Artículos originales

Calidad de vida de las mujeres tras el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama

Women's Quality of Life After Surgical Treatment for Breast Cancer

Daniel Alejandro Arroyo Zumarraga[1] Ximena Elizabeth Trujillo Romero[1] Miguel Ramos Argilagos[1]

[1] Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador

Cómo citar este artículo:
Arroyo-Zumarraga D, Trujillo-Romero X, Ramos-Argilagos M. Calidad de vida de las mujeres tras el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2023 [citado 2026 Nov 13]; 13(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1308

Resumen

Fundamento: el cáncer de mama requiere tratamientos agresivos como la mastectomía o la tumorectomía, seguidas de radioterapia o quimioterapia. Estos procedimientos pueden tener consecuencias físicas, emocionales y sociales que afectan la calidad de vida de las mujeres.
Objetivo: evaluar el nivel de calidad de vida y el funcionamiento psicosexual de las mujeres tras el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama.
Métodos: se realizó un estudio descriptivo y analítico de corte transversal a una muestra de 250 mujeres que habían sido sometidas a tratamiento quirúrgico por cáncer de mama. La muestra se obtuvo de forma intencionada de acuerdo al criterio de selección. El período de estudio fue desde octubre de 2022 hasta febrero de 2023. Se aplicó una encuesta utilizando los instrumentos: Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida o SF-36 en su versión 2, Cuestionario para la Medición de Calidad de Vida Sexual o escala de Mell-Krat, Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Sexual de la Mujer o test SFSI y la Escala Courtauld de Control Emocional, para evaluar las desviaciones de los valores mínimos y máximos de esta escala se aplicó la prueba Chi-cuadrado de Pearson. Los datos obtenidos se procesaron con el paquete informático STATISTICA para el análisis estadístico y gestión de datos.
Resultados: las mujeres que se sometieron a mastectomía con reconstrucción mamaria tuvieron una mejor calidad de vida en términos de funcionamiento físico y psicológico en comparación con aquellas sin reconstrucción. Las mujeres que completaron el tratamiento oncológico experimentaron menos disfunción sexual que aquellas que aún estaban en tratamiento. Las mujeres con educación superior, un nivel económico alto y empleo estable mostraron una mayor tendencia hacia conductas de salud más positivas que aquellas con un estatus económico y educativo más bajo.
Conclusiones: varios factores influyen en la calidad de vida y el funcionamiento psicosexual de las mujeres estudiadas: el alcance de la intervención quirúrgica, la efectividad del tratamiento oncológico, la edad, el número de hijos, el nivel educativo, la situación económica y el estado laboral.

Palabras clave: cáncer de mama, calidad de vida, disfunción sexual, sexualidad femenina, psicooncología

Abstract

Foundation: breast cancer requires aggressive treatments such as mastectomy or lumpectomy, followed by radiotherapy or chemotherapy. These procedures can have physical, emotional and social consequences that affect women's quality of life.
Objective: to evaluate the level of quality of life and psychosexual functioning of women after surgical treatment for breast cancer.
Methods: a descriptive and analytical cross-sectional study was carried out on a sample of 250 women who had undergone surgical treatment for breast cancer. The sample was obtained intentionally according to the selection criteria. The study period was from October 2022 to February 2023. A survey was applied using the instruments: Quality of Life Evaluation Questionnaire or SF-36 in its version 2, Questionnaire for the Measurement of Quality of Sexual Life or scale Mell-Krat, Women's Sexual Functioning Evaluation Questionnaire or SFSI test and the Courtauld Scale of Emotional Control, to evaluate the deviations from the minimum and maximum values of this scale, the Pearson Chi-square test was applied. The data obtained were processed with the STATISTICA software package for statistical analysis and data management.
Results: women who underwent mastectomy with breast reconstruction had a better quality of life in terms of physical and psychological functioning compared to those without reconstruction. Women who completed cancer treatment experienced less sexual dysfunction than those still undergoing treatment. Women with higher education, high economic status, and stable employment showed a greater tendency toward more positive health behaviors than those with lower economic and educational status.
Conclusions: several factors influence the quality of life and psychosexual functioning of the women studied: the scope of the surgical intervention, the effectiveness of oncological treatment, age, number of children, educational level, economic situation and status labor.

