, 2008).

Además de la sintomatología física, es necesario considerar que las pacientes con cáncer de mama sufren alteraciones en sus estilos de vida, que afectan la perspectiva humana integral y la estructura biopsicosocial de estas mujeres. De los datos descritos anteriormente se deduce la necesidad de una intervención psicológica en las pacientes, que desarrolle un afrontamiento que se asocia al mayor malestar y deterioro de la calidad de vida.

En la reflexión sobre los avances terapéuticos y la posibilidad de cura y supervivencia cada vez mayor, más mujeres van a vivir con las secuelas y los cambios provocados por el cáncer de mama: alteraciones en la imagen corporal (pérdida de la mama, alopecia, alteración del peso), cambios en las relaciones interpersonales (relaciones familiares, con el cónyuge y los amigos) con el consecuente cambio también en su estado de humor.

De acuerdo con Moura *et al.* (2010), la disminución de la autoestima es uno de los mayores problemas encontrados en las mujeres después de la cirugía del cáncer de mama, pues esa situación provoca una impotencia ante la mutilación física y el miedo de no ser aceptada por la sociedad, generando en estas mujeres un sentimiento de angustia por no lograr retornar a las actividades de la vida normal, un peor estilo de vida y baja autoestima. Y todo esto puede ser corroborado en nuestra investigación, donde las mujeres pasaron a no trabajar más, a hacer una menor cantidad de actividades diarias, tuvieron un menor índice del estilo de vida, la satisfacción del estilo de vida y autoestima, más allá de una disminución de las actividades sexuales cuando fueron comparados con los datos previos a la enfermedad (Tablas 5 y 8).

Engel *et al.* (2004) en una investigación de *cohorte* realizada con mujeres después del tratamiento para cáncer de mama, verificó que esas mujeres presentaban menor índice en las dimensiones “imagen corporal, vida sexual, limitaciones en el trabajo y las actividades de la vida diaria” cuando fueron comparadas con los mismos índices antes de la enfermedad.

Para Holzner *et al.* (2001), estas dimensiones analizadas por Engel *et al.* (2004) continúan con un bajo índice hasta cinco años después del tratamiento oncológico inicial, como se ha visto en los resultados de su investigación.

V.4 Factores de riesgo

El concepto que se tiene hoy sobre los factores de riesgo, es que son multifactoriales y las investigaciones aún son escasas en cuanto a identificarlos con el estilo de vida y la calidad de vida. El conocimiento generado a través de las investigaciones, en las últimas décadas, ha tenido un impacto directo sobre la prevención del cáncer de mama.

De acuerdo con Olaya-Contreras (1999) el uso de anticonceptivos hormonales no se asoció al riesgo de padecer cáncer de mama. En contraste, el antecedente familiar de cáncer de mama incrementó 10,39 veces la probabilidad de desarrollar este tumor. El antecedente familiar de cáncer de mama fue más frecuente en los casos que en los controles: 13,50% vs. 3,50% ($p=0,001$).

Tardón (2009) verificó que las mujeres que consumían al menos una bebida alcohólica al día tenían un 90% más de probabilidad de tener cáncer y si eran fumadoras un 120%, además de presentar alteraciones en los desempeños físico, funcional y social.

Todas las terapéuticas utilizadas en el tratamiento del cáncer de mama (cirugía, radioterapia, hormonoterapia y quimioterapia) pueden verse afectadas negativamente por la obesidad, que repercute directa o indirectamente en la alimentación y en el sedentarismo. En especial, durante la quimioterapia es común el aumento de peso, que puede ser explicado por disminución de la actividad física, aumento de la ingesta de alimentos y efectos de los corticosteroides. (Kirjner y Pinheiro, 2007).

Es válido resaltar inicialmente que, en obesos, existen algunos cambios fisiológicos capaces de alterar la distribución y eliminación de las drogas de la quimioterapia. Entre ellos destacan: el aumento del volumen sanguíneo, del débito cardíaco, de la masa magra, del tamaño de los órganos, del tejido adiposo, del volumen

de distribución de drogas liposolubles, de la filtración glomerular, de la secreción tubular (resultando en mayor *clearance* de drogas que son eliminadas primariamente por el riñón) y cambios en las concentraciones de proteínas plasmáticas transportadoras de drogas, pudiendo así afectarse la concentración de la droga libre. (Griggs *et al.*, 2005).

Rodvold, Rushing y Tewksbury (1988) investigaron los efectos de la obesidad en la farmacocinética de la doxorubicina y sus metabolitos en 21 pacientes, divididos en tres grupos de 7 individuos cada uno, con la siguiente característica ponderal: normal <115% del peso ideal; sobrepeso entre 115-130% y obeso >130%. Como resultado, ellos verificaron que el peso fue significativamente relacionado con el *clearance* de la doxorubicina ($p < 0,002$) y eliminación ($p = 0,003$). En los pacientes obesos, cuando son comparados con pacientes de peso normal, la eliminación de la doxorubicina fue más extensa ($p < 0,05$) y el *clearance* fue reducido ($p < 0,001$).

Aunque no existe evidencia científica de cuáles de estos factores de riesgo pueden causar el cáncer de mama, nuestros resultados ponen de manifiesto la relación entre varios factores de riesgo y la calidad de vida de las mujeres durante el tratamiento oncológico.

V.5. Calidad de vida

V.5.1 Evaluación de la calidad de vida

Nuestros resultados corroboran los de Lima y Borges (2009) en el primer momento, donde los pacientes con cáncer perciben un nivel elevado de calidad de vida,

lo que les ayuda en los efectos de los tratamientos, aumentando la supervivencia de los mismos y la posibilidad de cura. La evaluación de los aspectos de la calidad de vida es importante para analizar la supervivencia y el pronóstico del paciente.

En la investigación de Ganz *et al* (2004), al evaluar la calidad de vida de acuerdo con la variable tiempo después del tratamiento quirúrgico, se observó que las puntuaciones de las pacientes que se sometieron al tratamiento conservador de la mama mejoraron en todas las variables, pero aquellas con mastectomía experimentaron solamente mejoría del desempeño funcional, de la fatiga, de la salud futura y de la calidad de vida global y disminución significativa de las puntuaciones de relación con el cónyuge.

En un estudio sobre calidad de vida de pacientes que recibían quimioterapia, se verificó que durante la misma, las funciones física, social, funcional y cognitiva (media entre 71,26 y 75,12) se encontraban en un nivel satisfactorio, y bajo para la función emocional (media de 55,46), sin embargo al ser comparados con los resultados de otros estudios, no eran tan satisfactorio (Sawada *et al.*, 2009). Los síntomas predominantes fueron el insomnio (media 34,44), el dolor (media de 23,33), la fatiga (media de 22,31), pérdida de apetito (media de 14,44), estreñimiento (media de 12,21), disnea (media de 10,55), náusea y vómito (media de 9,44).

En varios estudios (Cassileth, Heitzer y Gubili, 2008; Siqueira, 2008; Montazeri, 2007; Iconomou *et al.*, 2004; Rhodes y McDaniel, 2001) en que se analizó la CV en pacientes sometidos a tratamiento quimioterápico, se observó un empeoramiento de la CV cuando estaban presentes, irritación, depresión y los pacientes clasificaban la salud general como mala. Los principales dominios afectados fueron el físico, social, cognitivo y emocional.

En otro estudio, al evaluar la CV de pacientes con cáncer de mama e intestino tras tres meses de tratamiento con quimioterapia, se encontraron afectados de forma estadísticamente significativa los dominios, función cognitiva y social con disminución de las medias para dichas funciones (Zandonai *et al.*, 2010).

Para Rodríguez (2005), el tratamiento conservador más la radioterapia es mejor para la calidad de vida de las mujeres que la mastectomía radical y la quimioterapia. El autor señala que conforme avanza el tiempo de tratamiento, la calidad de estas pacientes globalmente es buena y el tratamiento con radioterapia se torna menos agresivo y aporta menos cantidad de síntomas para las enfermas.

Dubernard *et al.* (2004) evaluaron la calidad de vida de 84 mujeres con cáncer de mama a los seis meses de concluir el tratamiento de radioterapia, usando el cuestionario *Functional Assessment of Cancer Treatment - Breast Module* (FACTB). Los resultados mostraron que las mujeres con menos de 55 años y las que fueron tratadas con mastectomía parcial, presentaron mayor morbilidad del brazo y consecuentemente peor CV. Ningún factor estuvo asociado al deterioro del bienestar social, familiar, emocional y funcional.

De acuerdo con la investigación de Machado y Sawada (2008), en la evaluación de las puntuaciones medias de calidad de vida (CV) para mujeres con cáncer de mama obtenidas en los diversos dominios, al comienzo del tratamiento con quimioterapia adyuvante y tres meses después, pero aún bajo tratamiento con quimioterapia, se verificó que después de tres meses de tratamiento, los dominios de CV evaluados que mostraron diferencia estadísticamente significativas fueron: función cognitiva y social con disminución de las medias, mostrando una caída en estas funciones; las funciones físicas y emocionales también obtuvieron las medias disminuidas pero no de forma significativa. Las medias para los síntomas fatiga, náuseas y vómitos, dolor e insomnio

se encontraron aumentadas, contribuyendo a un peor desempeño, aunque las diferencias no fueron significativas. Los síntomas pérdida de apetito y estreñimiento, a los tres meses presentaron medias disminuidas, el síntoma disnea se mantuvo en la misma media y el síntoma diarrea ausente. Los autores relacionaron la disminución de las funciones física, emocional, cognitiva y social con el aumento de los síntomas fatiga, náuseas y vómitos, dolor, insomnio que aumentaron con el tratamiento adyuvante a los tres meses.