Key words: breast cancer, quality of life, sexual dysfunction, female sexuality, psychooncology

Recibido: 2023-08-01 15:13:05
Aprobado: 2023-10-03 23:22:03

Correspondencia: Daniel Alejandro Arroyo Zumarraga. Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato. Ecuador. ua.danielaz99@uniandes.edu.ec

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres de todo el mundo. Su prevalencia es mayor en las mujeres residentes en países en vía de desarrollo, debido a la deficiente educación para la salud, escasos controles médicos, baja escolaridad, entre otros factores de carácter social y económico.[1] En América Latina y el Caribe, el mayor porcentaje de muertes por cáncer de mama ocurre en mujeres menores de 65 años (56 %) en comparación con los Estados Unidos y Canadá (37 %).[2]

El tratamiento quirúrgico es el método principal y más antiguo de tratamiento del cáncer. Es una parte fundamental e insustituible del tratamiento multidisciplinar del cáncer de mama. En la cirugía del cáncer de mama, los procedimientos utilizados pueden dividirse en tipos principales: procedimientos diagnósticos, procedimientos curativos, procedimientos paliativos y procedimientos reconstructivos. La decisión sobre la elección del tratamiento quirúrgico es un proceso complejo. Un paso importante a la hora de decidir un método de tratamiento es informar a la paciente y obtener su consentimiento para el tratamiento quirúrgico propuesto. La cirugía reconstructiva mamaria mejora el estado psicofísico y la calidad de vida de la mujer.[3]

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es "la percepción que tienen los individuos de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en el que viven, y su relación con los objetivos individuales en relación con las tareas, las expectativas, los intereses y las normas establecidas por las condiciones ambientales."[4] Teniendo en cuenta lo anterior, la calidad de vida es un sistema holístico de la evaluación que hace un individuo de su propia salud física, su estado mental, su autosuficiencia y su sensación de independencia del entorno, así como de las relaciones con el entorno y sus propias creencias y convicciones.

Uno de los principales determinantes de la calidad de vida es la salud. La categoría de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) fue introducida en la medicina por *Schipper* y cols, quienes definieron la CVRS como "el efecto funcional de la enfermedad y su tratamiento tal y como lo percibe el paciente."[4] De ello se deduce que la CVRS puede considerarse y ser analizada como un concepto multinivel, que representa el resultado de la acción conjunta de esferas que afectan tanto a la salud, como al funcionamiento físico, mental, social, el bienestar general, la satisfacción vital y las percepciones de salud. La CVRS también tiene en cuenta dimensiones del funcionamiento de las personas enfermas, como la sexualidad, la participación cultural y la espiritualidad. Muchas enfermedades pueden tratarse eficazmente, sin embargo, se ha vuelto importante no solo prolongar la vida, también facilitar la participación de los pacientes en la vida social activa a un nivel lo más parecido posible al de las personas sanas.

El cáncer es un grupo diverso de afecciones en términos de presentación clínica y opciones de tratamiento terapéutico. Las modalidades terapéuticas utilizadas en oncología son agresivas y provocan un temor generalizado por la forma en que se llevan a cabo, los efectos secundarios y las consecuencias previstas.[2,3] La imposibilidad de predecir cómo y en qué dirección se desarrollará el cáncer y su progresión crea una incertidumbre que desencadena una grave crisis psicológica, a menudo duradera, en la vida del paciente y, con frecuencia, en las personas de su entorno. Las emociones más comunes y características en el curso del cáncer incluyen emociones como: ansiedad, ira, estado de ánimo decaído, agresividad e irritabilidad.[5]