V.5.2 Estado de salud global

Nuestros resultados en general están en la línea de lo informado por otros investigadores al respecto a excepción de los ítems desempeño funcional y estado de salud global/calidad de vida (CV) que después de tres meses de tratamiento, obtuvimos un aumento estadísticamente significativo, mostrando que a pesar del aumento de los síntomas, las pacientes consideraron que su estado de salud y calidad de vida eran mejores (Velloso, Barra y Dias, 2009).

En un estudio longitudinal prospectivo, conducido por Peitinger *et al.* (2003) las diferencias de morbilidad y CV entre 25 mujeres sometidas a biopsia de linfonodo centinela (BLS) y 31 sometidas a linfadenectomía axilar total (LAT), los resultados mostraron que las escalas Estado de Salud Global (ESG) y Función Emocional (FE) del cuestionario *European Organisation Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC-QLQC30) fueron las que presentaron mayor variabilidad antes y un año después de la cirugía. Las mujeres presentaron mejores puntuaciones del Estado de Salud Global a la salida del hospital después de la cirugía de BLS, lo que no

ocurrió con la LAT. Transcurridos 12 meses, las puntuaciones del ESG, que representan la CV relacionada con la salud, fueron de $72,1 \pm 22,74$ en una escala de 0 a 100, siendo 100 la mejor CV. Arnaud *et al* (2004) encontraran valores semejantes (ESG $75,5 \pm 19,4$) al evaluar la CV tras un año de cirugía de BLS en 113 pacientes, comparándolas con LAT. Rietman *et al.* (2006) informan que la cirugía de LAT interfirió significativamente en la calidad de vida, especialmente en las escalas función física, dolor, insomnio, diarrea y síntomas del brazo.

Resulta fácil de comprender que las mujeres mayores, con sentimientos de depresión y ansiedad debido a todos los factores relacionados con el paso de los años, cuando son diagnosticadas de un cáncer de mama, con las posteriores consecuencias físicas, funcionales y sociales, sufren una profunda alteración en su estilo de vida, sus pensamientos, ideas y consecuentemente, su calidad de vida. (Moura *et al.*, 2010).

Fobair *et al.* (2005), en un estudio aún en fase de publicación, examinaron esta cuestión. La mitad de la población de las 546 mujeres estudiadas experimentó dos o más problemas relacionados con la imagen corporal en algún momento del tratamiento, y 17% experimentaron por lo menos un problema todo el tiempo. Entre las mujeres sexualmente activas, los mayores problemas de imagen corporal estuvieron asociados a la mastectomía y posible reconstrucción de la mama, la pérdida del cabello a causa de la quimioterapia, las alteraciones del peso, la pérdida de salud mental, baja autoestima y las dificultades del cónyuge para comprender sus sentimientos.

V.5.3 Desempeño físico

En la investigación de Velloso, Barra y Dias (2009), menos de 50% de las pacientes relataron limitación en la realización de las actividades cotidianas como resultado de las deficiencias sensoriales de los sistemas musculoesquelético y linfático que pueden ocurrir después de la BLS.

Ronka *et al.* (2005) refieren que un 17% de las mujeres, después de un año, informaron que la morbilidad interfirió en la realización de las AVDs, 19% en las actividades de ocio y 21% en el trabajo, pero sin grandes esfuerzos. Apenas un 7,8% de las 180 mujeres evaluadas en el estudio de Schijven *et al.* (2003) presentaron dificultades en la realización de las tareas diarias.

Según Borges (2010), en su investigación con 11 mujeres con cáncer de mama, la dimensión movilidad obtuvo 36,36% de respuesta “muy buena” para la capacidad de moverse.

Las pacientes que recibieron quimioterapia experimentaron síntomas de la menopausia, los cuales se asociaron de forma importante con la fatiga, lo que parece disminuir con el tiempo. (Fan *et al.*, 2005). Los síntomas de la menopausia inducidos por la quimioterapia contribuyen a la disminución de la actividad sexual (Conde *et al.*, 2005), a niveles bajos de función física y pobre calidad de vida en mujeres de mediana edad tras el tratamiento del cáncer de mama (Knobf, 2006), aunque también se han informado altos niveles de función física. (Ishiyama *et al.*, 2006).

Otros autores informaron que en un grupo que recibió quimioterapia, se detectó una disminución del funcionamiento físico y consecuentemente, más problemas con las actividades del trabajo o actividades diarias, además de que las pacientes refirieron

intensa fatiga tras el tratamiento con quimioterapia y peor índice de salud global. (Lotti *et al.*, 2008).

V.5.4 Desempeño funcional

Para Zapata (2009), el tratamiento y sus consecuencias afectan la disminución o término de las actividades de ocio, actividades del hogar y trabajo, pues las 107 mujeres de su investigación afirmaron no trabajar más, tampoco hacer actividades de ocio y del hogar.

Ya Burak *et al.* (2002) verificaron que 70,7% de las 48 mujeres evaluadas refirieron retornar a las actividades cotidianas o laborales en apenas tres días después de la BLS. La presencia de síntomas interfiriendo en la realización de actividades de vida diaria fueron descritos por Schulze *et al.* (2006) y referidos por el 15,8% de las pacientes estudiadas. También, Barranger *et al.* (2005) encontraron más limitaciones en la realización de AVD. De las 54 pacientes estudiadas, a los 24,3 meses de la BLS, 27,8% y 14,8% de ellas apuntaron restricciones en las actividades cotidianas o de trabajo y en el ocio, respectivamente.

Swenson *et al.* (2002) refieren que, entre las pacientes de BLS que trabajaban en la época del tratamiento del cáncer de mama, 62,8% perdieron más de cinco días en el trabajo. Los autores justifican los resultados como consecuencia más del tratamiento sistémico que propiamente de la cirugía, ya que el 41% de ellas realizaron quimioterapia. Ya Burak *et al.* (2002) verificaron que el 70,7% de las 48 mujeres evaluadas informaron retornar a las actividades cotidianas o laborales en apenas tres días después de la BLS.

V.5.5 Desempeño social

Según Vieira, Lopes y Shimo (2007), la mayoría de las enfermas de su investigación no refirieron cambios en las relaciones. Las mujeres refirieron recibir apoyo familiar y social, aunque no todas se sintieran mejores con eso y la mayoría evaluó su calidad de vida como buena. La evaluación negativa fue más frecuente en pacientes con más de 50 años, escolaridad baja, diagnóstico hasta dos años y que realizó radioterapia.

De acuerdo con la investigación de Marcon y Salci (2009), en el dominio relaciones sociales, que tiene como dimensiones las relaciones personales, soporte (apoyo) social y actividad sexual, lo que más destacó fue la dimensión relaciones personales que obtuvo un porcentaje de 63,64%. Ante este resultado percibimos que las mujeres están satisfechas con sus relaciones personales y mantienen una buena relación con las personas que están a su alrededor. En la dimensión soporte (apoyo) social el porcentaje fue de 45,45% para satisfecho y 45,45% para muy satisfecho con el apoyo que reciben. Se destaca en este ítem que el apoyo de los amigos es una herramienta favorable para el bienestar de las personas. En relación con la actividad sexual 36,36% de las mujeres estaban muy satisfechas con su vida sexual.

V.5.6 Desempeños emocional y cognitivo

En el área psicológica que tiene como dominios los sentimientos positivos, pensar, aprender, memoria y concentración, autoestima, imagen corporal, sentimientos negativos y espiritualidad/religión, se percibe que la dimensión espiritualidad/religión

fue la que más destacó en la investigación de Borges (2010). Un 63,64% de las mujeres dijeron tener bastante espiritualidad, lo que favorece las formas de enfrentamiento aprendidas en la búsqueda de la curación. 45,45% de las mujeres revelan que sienten algunas veces, sentimientos negativos, que pueden tornar el día a día más difícil. En cuanto a la capacidad de pensar, aprender, memoria y concentración, el 36,36% de ellas refirieron poseer muy poca concentración y memoria. En relación a los sentimientos positivos un 36,36% poseen bastantes sentimientos positivos, lo que favorece el enfrentamiento de la enfermedad. Sobre autoestima, el 27,27% están satisfechas y 18,18% están muy satisfechas con relación a su imagen corporal y apariencia, o sea, se aceptan como son.

La mujer sometida a mastectomía puede presentar una serie de dificultades al reincorporarse a su vida profesional, social, familiar y sexual. Esa fase se torna, muchas veces, limitante y de difícil adaptación, haciéndola depender de una red de soporte para el enfrentamiento de esa nueva condición, sintiendo la necesidad de mantenerse informada respecto de los cuidados indispensables después de la cirugía para seguir, y volverse agente activa en su proceso de rehabilitación. (Oliveira, Fernandes y Sawada, 2008).

En la investigación de Huguet *et al.* (2009), las mejores puntuaciones fueron obtenidas en el dominio físico y las peores, en el dominio psicológico, de forma similar a nuestros datos en los momentos 1, 2 y 4.

En una investigación que evaluó la función cognitiva de pacientes con cáncer de mama tratadas con quimioterapia adyuvante y las comparó con un grupo en acompañamiento de salud, se detectó que la función cognitiva estaba perjudicada en el grupo de mujeres con cáncer de mama en tratamiento adyuvante. (Brezden *et al.*, 2000).

La disfunción cognitiva parece ser común en pacientes sometidas a quimioterapia adyuvante para cáncer de mama, con tendencia a mejorar con el tiempo, pero, cuando se compara con mujeres saludables presentan peor desempeño cognitivo general. (Machado y Sawada, 2008).

V.5.7 Síntomas del cáncer

Stone *et al.* (2000) compararon la prevalencia y gravedad de la fatiga de los pacientes de cáncer con un grupo control de voluntarios sin cáncer. El mayor cansancio en la muestra oncológica, especialmente en los casos de enfermedad avanzada, se asociaba significativamente con la gravedad de los síntomas psicológicos (ansiedad y depresión) y con la gravedad del dolor y la disnea. En otro estudio se analizó la fatiga en un grupo de 1307 pacientes con diferentes tipos de neoplasias. El cansancio era considerado por los pacientes como un problema más importante que el dolor, las náuseas y los vómitos, e insuficientemente tratado en un 33 % de los casos.

En cáncer de mama, el 75 % de 162 mujeres tratadas con radioterapia y el 61 % de 173 pacientes tratadas con quimioterapia presentaron disminución de energía de 2 a 10 años después de finalizar el tratamiento. (Verde *et al.*, 2009).

Diversos estudios indican la existencia de relaciones entre la fatiga y la disminución de la calidad de vida. Así en el estudio de Ferrell (2006) con 687 supervivientes de varios tipos de cáncer, la fatiga fue uno de los tres aspectos que afectaron más negativamente la vida cotidiana. Stone *et al.* (2000) constató que se afectaban sobre todo las capacidades de cuidarse de las pacientes. Visser y Smets (2008) estudiaron las relaciones entre fatiga, depresión y calidad de vida comparando varios

tipos de pacientes que recibían radioterapia en una muestra de 250 pacientes. La fatiga y la depresión no seguían una evolución paralela a lo largo del tiempo: mientras la depresión disminuía al finalizar el tratamiento, la fatiga se mantenía estable o se incrementaba.

También Sadler *et al.* (2002) constataron relaciones significativas entre el síndrome de fatiga crónica y elementos de la calidad de vida como depresión, vitalidad, problemas de rol cotidiano y dificultades emocionales.

Ancoli-Israel *et al.* (2001) realizaron una exhaustiva revisión de las relaciones entre la fatiga y los ciclos de sueño/vigilia en pacientes de cáncer. Los datos revisados parecen indicar, que el mantenimiento de los ritmos del sueño afecta a la calidad de vida de los pacientes a través de la disminución de la fatiga.

Irvine *et al.* (2003) estudiaron la fatiga en 76 mujeres con cáncer de mama tratadas con radioterapia. El análisis realizado de manera prospectiva (desde el inicio del tratamiento hasta 6 meses después) mostró que la fatiga se incrementaba significativamente en el curso del tratamiento, especialmente la última semana, para volver a los niveles iniciales 3 meses después. Es interesante señalar que no se encontraron relaciones con la edad ni con el estadio de la enfermedad y sí en cambio con el estrés producido por los síntomas, el estrés psicológico y las estrategias para aliviar la fatiga, como disminuir las actividades y aumentar el reposo.

El dolor al movimiento estuvo presente en 9,7%, 3,3%, 6,4%, 3,4% y 3,1% de las pacientes sometidas a BLS después de 1, 3, 6, 12 y 18 meses de la cirugía, respectivamente, en el estudio de Fleissig *et al.* (2006). Magaldi *et al.* (2005), usando cuestionarios con respuestas dicotómicas (sí/no) elaborados para la investigación, encontraron 10% de relato de dolor por las pacientes entre 6 y 18 meses tras la cirugía. En ambos estudios, la intensidad del dolor no fue cuantificada.

Ronka *et al.* (2005) encontraron un 28% de las 43 mujeres evaluadas tras un año de la BLS con relato de dolor en el brazo, de las cuales un 16% lo clasificaron como leve y un 12% de intensidad moderada. El dolor en la mama estuvo presente en 37% de la muestra, siendo considerado leve por el 30%. En ese estudio, el 19% de las participantes fueron sometidas a mastectomía.

Un estudio transversal con 92 pacientes sometidas a BLS después de tres años de la cirugía (33 a 41 meses), conducido por Leidenius *et al.* (2005), detectó que un 39% de las mujeres se quejaban de dolor en la región de la mama, siendo considerado moderado y grave por apenas 5% de ellas. Once pacientes (12%) refirieron dolor en el miembro superior, y todas lo cuantificaron como leve.

Ballatori y Roila (2003) revisaron el impacto negativo que náuseas y vómitos tras quimioterapia tienen sobre la Calidad de Vida (CV) de los pacientes, que causan fisuras esofágicas, mala nutrición, alteraciones hidroelectrolíticas hasta la recusación por las pacientes de terminar los ciclos de quimioterapia. Este impacto es mensurado principalmente en las funciones física o corporal de las escalas de CV utilizadas. La disminución de índices de CV pueden ser factores relacionados con el empobrecimiento de la salud mental. Actualmente, debido a nuevas medicaciones antieméticas, la tasa de náuseas y vómitos es inferior al 10%.

Durante el período de quimioterapia, náusea y vómito son síntomas frecuentes y contribuyen a la disminución en la calidad de vida relacionada con la salud, pero, después de muchos años de tratamiento, son raramente referidos (Roque y Forones, 2006).

V.5.8 Síntomas adicionales del cáncer

De acuerdo con la investigación de Pinna *et al* (2008), la disnea es un síntoma más frecuente en los enfermos con cáncer de pulmón. Las mujeres con cáncer de mama refieren poco la disnea como un síntoma durante el tratamiento oncológico.

En la investigación de Souza (2008), los problemas más comunes fueron: insomnio, fatiga y dolor, además de un probable prejuicio con la imagen corporal, alta satisfacción con tratamiento quirúrgico y favorable resultado cosmético también fueron observados, pero con considerable aumento del miedo de recurrencia del cáncer de mama.

En un estudio que examinó la relación entre el insomnio y el cáncer, en 823 personas, todas ellas tratadas con quimioterapia, la edad promedio fue de 58 años y el 73 por ciento eran mujeres. Los resultados muestran una alta tasa de insomnio. El 43% tenía insomnio durante el día siete del primer ciclo de quimioterapia; un 37 por ciento refirió síntomas de insomnio. (Palesh *et al.*, 2008). Las personas menores de 58 años eran más propensas a tener insomnio. Los participantes con cáncer de mama tenían el mayor número de quejas de insomnio en general. Las personas con insomnio referían más índices de depresión y fatiga, frente a los que dormía bien.

Janz *et al.*, 2007, observaron diferencias significativas para el síntoma pérdida de apetito con un valor de $t(-2,5) = 0,02$, $p < 0,05$; con una media de 2,5 para el grupo experimental y una media de 17,8 para el grupo control, lo que indicó que en el grupo experimental se redujo el número de personas (o el nivel del malestar) que reportaron pérdida de apetito.

El estreñimiento ocurre con una frecuencia mayor durante el tratamiento oncológico debido a los efectos de los quimioterápicos y radioterapia, pero puede ser controlado con una dieta rica en fibras, frutas y verduras.

En la mayoría de los estudios, se observó que la diarrea generalmente ocurre en los primeros días después del tratamiento de quimioterapia. También podía suceder una o dos semanas después de recibir el tratamiento de quimioterapia. Los fármacos de la quimioterapia actúan destruyendo las células de rápida división, incluyendo las células del cáncer. Desafortunadamente, pueden afectarse también otras células sanas, como las de las paredes intestinales. Al lastimar temporalmente la pared intestinal, la quimioterapia altera el delicado equilibrio de los fluidos que ahí se encuentran, resultando algunas veces en diarrea. Otras veces la diarrea es causada por laxantes tomados para prevenir el estreñimiento, por otras afecciones no relacionadas con el cáncer y por reacciones a ciertos alimentos. (Mulders M., Vingerhoets A. y Breed, 2008).

Janz *et al.*, 2007 observaron diferencias significativas en la escala de impacto financiero, con un valor de $t(-1,8) = 0,015$, $p < 0,05$, con una media de 24,9 para el grupo experimental y de 48,4 para el grupo control, lo que indicó menores dificultades financieras para los integrantes del grupo experimental.

CONCLUSIONES



VI. CONCLUSIONES

1. La muestra de esta investigación ha estado compuesta por 60 mujeres con cáncer de mama, con un promedio de edad de 54,35 \pm 12,31 años, el 65% de las cuales tenía 50 ó más años. La mayoría de las pacientes (60,0%) eran de color pardo, estaban casadas (58,3%), tenían estudios primarios (56,7%) y pertenecían a un nivel socioeconómico bajo (78,3%).

2. Según su estilo de vida, las mujeres llevaban a cabo una media de 5 \pm 0,956 actividades, bajando este índice a 4 \pm 1,186 después de la enfermedad.

3. Antes del cáncer, las pacientes consideraban su capacidad para ejercer las actividades de la vida diaria (AVD's) como excelente (98,3%), estaban muy satisfechas con su estilo de vida (68,3%), tenían una relación familiar fuerte (95%) y una buena autoestima (71,7%). Después de la enfermedad, pasaron a clasificar su capacidad para ejercer las actividades cotidianas como buena (60%) y regular (31,7%). El grupo de las mujeres muy satisfechas con su estilo de vida (48,3%) se dividió con las que ahora estaban parcialmente satisfechas (48,3%), continuaron teniendo una relación familiar fuerte (93,3%), pero sus conceptos de autoestima variaron de normal (36,7%) o bueno (38,3%) para la mayoría a bajo para el 20% de ellas.

4. Dieta y actividad física fueron las dimensiones del estilo de vida que se relacionaron significativamente con el desempeño físico durante el tratamiento con quimioterapia y radioterapia, mientras que las actividades de ocio, del hogar y religiosas antes de la enfermedad se relacionaron significativamente el desempeño social y funcional durante la quimioterapia y radioterapia.