Con el inicio del tratamiento del cáncer los pacientes experimentan emociones variables. Por una parte, los acompaña la esperanza de recuperación y, por otra, el miedo a los efectos negativos del tratamiento y la incertidumbre sobre el pronóstico de recuperación. El trauma y la ansiedad psicológica asociados a la amputación total o parcial de la mama son enormes. Las mujeres sienten miedo a perder su feminidad y atractivo sexual tras la intervención. Se sienten incompletas ("complejo de media mujer"). Muchas pacientes sienten miedo a romper la familia o a dejar a su pareja.[5] Una esfera de la vida especialmente susceptible a todo tipo de alteraciones de los estados físicos y mentales es el funcionamiento psicosexual y la sexualidad.

La sexualidad, un atributo inalienable del ser humano, permite en cada etapa de la vida asumir nuevos retos afines, disfrutar de nuevos aspectos de la existencia y aceptar las limitaciones resultantes. Es un atributo innato y una función esencial del organismo humano, sujeta a complejas condiciones externas e

internas que requieren una visión amplia y un esfuerzo interdisciplinar.[6] Experimentada y expresada en pensamientos, fantasías, experiencias, creencias, valores, comportamientos, roles y relaciones, la sexualidad surge de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.[7]

Los trastornos sexuales femeninos pueden describirse en un grado continuo: desde la insatisfacción (cambios fisiológicos junto con frustración emocional), pasando por la disfunción (reacciones patológicas tanto físicas como afectivas), hasta la disfunción sexual (patología física y disfuncionalidad de los órganos sexuales y trastornos psicológicos).[7] Las disfunciones sexuales femeninas se han definido en términos de: trastornos del deseo, trastornos de la excitación, trastornos del orgasmo y trastornos asociados al dolor.[6] La naturaleza de los problemas sexuales es a menudo compleja y puede cambiar durante los diferentes períodos de la vida. Entre los factores de riesgo de las disfunciones mencionadas se encuentran la salud general, la diabetes, las enfermedades crónicas, incluido el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y genitourinarias, los trastornos endocrinos y psicológicos, y toda una serie de factores psicológicos, culturales y sociodemográficos.[6,7]

El cáncer y su tratamiento afectan la salud sexual y reproductiva de la mujer, dificultan el funcionamiento psicofísico y las relaciones sociales.[8] La amputación mamaria vulnera la imagen que cada mujer tiene de sí misma, así como su percepción social. La aceptación del propio físico desempeña un papel importante en el funcionamiento sexual. La consecuencia de la falta de aceptación del propio físico es la vergüenza y la ansiedad que bloquean el deseo sexual.[5] Los pechos y los pezones son una fuente de placer sexual para muchas mujeres y pueden ser un estímulo adicional que provoque una mayor excitación.

En el proceso de rehabilitación psicofísica de las mujeres tratadas por neoplasias mamarias, la posibilidad de la cirugía reconstructiva ocupa un lugar muy especial. La reconstrucción mejora significativamente la calidad de vida y el funcionamiento emocional de las mujeres tratadas, lo que mejora notablemente el funcionamiento en el área psicosexual.[8]

El objetivo del presente estudio fue: evaluar el nivel de calidad de vida y el funcionamiento psicosexual de las mujeres tras el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama.

MÉTODOS

El estudio realizado fue de naturaleza parcial, ya que se encuestó a individuos seleccionados de una comunidad específica. Se empleó un enfoque de selección intencionada y no probabilística. Los criterios de selección se basaron en el espacio y el entorno social. La recolección de datos se llevó a cabo mediante una encuesta de diagnóstico, se utilizó como instrumento de investigación, el cuestionario.

El cuestionario utilizado constaba de diversas partes e incluía preguntas sobre factores socio-médicos y socio-sexuales, además, se utilizaron instrumentos de investigación normalizados, como el Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida (SF-36 v.2),[9] el Cuestionario para la Medición de Calidad de Vida Sexual o escala de Mell-Krat,[10] el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Sexual de la Mujer (SFSI) (por sus siglas en inglés)[11] y la Escala Courtauld de Control Emocional.[12] para la comprobación de las desviaciones entre los valores máximos y mínimos de las puntuaciones de esta escala se realizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson (χ^2 de Pearson).

El estudio se llevó a cabo durante el período comprendido entre octubre de 2022 y febrero de 2023 y se enfocó en un grupo de mujeres adultas que habían recibido tratamiento quirúrgico por cáncer de mama. Los cuestionarios debidamente completados fueron seleccionados para el análisis estadístico final. Para realizar los cálculos, se utilizaron las funciones de hoja de cálculo de Microsoft Office Excel para Windows, así como el paquete de análisis estadístico y de gestión de datos *STATISTICA*. Se consideró un valor de $p \leq 0,05$ como nivel de significación estadística para la correcta interpretación de los resultados obtenidos.

RESULTADOS

Fueron estudiadas 250 mujeres que habían sido tratadas por cáncer de mama. Su edad media oscilaba entre los 62,6 ± 8,7 años. Casi el 70 % estaban casadas. El 30 % restante estaban solteras. Más de la mitad de las encuestadas (50,2 %) tenían estudios secundarios y

postsecundarios. Una de cada veinte encuestadas (5 %) tenía un título universitario y el 8 % solo había completado sus estudios en la escuela primaria. El resto de las encuestadas declararon tener una formación técnica profesional.

Más del 40 % de las encuestadas calificaron su situación material de media. Cerca del 40 % situó su situación económica en un nivel bueno. Las mujeres en situación material difícil y muy difícil representan un total de 10,8 % de las encuestadas. Menos del 8 % calificaron su situación material de muy buena. La mayoría de las mujeres encuestadas eran mujeres que habían dado a luz a dos hijos (51,2 %) y mujeres que habían dado a luz a un hijo (23,6 %). Las mujeres sin hijos eran el 8 %. Más del 17 % tuvieron tres o más hijos.

En más de la mitad de las mujeres encuestadas, el tiempo transcurrido entre la intervención quirúrgica y el día de la encuesta era superior a 5 años. Casi el 6 % de las encuestadas se había sometido a una intervención quirúrgica en los últimos 12 meses. Los datos muestran que, en el plazo de 12 a 24 meses, el 12,4 % de las encuestadas se había sometido a una intervención quirúrgica, y más del 20 % se había sometido a una intervención quirúrgica entre 2 a 5 años. La intervención quirúrgica más común (59,2 %) fue una mastectomía unilateral sin reconstrucción mamaria.

Casi el 18 % de las encuestadas se sometieron a cirugía conservadora. La reconstrucción de la glándula mamaria se realizó en el 16 % de las operadas. Como resultado de la cirugía, la amputación de ambas mamas se realizó en más del 7 %. El grupo más numeroso (46,4 %) estaba formado por encuestadas con lesiones cancerosas en la mama izquierda, mientras que un 2 % menos de mujeres tenían lesiones en la mama derecha. El grupo más reducido estaba formado por encuestadas cuya enfermedad afectaba a ambas mamas. Para el 76,8 % de las mujeres encuestadas, el tratamiento de la enfermedad de cáncer de mama había finalizado. Más del 20 % seguían en proceso de tratamiento (quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia).