5. Durante el tratamiento con quimioterapia y radioterapia se evidenció la relación entre las variables del estilo de vida y los factores psicológicos “trabajo, trabajo estresante, actividad sexual, autoestima, satisfacción con el estilo de vida, estrés, pérdida sentimental y cáncer en la familia” con el desempeño emocional, así como entre los factores psicológicos después del diagnóstico de la enfermedad y los resultados globales de la calidad de vida durante el tratamiento oncológico.

6. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la pérdida sentimental, sedentarismo, estrés, tabaquismo, alimentación grasa y uso de anticonceptivos. Un factor de riesgo importante en esta investigación fue el bajo número de hijos que las mujeres tuvieron y no amamantarlos. La obesidad, sedentarismo y alimentación grasa fueron los factores de riesgo que tuvieron relación significativa con el desempeño físico de estas mujeres.

7. El estilo de vida y los factores de riesgo que las mujeres con cáncer de mama presentaban antes de la enfermedad influyeron en su calidad de vida durante el tratamiento oncológico.

8. La calidad de vida general tuvo un menor índice durante el tratamiento de quimioterapia y radioterapia, aunque los peores índices tanto de la calidad de vida general como de las escalas funcionales de la calidad de vida, se presentaron durante la quimioterapia.

9. Cuanto mayor o menor fue el índice del estado de salud global tras el diagnóstico de la enfermedad, mayor o menor iba a ser en los momentos subsecuentes, así como cuanto mayor la edad, menor el estado de salud global tras el diagnóstico de la enfermedad.

10. El estado emocional y el estado cognitivo de las mujeres estuvieron más afectados antes del tratamiento y durante la quimioterapia. Los otros desempeños de la

calidad de vida estuvieron más afectados durante la quimioterapia y radioterapia, pero principalmente durante la quimioterapia.

11. Los síntomas del cáncer (fatiga, dolor, náusea y vómito) fueron más frecuentes durante la quimioterapia. Los síntomas adicionales del cáncer (disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades financieras) se intensificaron durante la quimioterapia y radioterapia, principalmente el insomnio, la pérdida de apetito, el estreñimiento y las dificultades financieras.

12. De forma general, las mujeres de la muestra de esta investigación sufrieron muchas alteraciones en su calidad de vida durante todo el tratamiento oncológico, pero con una intensidad mayor durante el tratamiento de quimioterapia. Sin embargo, recuperaron los índices elevados de calidad de vida tres meses después de concluir el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

Abreu, E. (2002). Câncer de mama feminina em Goiânia: análise de sobrevida em dez anos na coorte diagnosticada em 1988-90. Tese de Doutorado, ENSP/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil.

Abreu, E. y Koifman, S. (2002). Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. Revista Brasileira de Cancerologia, 48 (1), 113-131.

Alves, R. V., Mota, J., Costa, M. C. y Alves, J. G. B. (2004). Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidroginástica. Rev Bras Med Esporte, 10 (1), 31-37.

Ancoli-Israel, S., Moore, P. y Jones, V. (2001). The relationship between fatigue and sep in cancer patients: a review. Eur J Cancer Care, 10, 245-255.

Arnaud, S., Houvenaeghel, G., Moutardier, V., Butarelli, M., Martino, M., Tallet, A., *et al.* (2004). Patients' and Surgeons' perspectives on axillary surgery for breast cancer. Eur J Surg Oncol., 30 (7), 735-743.

Aronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., *et al.* (1993). 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., 85 (5), 365-376.

Ballatori, E. y Roila, F. (2003). Impact of nausea and vomiting on quality of life in cancer patients during chemotherapy. Health and quality of life outcomes.

Barranger, E., Dubernard, G., Fleurence, J., Antoine, M., Darai, E. y Uzan, S. (2005). Subjective morbidity and quality of life after sentinel node biopsy and axillary lymph node dissection for breast cancer. J Surg Oncol., 92 (1), 17-22.

Belasco, A. G. S. y Sesso, R. C. C. (2006). Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. Citado en: Diniz, D. P.; Schor, N. (2008). Qualidade de vida: guias de medicina ambulatorial e hospitalar/UNIFESP - Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manole.

Bergmann, A., Echenique, I., Rosalina, M. y Koifman, J. (2007). Upper limb lymphedema following breast cancer surgery: prevalence and associated factors. Lymphology, 40, 96-106.

Bittencourt, R., Scaletzky, A. y Boehl, J. A. R. (2004). Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. Revista Brasileira de Cancerologia, 50 (2), 95-101.

Borges, J. B. R., Morais, S. S., Borges, T. G., Guarisi, R., Maia, E. M. C., Paganotti, J. C. y Barros, F. S. (2008). Perfil das mulheres no município de Jundiá quanto ao hábito do auto-exame das mamas. Revista Brasileira de Cancerologia, 54 (2), 113-122.

Borges, R. (2010). Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama e ginecológico no município de Rio do Oeste segundo o olhar do WHOQOL – BREF da OMS. EFDeportes, 15 (149).

Bowling, A., Gabriel, Z., Dakes, J., Dowding, L. M., Evans, O., Fleissig, A., *et al.* (2003). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. Int J Aging Hum Dev, 56 (4), 269-306.

Branco, I. M. B. H. P. (2005). Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem. Texto Contexto Enferm, 14 (2), 246-249.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle do Câncer. (2007). O Problema do Câncer no Brasil (4ª. ed.). Rio de Janeiro: INCA.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. (2004). TNM: classificação de tumores malignos (6a ed.). Rio de Janeiro: INCA.

Breast Cancer. (2011). Disponible en: <http://www.federalgrants.com/Department-of-DefenseDoD-Breast-Cancer-Research-ProgramBCRP-Era-of-Hope-Scholar-Award-5370.html>.

Bregagnol, R. K. y Dias, A. S. (2010). Alterações Funcionais em Mulheres Submetidas à Cirurgia de Mama com Linfadenectomia Axilar Total. Revista Brasileira de Cancerologia, 56 (1), 25-33.

Brezden, C. B., Phillips, K., Abdoell, M., Bunston, T. y Tannock, I. F. (2000). Cognitive function in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. J Clin Oncol, 14, 2695-2701.

Brinton, L. A., Carreon, J. D., Gierach, G. L., McGlynn, K. A. y Gridley, G. (2010). Etiologic factors for male breast cancer in the U.S. Veterans Affairs medical care system database. Breast Cancer Research and Treatment, 119 (1), 185-192.

Brites, R. (2007). Manual de Técnicas e Métodos Quantitativos. Portugal: Instituto Nacional de Administração – INA.

Brito, C. (2004). Avaliação do Tratamento à Paciente com Câncer de Mama nas Unidades Oncológicas do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Dissertação Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.

Burak Jr, W. E., Hollenbeck, S. T., Zervos, E. E., Hock, K. L., Kemp, L. C. y Young, D. C. (2002). Sentinel lymph node biopsy results in less postoperative morbidity compared with axillary lymph node dissection for breast cancer. Am J Surg., 183, 23-27.

Cancer. (2011). Disponible en: <http://www.cancer.umn.edu/index.html>.

Carlson, R. W., Anderson, B. O., Chopra, R., *et al.* (2003). Treatment of Breast Cancer in Countries with Limited Resources. The Breast Journal, 9 (2), 67-74.

Carvalho, I. A. F. (2011). Nutrição, Obesidade, Estilo de Vida e CA de Mama. Disponible en: <http://www.saomarcos.org.br/arquivos/pdf/jornaldamama/032011.02.pdf>

Cassileth, B., Heitzer, M. y Gubili, J. (2008). Integrative Oncology: Complementary Therapies in cancer care. Cancer Chemother Rev., 3 (4), 204-211.

Castro, M. E., Rolim, M. O. y Mauricio, T. F. (2005). Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. Acta paulista de enfermagem, 18 (2).

Cervera, S. y Aubá, E. (2005). Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. Boletín de Psicología, 85, 7-29.

Chie, W. C., Yang, C. H., Hsu, C. y Yang, P. C. (2004). Quality of life of lung cancer patients: validation of the Taiwan Chinese version of the EORTC QLQ-C30 and QLQ-LC13. Qual Life Res., 13 (1), 257-262.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. Lancet, 360,187-195.

Cole, T. J., Flegal, K. M., Nicholls, D. y Jackson, A. A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. BMJ.

- Coleman, R. (2002). Current and future Status of Adjuvant Therapy for Breast Cancer. The Breast Journal, 97 (3), 880-886.
- Conde, D. M., Pinto-Neto, A. M., Cabello, C., Sá, D. S., Costa- Paiva, L. y Martinez, E. Z. (2005). Menopause symptoms and quality of life in women aged 45 to 65 years with and without breast cancer. Menopause, 12 (4), 436-443.
- Couceiro, T. C. M., Menezes, T. C. y Valênça, M. M. (2009). Síndrome dolorosa pós-mastectomia: A magnitude do problema. Rev. Bras. Anesthesiol., 59 (3).
- Crespo, A. A. (2009). Estatística fácil (19a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Cruz, C. T., Barros, N. F. y Hoehne, E. L. (2009). Evidências sobre o Uso de Práticas Alternativas e Complementares no Tratamento Convencional de Neoplasias Mamárias. Revista Brasileira de Cancerologia, 55 (3), 237-246.
- Dell'Ordine, J. L. (2005). Antropología social, cultural y biológica. Argentina: El Cid Editor.
- Digman, J. (2000). Differences in Breast Cancer Prognosis Among African-American and Caucasian women. A Cancer Journal for Clinicians, 50-64.
- Dubernard, G., Siderlis, L., Delalogue, S., Marsiglia, H., Rochard, F., Travagli, J. P., *et al.* (2004). Quality of life after sentinel lymph node biopsy in early breast cancer. Eur J Surg Oncol., 30 (7), 728-734.
- Elizondo-Armendáriz, J. J., Grima, F. G. y Ontoso, I. A. (2005). Prevalencia de Actividad Física y su Relación con Variables Sociodemográficas y Estilos de Vida en la Población de 18 a 65 Años de Pamplona. Rev. Esp. Salud Publica., 79 (5).
- Ember, C. R., Ember, M. y Peregrine, P. (2004). Antropología (10a ed.). Madrid: Pearson Educación.
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H. y Hölzel, D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. Breast J., 10 (3), 223-231.
- Fan, H. G., Houédé-Tchen, N., Yi, Q. L., Chemerynsky, I., Downie, F. P., Sabate, K., *et al.* (2006). Fatigue, menopausal symptoms, and cognitive function in women after

adjuvant chemotherapy for breast cancer: 1-and 2-year follow-up of a prospective controlled study. J Clin Oncol., 24 (32), 5170-5172.