Evaluación de la calidad de vida

Los resultados de las medidas de tendencia central para la calidad de vida en los componentes individuales y la evaluación de la zona mental y física mostraron, que las puntuaciones de la zona mental y física alcanzaron un valor superior a 50, lo que indica un buen estado de salud (normal). En cuanto a los dominios individuales de calidad de vida, alcanzaron valores por debajo de lo normal, Vitalidad (VT) (por sus siglas en inglés), de 46,7 puntos y Dolor Corporal (BP) (por sus siglas en inglés), con 37,9. El valor más alto, que indica la mejor salud, lo alcanzaron los dominios Función Física (PF) (según sus siglas en inglés), con 66,9 y Rol Emocional (RE), 64,2. La sensación general de salud o Salud General (GH) (por sus siglas en inglés), alcanzó un valor de 58,5, lo que es sinónimo de una posición en el área de buena salud. El BP, resultó ser la categoría más variable, con una desviación estándar (SD) (por sus siglas en inglés) es 26,3, seguidos de RE en el funcionamiento emocional y la de Limitaciones en la actividad física o Rol Físico (RP) (por sus siglas en inglés). (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados de la evaluación de la calidad de vida (SF-36)

Categorías	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	SD
PF Funcionamiento físico	66,9	70	75	0	100	21,4
RP Limitaciones en la actividad física	56,6	56,3	50	0	100	23,7
BP Dolor	37,9	42,5	0	0	100	26,3
GH Sensación general de salud	58,5	60	50	30	90	10,8
VT Vitalidad	46,7	50	50	6	100	10,9
SF Funcionamiento social	50,3	50	50	13	100	12,9
RE Limitaciones en el funcionamiento emocional	64,2	66,7	100	0	100	25,3
MH Salud mental	55	55	55	30	100	9,6
Evaluación de la zona física	55	55,6	61	25	88,8	9
Evaluación de la zona mental	54	53,9	multi-r.	18	87,5	9,1

El análisis de los datos permitió evaluar el efecto del tipo de cirugía realizada en la valoración de la esfera mental por parte de las encuestadas. El análisis realizado muestra que las mujeres tras mastectomía unilateral con reconstrucción mamaria obtuvieron la puntuación más alta en la evaluación de la zona mental en el grupo por encima de la normalidad. El valor p = 0,005472 evidencia que existe una relación estadísticamente significativa. (Tabla 2).

Tabla 2. Tipo de intervención quirúrgica y esfera psicológica SF -36

Tipo de intervención	Puntuaciones inferiores a la media en la evaluación de la zona mental	Puntuaciones de evaluación de la zona mental por encima de lo normal	Correlación
Tumorectomía	22,5	77,5	
Mastectomía unilateral sin reconstrucción mamaria	70,23	29,77	χ^2 Pearson: 14,6569 df = 4 p = ,005472
Mastectomía unilateral con reconstrucción mamaria	6,45	93,55	
Mastectomía bilateral	81,25	18,75	

En cuanto a la evaluación del estado actual del tratamiento, relacionado con los resultados de la evaluación de la esfera física SF -36, se obtuvo un valor χ^2 de Pearson: 14,6709 y un p = 0,022984, por lo que existió una relación estadísticamente significativa entre la condición relacionada con el tratamiento actual y la puntuación de la zona física. Las puntuaciones más altas en la evaluación de la zona física en el grupo por encima de la normalidad las obtuvieron las mujeres cuyo tratamiento había finalizado. Por el contrario, los sujetos sometidos

a tratamiento de radioterapia obtuvieron las puntuaciones más altas de la zona física en el grupo por debajo de la normalidad. (Tabla 3).

Tabla 3. Estado actual del tratamiento ante la esfera física (SF -36)

Tratamiento actual	Puntuaciones inferiores a la media en la evaluación de la zona mental	Puntuaciones de evaluación de la zona mental por encima de lo normal	Correlación
No he recibido tratamiento	50,00	50,00	
El tratamiento ha finalizado	19,41	80,59	χ^2 Pearson: 14,6709
Estoy recibiendo quimioterapia	50,00	50,00	df = 6
Estoy recibiendo radioterapia	66,67	33,33	p = 0,022984
Estoy recibiendo terapia hormonal	33,33	66,97	