Fardo, V. M., Creutzberg, M. y Silva, M. C. S. (2005). Qualidade de vida de idosos hospitalizados: um estudo preliminar. Nursing, 86 (8), 314-319.

Ferrell, B., Grant, M., Dean, G., Funk, B. y Ly, J. (2006). Bone tired. Oncol Nurs Forum, 23, 1539-1547.

Fleissig, A., Fallowfield, L. J., Langrindge, C. I., Johnson, L., Newcombe, G., Dixon, J. M., *et al.* (2006). Post-operative arm morbidity and quality of life. Results of the ALMANAC randomized trial comparing sentinel node biopsy with standard axillary treatment in the management of patients with early breast cancer. Breast Cancer Res Treat, 95 (3), 279-293.

Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'onofrio, C., Banks P. J. y Bloom, J. R. (2005). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. PsychoOncology.

Franceschini, J., Jardim, J. R., Fernandes, A. L. G., Jamnik, S. y Santoro, I. L. (2010). Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão. J Bras Pneumol., 36 (5), 595-602.

Franzi, S.A. y Silva, P.G. (2003). Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. Revista Brasileira de Cancerologia, 49 (3), 153-158.

Ganz, P. A., Kwan, L., Stanton, A. L., Krupnick, J. L., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., *et al.* (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. J Natl Cancer Inst., 96 (5), 376-387.

Georgiades, A., Sherwood, A., Gullette, E. C., Babyak, M. A., Hinderliter, A., Waugh, R., *et al.* (2000). Effects of exercise and weight loss on mental stress- induced cardiovascular responses in individuals with high blood pressure. Hypertension, 36 (2), 171-176.

Goldhirsch, A., Glick, J. H., Gelber, R. D., Coates, A. S. y Senn, H. J. (2001). Meeting highlights: International Consensus Panel on the Treatment of Primary Breast Cancer. Journal of Clinical Oncology, 19 (18), 3817-3827.

González, M. I. S. (2002). La educación para la salud del Siglo XXI: Comunicación y Salud (2a ed.). Madrid: Díaz de Santos.

Griggs, J. J., Sorbero, M. E. S. y Lyman, G. H. (2005). Undertreatment of obese women receiving breast cancer chemotherapy. Arch Intern Med., 165,1267-1273.

Guthold, R., Ono, T., Strong, K. L., Chatterji, S. y Morabia, A. (2008). Worldwide variability in physical inactivity a 51-country survey. Am J Prev Med. 34, 486-494.

Guzelant, A., Goksel, T., Ozkok, S., Tasbakan, S., Aysan, T. y Bottomley, A. (2004). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. Eur J Cancer Care, 13 (2), 135-144.

Hallal, A. L. C., Gotlieb, S. L. D., Almeida, L. M. y Casado, L. (2009). Prevalência e fatores associados ao tabagismo em escolares da Região Sul do Brasil. Rev Saúde Pública, 43 (5), 779-788.

Harris, M. (2001). Introducción a la Antropología General. Madrid: Alianza Editorial.

Heyde, R. V. D. y Heyde, M. V. D. (2004). Implementando modificações no estilo de vida. Rev. Bras. Hiperten., 11 (2), 102-104.

Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M. y Moschen, R. (2001). Quality of life in breast cancer patients-not enough attention for longterm survivors? Psychosomatics, 42 (2), 117-123.

Huguet, P. R., Morais, S. S., Osis, M. J. D., Pinto-Neto, A. M. y Gurgel, M. S. C. (2009). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet., 31 (2), 61-67.

Iconomou, G., Mega, V., Koutras, A., Iconomou, A. V. y Kalofonos, H. P. (2004). Prospective assessment of emotional distress, cognitive function, and quality of life in patients with cancer treated with chemotherapy. Cancer, 101(2), 404-411.

Instituto Nacional de Câncer - INCA. (2009). Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA.

Instituto Nacional do Câncer – INCA. (2008). Manual: Tabagismo. Disponible en: <http://www.inca.gov.br/tabcurso.htm>.

Instituto Nacional do Câncer – INCA. (2003). Câncer de mama – reforço nas estratégias nacionais no controle da doença. Disponible en: <http://www.inca.gov.br/camama.htm>.

Irvine, D., Vincent, L., Graydon, J. y Bubela, N. (2003). Fatigue in women with breast cancer receiving radiation therapy. Cancer Nurs, 21, 127-135.

Isang, E. Y. L., Liamputtong, P. y Pierson, J. (2004). The views of order chinese people in Melbourne about their quality of life. Ageing & Society, 51-74.

Ishiyama, H., Niino, K., Hosoya, T. y Hayakawa, K. (2006). Results of a questionnaire survey for symptom of late complications caused by radiotherapy in breast conserving therapy. Breast Cancer, 23 (2), 197-201.

Janz, N. K., Mujahid, M., Chung, L. K., Lantz, P. M., Hawley, S. T., Morrow, M., Schwartz, K. y Katz, S. J. (2007). Symptom experience and quality of life of women following breast cancer treatment. J Womens Health, 16 (9), 1348-1361.

Kemmler, G., Holzner, B., Kopp, M., Dünser, M., Margreiter, R., Greil, R., *et al.* (1999). Comparison of two quality-of-life instruments for cancer patients: the functional assessment of cancer therapy-general and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life questionnaire-C30. J Clin Oncol., 17 (9), 2932-2940.

Kirjner, A. y Pinheiro, R. L. (2007). Interferência da Obesidade no Tratamento Quimioterápico em Mulheres com Câncer de Mama. Revista Brasileira de Cancerologia, 53(3), 345-354.

Knobf, M. T. (2006). The influence of endocrine effects of adjuvant therapy on quality of life outcomes in younger breast cancer survivors. Oncologist, 11 (2), 96-110.

Koezuka, N., Koo, M., Allison, K. R., Adlaf, E. M., Dwyer, J. J., Faulkner, G., *et al.* (2006). The Relationship between sedentary activities and physical inactivity among adolescents: results from the Canadian Community Health Survey. J Adolesc Health, 39, 515-522.

Laplantine, F. (2007). Aprender antropologia. São Paulo: Brasiliense.

Lalonde, M. (1997). A new perspective on the health of Canadians: a working document. Citado en: Colombo, R. C. R. y Aguillar, O. M. Estilo de vida e fatores de

risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 5 (2).

Leidenius, M., Leivonen, M., Vironen, J. y Smitten, K. V. (2005). The consequences of long-time arm morbidity in node-negative breast cancer patients with sentinel node biopsy or axillary clearance. J Surg Oncol., 92 (1), 23-31.

Lima, T. O. y Borges, G. C. (2009). Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer assistidos pelo centro de tratamento de câncer de Dourados. Interbio, 3 (2).

Linhares, J. J., Silva, I. D. C. G., Noronha, E. C., Ferraro, O. y Baracat, F. F. (2006). Polimorfismo em gene do receptor da progesterona e da glutathione S-transferase e risco de câncer de mama: revisão de literatura. Revista Brasileira de Cancerologia, 52 (4), 387-393.

Lopes, E. R., Mendonça, G. A. S., Goldfarb, L. M. C. S., Aguinaga, S., Costa e Silva, V. L., Mattos, I., *et al.* (2002). Câncer e meio ambiente. Rev Bras Cancerol, 38 (1), 35-64.

Lotti, R. C. B., Barra, A. A., Dias, R. C. y Makluf, A. S. D. (2008). Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. Revista Brasileira de Cancerologia, 54 (4), 367-371.

Macêdo, G.D. (2008) Influencias del estilo de vida en el proceso salud-enfermedad en poblaciones humanas: perspectivas actuales. Tesina del Máster, Departamento de Antropología Física, Universidad de Granada, Granada, España.

Macêdo, G.D., Lucena, N.M.G., Quirino, R.N. y Coutinho, J.C. (2008). Fatores de risco em idosos com seqüela de Acidente Vascular Encefálico. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 12 (1), 9-20.

Machado, S.M. y Sawada, N.O. (2008). Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. Texto Contexto Enferm, 17 (4), 750-757.

Magaldi, C. M., Barros, A. C. S. D., Magaldi, F. M., Mantese, J. C. y Pinotti, J. A. (2005). Avaliação da morbidade e funcionalidade do membro superior em mulheres submetidas à linfadenectomia axilar total e biópsia de linfonodo sentinela por câncer de mama. Rev Bras Mastol., 15 (1), 9-14.

Makluf, A.S.D., Dias, R.C. y Barra, A.A. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. Revista Brasileira de Cancerologia, 52 (1), 49-58.

Marcon, S. S. y Salci, M. A. (2009). Itinerário percorrido pelas mulheres na descoberta do câncer. Esc Anna Nery Rev Enferm., 13 (3), 558-566.

Marconi, M. A. y Presotto, Z. M. N. (2005). Antropologia – Uma Introdução (6a ed.). São Paulo: Atlas.

Martins, J. J., Albuquerque, G. L., Nascimento, E. R. P., Barra, D. C. C., Souza, W. G. A. y Pacheco, W. N. S. (2007). Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. Texto Contexto Enferm., 16 (2), 254-262.

Martins, T. G., Assis, M. A. A., Nahas, M. V., Gauche, H. y Moura, E. C. (2009). Inatividade física no lazer de adultos e fatores associados. Rev. Saúde Pública, 43, (5).

Molina, L., Dalben, I. y de Luca, L. A. (2003). Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. Rev. Assoc. Med. Bras., 49 (2).

Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographics review of the literature from 1974 to 2007. J Exp Clin Cancer Res., 29, 27-32.

Moreira, E. C. H. y Manaia, C. A. R. (2005). Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, 26 (1), 21-30.

Moros, M. T., Ruidiaz, M., Caballero, A., Serrano, H., Martínez, V., Alejandro, A. (2010). Ejercicio físico en mujeres con cáncer de mama. Rev Med Chile, 138, 715-722.

Mosconi, P., Colozza, M., De Laurentiis, M., De Placido, S. y Maltoni, M. (2001). Survival, quality of life and breast cancer. Ann Oncol., 12 (3), 15-19.

Moura, F. M. J. S. P., Silva, M. G., Oliveira, S. C. y Moura, L. J. S. P. (2010). Os sentimentos das mulheres Pós-mastectomizadas. Esc Anna Nery, 14 (3), 477-484.

Mujahid, M. S., Janz, N. K., Hawley, S. T., Griggs, J. J., Hamilton, A. S. y Katz, S. J. (2010). The impact of sociodemographic, treatment, and work support on missed work after breast cancer diagnosis. Breast Cancer Research and Treatment, 119 (1), 213-220.

Mulders, M., Vingerhoets, A. y Breed, W. (2008). The impact of cancer and chemotherapy: perceptual similarities and differences between cancer patients, nurses and physicians. Eur J Oncol Nurs., 12 (2), 97-102.

Nahas, M. V. (2003). Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo (3a ed.). Londrina: Midiograf.

Nicklasson, M. y Bergman, B. (2007). Validity, reliability and clinical relevance of EORTC QLQ-C30 and LC13 in patients with chest malignancies in a palliative setting. Qual Life Res., 16 (6), 1019-1028.

Nobre, M. R. C., Domingues, R. C. L., Silva, A. R., Colugnati, F. A. B. y Taddei, J. A. A. C. (2006). Prevalências de sobrepeso, obesidade e hábitos de vida associados ao risco cardiovascular em alunos do ensino fundamental. Rev. Assoc. Med. Bras., 52 (2).

Nogueira, E. A., Bergmann, A., Paixão, E. y Thuler, L. C. S. (2010). Alterações Sensitivas, Tratamento Cirúrgico do Câncer de Mama e Nervo Intercostobraquial: Revisão da Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia, 56 (1), 85-91.

Nowak, A. K., Stockler, M. R. y Byrne, M. J. (2004). Assessing quality of life during chemotherapy for pleural mesothelioma: feasibility, validity, and results of using the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire and Lung Cancer Module. J Clin Oncol., 22 (15), 3172-3180.

Núcleo de Apoio ao Paciente com câncer – NAPACAN. (2009). Revista ao Paciente Oncológico: Educando para ter saúde. Disponible en: <http://www.napacan.org.br>.

Olaya-Contreras, P., Buekens, P., Lazcano-Ponce, E., Villamil-Rodriguez, J. y Posso-Valencia, H. J. (1999). Factores de riesgo reproductivo asociados al cáncer mamario en mujeres colombianas. Rev. Saúde Pública, 33 (3), 237-245.

Oliveira, M. S., Fernandes, A. F. C. y Sawada, N. O. (2008). Manual Educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. Texto Contexto Enferm, 17 (1), 115-123.

Organização Mundial de Saúde - OMS. (2009). Indicadores de Saúde. Disponible en: <http://www.who.int/es>.

Oshumi, S., Shimozuma, K., Kuroi, K., Ono, M. y Imai, H. (2007). Quality of life of breast cancer patients and types of surgery for breast cancer: current status and unresolved issues. Breast Cancer, 14 (1), 63-73.

Palesh, O. G., Roscoe, J. A., Mustian, K. M., Roth, T., Savard, J., *et al.* (2008). Prevalence, Demographics, and Psychological Associations of Sleep Disruption in Patients With Cancer: University of Rochester Cancer Center–Community Clinical Oncology Program. Journal of Clinical Oncology.

Pate, R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W., Macera, C. A., Bouchard, C., *et al.* (1995). Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA, 273, 402-407.

Pedrosa, A. M., Monteiro, H., Lins, K.; Pedrosa, F. y Melo, C. (2007). Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., 7 (1).

Palesh, O. G., Roscoe, J. A., Mustian, K. M., Roth, T., Savard, J., *et al.* (2008). Prevalence, Demographics, and Psychological Associations of Sleep Disruption in Patients With Cancer: University of Rochester Cancer Center–Community Clinical Oncology Program. Journal of Clinical Oncology.

Peintinger, F., Reitsamer, R., Stranzl, H. y Ralph, G. (2003). Comparison of quality of life and arm complaints after axillary lymph node dissection vs sentinel lymph node biopsy in breast cancer patients. Br J Cancer, 89, 648-652.

Peixoto, S. V., Giatti, L., Afradique, M. E. y Lima-Costa, M. F. (2004). Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. Epidemiol Serv Saúde. 13 (4), 46-53.

Pelegrini, A. y Petroski, E. L. (2009). Inatividade física e sua associação com estado nutricional, insatisfação com a imagem corporal e comportamentos sedentários em adolescentes de escolas públicas. Rev. paul. pediatr., 27 (4).

Petito, E. L. y Gutiérrez, M. G. R. (2008). Elaboração e validação de um programa de exercício para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. Revista Brasileira de Cancerologia, 54 (3), 275-287.

Plavnik, F. L. y Kohlmann Junior, O. (2002). Hipertensão arterial: como diagnosticar e tratar. Rev Bras Med, 59 (1/2), 49-60.

Pinna, M. A. C., Vargas, R. M., Moralo, M. J. R. (2008). Factores etiológicos de la disnea al final de la vida. Medicina Paliativa, 15 (3), 143-148.

Popkin, B. M. (2001). The nutrition transition and obesity in the developing world. J Nutr, 131, 871-873.

Rea, M. F. (2004). Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. Jornal de Pediatria, 80 (5).

Rebato, E., Susanne, C. y Chiarelli, B. (2005). Para Comprender la Antropología Biológica: Evolución y Biología Humana. Navarra: Editorial Verbo Divino.

Recco, D. C., Luiz, C. B. y Pinto, M. H. (2005). O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. Arq Ciênc Saúde, 12 (2), 85-90.

Rhodes, V. A. y McDaniel, R. W. (2001). Nausea, vomiting, and retching: complex problems in palliative care. CA Cancer J Clin., 51 (4), 232-248.

Rietman, J. S., Geertzen, J. H. B., Hoekstra, H. J., Dolsma, P. B., Vries, J., Groothoff, J. W., *et al.* (2006). Long term treatment related upper limb morbidity and quality of life after sentinel lymph node biopsy for stage I or II breast cancer. Eur J Surg Oncol., 32 (2), 148-152.

Rodrigues, C. D. S., Culau, J. M. C. y Nunes, D. M. (2007). Aprendendo a cuidar: vivências de estudantes de enfermagem com crianças portadoras de câncer. Revista Gaúcha de Enfermagem, 28 (2), 274-282.

Rodríguez, C. S. (2005). Calidad de vida y beneficio clínico con tratamiento radioterápico. Oncología, 28 (3).

Rodvold, K. A., Rushing, D. A. y Tewksbury, D. A. (1988). Doxorubicin clearance in the obese. J Clin Oncol., 6 (8), 1321-1327.

Rönka, R., Smitten, K. V., Tasmuth, T. y Leidenius, M. (2005). One-year morbidity after sentinel node biopsy and breast surgery. Breast, 14 (1), 28-36.

Roque, V. M. N. y Forones, N. M. (2006). Avaliação da qualidade de vida e toxicidades em pacientes com câncer colorretal tratados com quimioterapia adjuvante baseada em Fluoropirimidinas. Arq Gastroenterol, 43 (2), 94-101.

Rossini, A., Rapozo, D. C., Amorim, L. M., Macedo, J. M., Medina, R., Neto, J. F., *et al.* (2002). Frequencies of GSTM1, GSTT1, and GSTP1 polymorphisms in a Brazilian population. Genet Mol Res., 1 (3), 233-240.

Sadler, I., Jacobsen, P., Booth-Jones, M., Belanger, H., Weitzner, M. y Fields, K. (2002). Preliminary evaluation of clinical syndrome approach to assessing cancer-related fatigue. J Pain Symptom Manage. 23 (5), 406-416.

Sales, C. A. C. C., Paiva, L., Scanduzzi, D. y Anjos, A. C. Y. (2001). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. Rev. Brasileira de Cancerologia. 47 (3), 263-272.

Salvador-Carulla, L., Cano-Sanchez, A. y Cabo-Soler, J. R. (2004). Longevidad – Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida. Madrid: Editorial Médica – Panamericana.

Sánchez-García, I. (2009). The Crossroads of Oncogenesis and Metastasis. The new england journal of medicine. 360 (3), 297-300.

Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M. y Henriques, M. E. R. M. (2002). Elderly quality of life in the community: application of the Flanagan's Scale. Rev Latino Am Enfermagem. 10 (6), 757-764.