Evaluación de la función sexual y la sexualidad

La gran mayoría de las encuestadas se declararon de orientación heterosexual. Un 5 % de las mujeres encuestadas se describieron como homosexuales y un 1 % de las encuestadas indicaron una orientación bisexual. Un ámbito de la sexualidad humana es el comportamiento masturbatorio. Casi un 25 % no marcó ninguna respuesta. La práctica de conductas autoeróticas en el pasado fue declarada por cerca del 40 %, de los cuales solo menos del 8 % indicaron la respuesta de que se masturbaban ahora y en el pasado; un 28,8 % de las encuestadas respondieron que nunca habían practicado conductas autoeróticas.

Cuando se les preguntó sobre la actividad sexual, un número similar de personas, un 24,8 % y un 27,2 % indicaron la respuesta de que no son sexualmente activos o que la última actividad sexual tuvo lugar en los últimos 7 días, respectivamente. Casi uno de cada cuatro encuestados (23,6 %) fechó su última actividad sexual hacía más de 12 meses. Alrededor del 25 % indicó su última actividad sexual entre 1 y 12 meses.

Según los resultados de la encuesta, la actividad sexual es moderadamente importante para ellos en la actualidad. Antes de la enfermedad, la actividad sexual era bastante importante para el 44 % de las encuestadas. Actualmente, más del 23 % menos de las encuestadas indicaron este valor. La respuesta en el ámbito completamente sin importancia se multiplicó por más de 10. Para más del 18 %, la actividad sexual es ahora completamente irrelevante, mientras que antes de la enfermedad, menos del 2 % indicaba tal respuesta. La actividad sexual muy importante es, ahora, para menos del 9 %, mientras que antes de la enfermedad lo era para el 20 % de las encuestadas.

En la actualidad, la satisfacción con su vida sexual a un buen nivel fue declarada por el 40 % aproximadamente de las mujeres encuestadas, mientras que antes de la enfermedad la satisfacción a un buen nivel fue indicada por cerca del 69 %. Hay un claro descenso de casi el 30 % en la satisfacción con la vida sexual a un buen nivel. La satisfacción con la vida sexual es actualmente evaluada como mala por casi el 37 %, mientras que antes de la enfermedad esta respuesta era indicada por el 27 %.

Si se analizan los resultados del estudio, se descubrió que el mayor número de mujeres encuestadas, hasta un 80 %, tienen una disfunción sexual diagnosticada (FSD) (según sus siglas en inglés), en el área del deseo y el menor número de mujeres, el 53,6 %, una FSD diagnosticada en el área del orgasmo. En el 70 % de las encuestadas, la disfunción sexual diagnosticada está relacionada con la excitación. Más de la mitad, un 54 % tienen problemas para experimentar satisfacción sexual y el 59 % con la lubricación. En cuanto al nivel general de FSD, se encontraron disfunciones sexuales significativamente clínicas en el 59,2 % de las

encuestadas.

Evaluación del funcionamiento psicológico

La mastectomía y los efectos secundarios del tratamiento, como los cambios en la piel, la caída del cabello y la pérdida de peso, tienen un impacto negativo en la percepción de la propia imagen corporal. Esto a su vez tiene consecuencias significativas en la autoestima, el sentimiento de valía y la identidad de las pacientes. Las mujeres que participaron en el estudio tienen una mayor tendencia a inhibir las emociones, específicamente en términos de ansiedad, depresión y la ira percibida. Se observaron diferencias entre las distintas categorías de emociones, que oscilaron entre 0,75 y 1 en términos de valores medios. En cuanto a la desviación típica, se observaron diferencias más pronunciadas, con valores de 5 y 5,25 entre la ira y la ansiedad, y entre la ira y la depresión, respectivamente. (Fig. 1).

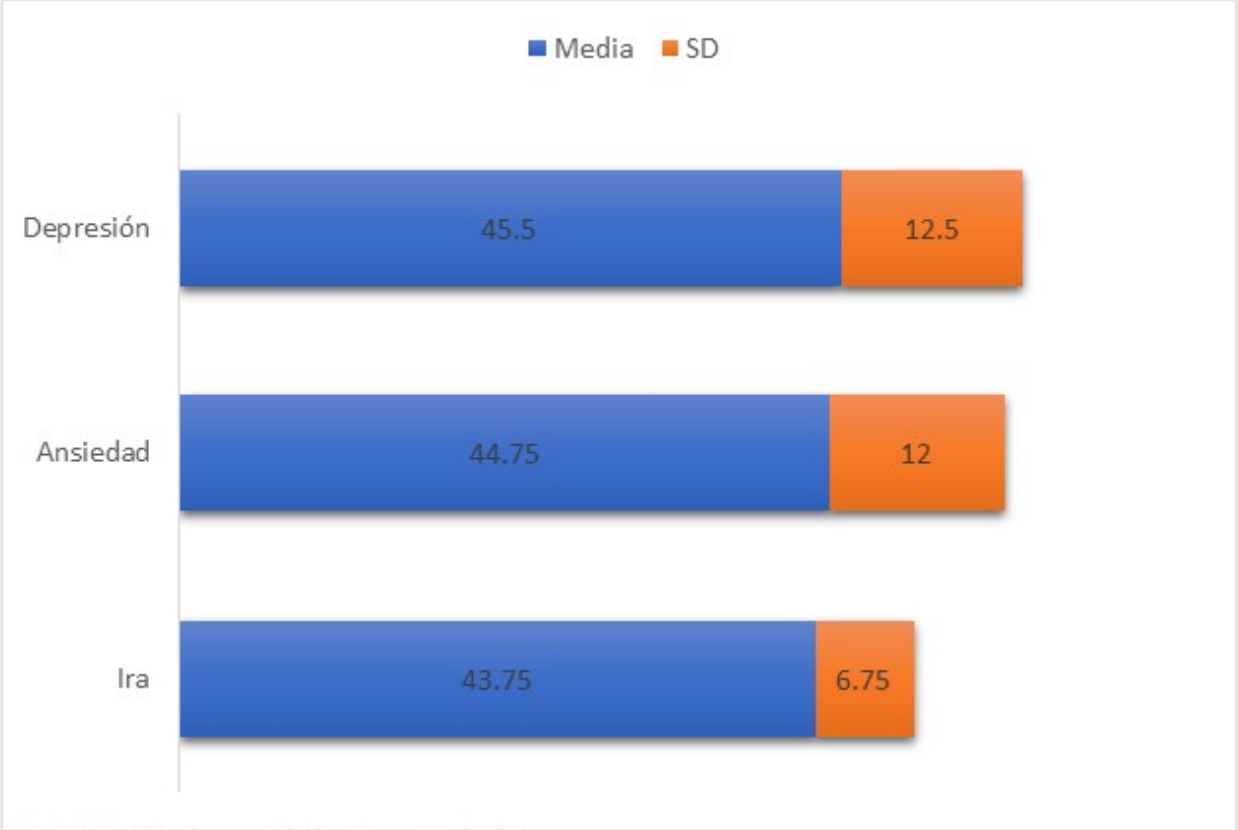


Fig. 1. Nivel de ira, ansiedad y depresión CECS

Desde una perspectiva científica, estos hallazgos revelan la importancia de abordar los aspectos emocionales y psicológicos asociados con la mastectomía y sus efectos secundarios. La alta tendencia de supresión emocional, especialmente en términos de ansiedad, sugiere la necesidad de intervenciones que ayuden a las pacientes a expresar y gestionar adecuadamente sus emociones, además, los niveles moderados de ira, ansiedad y depresión, como se reflejan en los valores medios y desviaciones estándar, resaltan la importancia de proporcionar apoyo psicológico y servicios de salud mental integral a las pacientes en el proceso de recuperación. Estos resultados respaldan la necesidad de abordar la salud emocional como parte integral del cuidado oncológico, promoviendo una mejor calidad de vida y bienestar psicosocial para las mujeres que han pasado por una mastectomía.

DISCUSIÓN

La cultura occidental contemporánea ha concedido especial importancia al culto del

cuerpo. Los senos son uno de los atributos considerados la quintaesencia de la sexualidad y la feminidad. El diagnóstico de cáncer provoca sentimientos de incertidumbre, miedo y ansiedad.[5] Este diagnóstico es siempre una experiencia muy angustiosa y, en muchos casos, traumática, fuertemente asociada a una sensación de amenaza para la vida, incertidumbre sobre el futuro, pérdida de control sobre la propia vida, información insuficiente sobre la enfermedad y el tratamiento. Evoca una serie de emociones y estados psicofisiológicos que pueden reducir significativamente la calidad de vida.[5,10]

La investigación sobre la calidad de vida permite comprender mejor las incontrolables consecuencias físicas, psicológicas, sociales y funcionales de los pacientes que siguen diversas estrategias del proceso de tratamiento. La medición de la calidad de vida es laboriosa, compleja y polifacética. Según los resultados de los estudios, se ha descubierto que la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama está influida por numerosos factores.[6] El propio proceso de diagnóstico y la posterior toma de conciencia de que se trata de un cáncer potencialmente mortal, así como el temor a un tratamiento oneroso y a un futuro incierto, provocan una reducción de la calidad de vida.

En el estudio que aquí se presenta, las estadísticas descriptivas obtenidas se compararon inicialmente con los resultados medios de un grupo de comparación de la población general ecuatoriana. [13] Según el análisis, las mujeres participantes en el estudio valoraron su calidad de vida más alto que el grupo de comparación. En áreas individuales, las diferencias oscilan a favor del grupo de mujeres del estudio, con salud mental hasta con limitaciones en la actividad física y el funcionamiento físico. La intensidad y la frecuencia de las sensaciones de dolor intenso son mayores en las mujeres del grupo de estudio. Cabe señalar que las desviaciones típicas de estas variables son inferiores a las del grupo de comparación, lo que indica menores desviaciones del valor medio.

En varios estudios[2,3,13,15] los autores han demostrado que cuanto más extensa es la intervención quirúrgica, menor es la puntuación de calidad de vida. Esto también lo confirman los resultados obtenidos en la presente investigación. Las encuestadas con reconstrucción mamaria o tras cirugía conservadora de la mama tenían una intensidad de calidad de vida mayor que las pacientes con mastectomía bilateral o sin reconstrucción mamaria.

Mejía y cols. demostraron que las pacientes sometidas a mastectomía con reconstrucción tenían mayores niveles de autoaceptación que afectaban al funcionamiento de la salud mental que las mujeres sometidas solo a mastectomía.[6] Otro factor determinante de la calidad de vida en el ámbito del funcionamiento físico fue el estado del tratamiento actual. Las mujeres sometidas a tratamiento obtuvieron las puntuaciones más altas, mientras que las sometidas a radioterapia obtuvieron las más bajas. Esto está probablemente relacionado con la posibilidad de una serie de efectos secundarios, entre los que se incluyen: fatiga, falta de apetito, cambios en la piel, tos seca y rigidez de hombros. Pastuña y Sanhueza[14] presentaron resultados similares.

La evaluación de la calidad de vida es un concepto dinámico y puede cambiar en función de la percepción de la enfermedad, el tratamiento administrado, las expectativas y preferencias actuales del paciente y con el paso del tiempo.[4] El comportamiento de búsqueda de la salud en el caso de la sexualidad está vinculado, entre otras cosas, al concepto de salud sexual.

Mollaioli y cols. descubrieron que entre las mujeres que declaran tener