Santos, Z. M. S. A. y Lima, H. P. (2008). Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. Texto contexto – enfermagem. 17 (1), 90-97.

Sawada, N. O., Nicolussi, A. C., Okino, L., Cardozo, F. M. C. y Zago, M. M. F. (2009). Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. Rev Esc Enferm. 43 (3), 581-587.

Schijven, M. P., Vingerhoets, A. J. J. M., Rutten, H. J. T., Nieuwenhuijzen, G. A. P., Roumen, R. M. H., Bussel, M. E., *et al.* (2003). Comparison of morbidity between axillary lymph node dissection and sentinel node biopsy. Eur J Surg Oncol. 29 (4), 341-350.

Schulze, T., Mucke, J., Markwardt, J., Schlag, P. M. y Bembenek, A. (2006). Long-term morbidity of patients with early breast cancer after sentinel lymph node biopsy compared to axillary lymph node dissection. J Surg Oncol. 93 (2), 109-119.

Schwarz, R. y Hinz A. (2001). Reference data for the quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30 in the general German population. Eur J Cancer, 37 (11), 1345-1351.

Scott, N. W., Fayers, P. M., Aaronson, N. K., Bottomley, A., de Graeff, A., Groenvold, M., *et al.* (2008). EORTC QLQ-C30 Reference Values. Brussels: EORTC Quality of Life Group.

Scully, M., Dixon, H., White, V. y Beckmann, K. (2007). Dietary, physical activity and sedentary behaviour among Australian secondary students. Health Promot Int., 22, 236-245.

Seidl, E. M. F. y Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública, 20 (2), 580-588.

Shons, A. R. y Cox, C. E. (2001). Breast cancer: advances in surgical management. Plast Reconstr Surg., 107, 541-549.

Silva, G. y Santos, M. A. (2008). “Será que não vai acabar nunca?": Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. Texto Contexto Enferm, 17 (3), 561-568.

Silva, K. S., Nahas, M. V., Hoefelmann, L. P., Lopes, A. S. y Oliveira, E. S. (2008). Associações entre atividade física, índice de massa corporal e comportamentos sedentários em adolescentes. Rev Bras Epidemiol, 11, 159-168.

Silva, R. C. F. y Hortale, V. A. (2006). Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nessa área. Cad. Saúde Pública, 22 (10).

Siqueira, K. M. (2008). Compreendendo o ser da pessoa com câncer: suas posturas e possibilidades existenciais. Rev. Eletr. Enf., 10 (3), 866- 868.

Souza, A. M. F. (2008). Informações, sentimentos e sentidos relacionados à reconstrução mamária. Dissertação de mestrado, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, Brasil.

Stone, P., Richarsond, M., Hern, A. y Hardy, J. (2000). Estudio comparativo de la prevalencia, gravedad y correlaciones del cansancio en los pacientes con cáncer frente a un grupo control de voluntarios sin cáncer. Ann Oncol., 9 (7), 834-841.

Swenson, K. K., Nissen, M. J., Ceronsky, C., Swenson, L., Lee, M. W. y Tuttle, T. M. (2002). Comparison of side effects between sentinel lymph node and axillary lymph node dissection for breast cancer. Ann Surg Oncol., 9 (8), 745-753.

Tardón, L. (2009). El tabaco, el alcohol y el sobrepeso, factores de riesgo de un segundo cáncer de mama. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/09/09/oncologia/1252488176.html>

Thomas, J. R., Nelson, J. K. y Silverman, S. J. (2007). Métodos de Pesquisa em Educação Física (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Thomas-Maclean, R. L., Hack, T., Kwan, W., Towers, A., Miedema, B. y Tilley, A. (2008). Arm morbidity and disability after breast cancer: new directions for care. Oncol Nurs Forum., 35 (1), 65-71.

Thuler, L. C. (2003). Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. Revista Brasileira de Cancerologia, 49 (4), 227-238.

Titiev, M. (2002). Introdução a Antropologia Cultural (9a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Tryggvadottir, L., Tulinius, H., Eyfjord, J. E. y Sigurvinsson, T. (2001). Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Iceland cohort study. Am J Epidemiol., 154, 37-42.

Tuomilehto, J., Lindstrom, J., Eriksson, J. G., Valle, T., Hamalainen, H., Ilanne-Parikka, P., *et al.* (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in life-style among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med, 344, 1343-1350.

Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M. y Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Revista Brasileira de Epidemiologia, 8 (3), 246-252.

Velarde, J. E. y Avila, F. C. (2002). Methods for quality of life assessment. Salud Pública Méx., 44 (4), 349-361.

Velloso, F. S. B., Barra, A. A. y Dias, R. C. (2009). Morbidade de membros superiores e qualidade de vida após a biopsia de linfonodo sentinela para o tratamento de câncer de mama. Revista Brasileira de Cancerologia, 55 (1), 75-85.

Veronesi, U. y Zurrída, S. (2007). Breast conservation: current status and future perspectives at the European Institute of Oncology. Int J Cancer, 120 (7), 1381-1386.

Vieira, C. P., Lopes, M. H. B. M. y Shimo, A. K. K. (2007). Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. Rev Esc Enferm., 41 (2), 311-316.

Visser, M. y Smets, E. (2008). Fatigue, depression and quality of life in cancer patients: how are they related? Supp Care Cancer, 6, 101-108.

Wan, C., Zhang, C., Tu, X., Feng, C., Tang, W., Luo, J. y Meng, Q. (2008). Validation of the simplified Chinese version of the quality of life instrument EORTC QLQ-LC43 for patients with lung cancer. Cancer Invest., 26 (5), 504-510.

World Health Organization (WHO). (2010). Câncer nas Américas. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es>.

World Health Organization (WHO). (2010). Normas internacionais para a saúde da mama e controle do câncer de mama. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es>.

Zandonai, A. P., Cardozo, F. M. C., Nieto, I. N. G. y Sawada, N. O. (2010). Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. Rev. Eletr. Enf., 12 (3), 554-556.

Zapata, C. S., Romero, H. G. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en Antioquia, Colombia. Rev Panam Saúde Pública, 28 (1): 9-18.

APÊNDICES

Apêndice 01 – Questionário Sócio-demográfico e Dados Clínicos

Apêndice 02 – Instrumento de medida (Estilo de Vida e Fatores de Risco)

Apêndice 03 – Instrumento de medida (Qualidade de Vida)

Apêndice 04 – Termo de consentimento livre e esclarecido

Apêndice 01

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
NÚCLEO DE PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA EM FISIOTERAPIA E SAÚDE**

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DADOS CLÍNICOS

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ anos

Filhos: () Sim () Não Quantos: _____

Amamentou: () Sim () Não Quantos: _____ Por quanto tempo: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Cor ou Raça:

() Branco () Negro () Amarelo () Indígena () Pardo

Estado Civil:

() Casado(a) () Solteiro(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a)

Grau de escolaridade:

() analfabeto () 1^o grau incompleto () 2^o grau incompleto() 3^o grau incompleto () 1^o grau completo () 2^o grau completo() 3^o grau completo

Renda familiar:

() um salário mínimo* () menos de 3 salários mínimos () 3-6 salários mínimos

() recebe auxílio doença () recebe aposentadoria () não sabe () não tem renda

*Salário Mínimo vigente no Brasil é de R\$ _____ (_____).

DADOS CLÍNICOS

Data de descoberta do câncer: ____/____/____

Início do tratamento: ____/____/____

Data da visita: ____/____/____

Fez mastectomia: () Sim () Não

Colocou prótese: () Sim () Não

Quimioterapia: () Sim () Não Tempo: _____

Radioterapia: () Sim () Não Tempo: _____

Disfunções: _____

Acompanhamento Profissional:				
	Sim	Não	Por quanto tempo	Motivo da falta de assistência
Psicólogo	()	()		
Médico	()	()		
Fisioterapeuta	()	()		
Nutricionista	()	()		

Outros: _____

Apêndice 02

Laureano ()

C. Apoio ()

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
NÚCLEO DE PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA EM FISIOTERAPIA E SAÚDE**

**FICHA DE DADOS - ESTILO DE VIDA E FATORES DE RISCO
[Adaptado por Macêdo, Lucena, Quirino e Coutinho (2008)]**

FATORES DE RISCO

ANTES DO CÂNCER	APÓS O CÂNCER
<input type="checkbox"/> estresse	<input type="checkbox"/> estresse
<input type="checkbox"/> alcoolismo	<input type="checkbox"/> alcoolismo
<input type="checkbox"/> tabagismo	<input type="checkbox"/> tabagismo
<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> diabetes
<input type="checkbox"/> sedentarismo	<input type="checkbox"/> sedentarismo
<input type="checkbox"/> obesidade	<input type="checkbox"/> obesidade
<input type="checkbox"/> hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> hipertensão arterial
<input type="checkbox"/> controlada pela alimentação	<input type="checkbox"/> controlada pela alimentação
<input type="checkbox"/> controlada com medicamentos	<input type="checkbox"/> controlada com medicamentos
<input type="checkbox"/> não controlada	<input type="checkbox"/> não controlada
<input type="checkbox"/> alimentação gordurosa	<input type="checkbox"/> alimentação gordurosa
<input type="checkbox"/> contato direto com poluentes atmosféricos	<input type="checkbox"/> contato direto com poluentes atmosféricos
<input type="checkbox"/> Perda Sentimental	<input type="checkbox"/> Perda Sentimental
<input type="checkbox"/> Uso de anticoncepcional	<input type="checkbox"/> Uso de anticoncepcional
<input type="checkbox"/> Caso de Câncer na família	<input type="checkbox"/> Caso de Câncer na família
<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Outro:

ESTILO DE VIDA

ANTES DO CÂNCER	APÓS O CÂNCER
Peso corpóreo _____ kg Dieta <input type="checkbox"/> SIM, sob orientação médica <input type="checkbox"/> SIM, sem orientação médica <input type="checkbox"/> NÃO Tipo: <input type="checkbox"/> Restrição de sal <input type="checkbox"/> Restrição de açúcar <input type="checkbox"/> Restrição de gordura <input type="checkbox"/> Restrição de crustáceos <input type="checkbox"/> Restrição de frituras Alimentos ingeridos em maior quantidade:	Peso corpóreo _____ kg Dieta <input type="checkbox"/> SIM, sob orientação médica <input type="checkbox"/> SIM, sem orientação médica <input type="checkbox"/> NÃO Tipo: <input type="checkbox"/> Restrição de sal <input type="checkbox"/> Restrição de açúcar <input type="checkbox"/> Restrição de gordura <input type="checkbox"/> Restrição de crustáceos <input type="checkbox"/> Restrição de frituras Alimentos ingeridos em maior quantidade:
Trabalho (A) Trabalha: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Aposentado e trabalha <input type="checkbox"/> Aposentado Em que? _____ Acha seu ritmo de trabalho estressante? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Lazer <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Atividades do Lar <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Atividades Religiosas <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Atividade Física <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Nenhuma (B) Tipo: <input type="checkbox"/> Caminhada <input type="checkbox"/> Hidroginástica <input type="checkbox"/> Outro: _____ Atividades Sexuais <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO O que acha do seu estilo de vida? <input type="checkbox"/> Péssimo <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Estressante <input type="checkbox"/> Cansativo <input type="checkbox"/> O melhor que poderia existir	Trabalho (A) Trabalha: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Aposentado e trabalha <input type="checkbox"/> Aposentado Em que? _____ Acha seu ritmo de trabalho estressante? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Lazer <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Atividades do Lar <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Atividades Religiosas <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Atividade Física <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Nenhuma (B) Tipo: <input type="checkbox"/> Caminhada <input type="checkbox"/> Hidroginástica <input type="checkbox"/> Outro: _____ Atividades Sexuais <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO O que acha do seu estilo de vida? <input type="checkbox"/> Péssimo <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Estressante <input type="checkbox"/> Cansativo <input type="checkbox"/> O melhor que poderia existir

FATORES PSICOLÓGICOS

ANTES DO CÂNCER	APÓS O CÂNCER
Como classificava sua capacidade de exercer as atividades da vida diária	Como classifica sua capacidade de exercer as atividades da vida diária
<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Excelente
<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Bom
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular
<input type="checkbox"/> Prático	<input type="checkbox"/> Prático
O que achava do seu estilo de vida	O que acha do seu estilo de vida atual
<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito
<input type="checkbox"/> Parcialmente satisfeito	<input type="checkbox"/> Parcialmente satisfeito
<input type="checkbox"/> Decepcionado	<input type="checkbox"/> Decepcionado
Relação familiar	Relação familiar
<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Forte
<input type="checkbox"/> Fraca	<input type="checkbox"/> Fraca
<input type="checkbox"/> Não existe	<input type="checkbox"/> Não existe
Auto-estima	Auto-estima
<input type="checkbox"/> Péssima	<input type="checkbox"/> Péssima
<input type="checkbox"/> Baixa	<input type="checkbox"/> Baixa
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Boa
<input type="checkbox"/> Ótima	<input type="checkbox"/> Ótima

Apêndice 03

Laureano ()

C. Apoio ()

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
NÚCLEO DE PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA EM FISIOTERAPIA E SAÚDE

FICHA DE DADOS - QUALIDADE DE VIDA - EORTC QLQ-C30

	Antes do trat.	Durante a Quimiot.	Durante a Radiot.	Após 3 meses
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos?				
2. Custa-lhe percorrer uma grande distância a pé?				
3. Custa-lhe dar um pequeno passeio a pé, fora de casa?				
4. Precisa ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?				
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, ou a ir à casa de banho?				
Durante a última semana:				
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas AVD's?				
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou lazer?				
8. Teve falta de ar?				
9. Teve dores?				
10. Precisou descansar?				
11. Teve dificuldade em dormir?				
12. Sentiu-se fraco/a?				
13. Teve falta de apetite?				
14. Teve enjôos?				
15. Vomitou?				
16. Teve prisão de ventre?				
17. Teve diarreia?				
18. Sentiu-se cansado/a?				
19. As dores perturbaram as suas atividades diárias?				
20. Teve dificuldade em concentrar-se?				
21. Sentiu-se tenso/a?				
22. Teve preocupações?				
23. Sentiu-se irritável?				
24. Sentiu-se deprimido/a?				
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?				
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida familiar?				
27. E na sua atividade social?				
28. E causaram-lhe problemas de ordem financeira?				

Legenda para preenchimento da tabela - Não: 1; Um Pouco: 2; Bastante: 3; Muito: 4

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

Início: _____ Quimioterapia: _____ Radioterapia: _____ 6 meses: _____

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

Início: _____ Quimioterapia: _____ Radioterapia: _____ 6 meses: _____

Apêndice 04

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
NÚCLEO DE PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA EM FISIOTERAPIA E SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, após ser informado de que :

- a) A pesquisa a qual irei participar intitula-se: “Influência do Estilo de Vida e Fatores de Risco na Qualidade de Vida de Mulheres Mastectomizadas em Unidade Oncológica”, que será realizada pelo Departamento de Fisioterapia da UFPB e o Núcleo de Pesquisa Epidemiológica em Fisioterapia e Saúde, e coordenada pela Prof.a Dra. Neide Maria Gomes de Lucena, tendo como pesquisadora a Ft. Ms. Giane Dantas de Macêdo, aluna do Programa de Pós-Graduação “Doutorado em Evolução Humana - Antropologia Física e Forense” pela Universidade de Granada.
- b) O objetivo da pesquisa é: avaliar o estilo de vida e os fatores de risco destes pacientes antes da descoberta do câncer, assim como a qualidade de vida destes enfermos oncológicos após a descoberta da enfermidade.
- c) O participante da pesquisa em questão será submetido a uma entrevista, com aplicação de um roteiro de entrevistas (fichas padrões), com o objetivo de obter dados necessários e fundamentais para o enriquecimento do trabalho, através das informações fornecidas pelo próprio participante entrevistado, sobre as variáveis determinadas pela pesquisa, obedecendo ao objetivo do protocolo traçado e adequado a cada participante.
- d) Os procedimentos adotados não causarão risco para o participante. Se decidir não participar da pesquisa, ou se resolver posteriormente desistir da participação, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo.
- e) A participação na pesquisa é inteiramente **voluntária**, e portanto, o indivíduo não é obrigado a fornecer as informações requeridas, sendo assim, participantes não serão compensados financeiramente ou reembolsados de nenhuma maneira. Ainda que não haja benefícios diretos para os participantes deste estudo, que pelo menos o participante sinta-se orgulhoso por ter contribuído para o progresso da ciência, especialmente a fisioterapia. Os resultados estarão disponíveis para o participante no final da pesquisa.
- f) Em caso de publicação dos resultados da pesquisa, para informação e benefício de outros estudos, será assegurado a identificação e o anonimato do participante. O nome do participante deste estudo não será publicado ou usado sem o consentimento do mesmo, a não ser requerido por lei.
- g) Se for necessário, primeiros socorros serão fornecidos pelo próprio pesquisador e/ou orientadores da pesquisa. Neste evento é improvável que você precise de um tratamento médico como resultado de um dano físico surgido decorrente de sua participação neste estudo.

h) O participante entrevistado receberá informações da natureza deste estudo e dos procedimentos que devam afetar a boa vontade do mesmo para continuar nesta pesquisa. A recusa do participante em contribuir com o estudo não vai de maneira nenhuma envolver penalidade ou perda de benefícios. A participação é estritamente voluntária e o participante pode retirar-se deste projeto de pesquisa a qualquer hora.

Vai ser dado ao participante uma cópia deste formulário. Se a qualquer momento perceber invasão dos direitos, este poderá contactar com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW da UFPB, pelo telefone (083) 216-7302, para esclarecimento sobre qualquer questão ligada à pesquisa e os direitos do participante.

CONSENTIMENTO DO INDIVÍDUO:

Eu admito que revisei totalmente e entendi o conteúdo deste formulário de consentimento. Declaro que estou participando deste estudo, de livre e espontânea vontade; eu não fui forçado ou coagido na minha participação. Recebi uma cópia deste formulário de consentimento.

João Pessoa, ____/____/____

Assinatura do participante: _____
 Data: ____/____/____

DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR :

Eu certifico que revisei o conteúdo deste formulário juntamente com a pessoa que assinou acima, e que, em minha opinião, entendeu a explicação. Eu expliquei os riscos e benefícios desta pesquisa.

Data: ____/____/____ Assinatura dos investigadores:

Este formulário só será manipulado ou utilizado pelos investigadores relacionados com este projeto de pesquisa.

ANEXO

**Anexo 01 – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário
Lauro Wanderley**

Anexo 01



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
 HUMANOS - CEP**

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 30/03/2010, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **INFLUÊNCIA DO ESTILO DE VIDA E FATORES DE RISCO NA QUALIDADE DE VIDA DE ENFERMOS EM UNIDADE ONCOLÓGICA**. Protocolo CEP/HULW nº. 074/10, da pesquisadora GIANE DANTAS DE MACÊDO.

Solicitamos enviar ao CEP/HULW um resumo sucinto dos resultados, em CD, no final da pesquisa.

João Pessoa, 05 de Abril de 2010.

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
 Coordenadora do Comitê de Ética
 em Pesquisa - CEP/HULW

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW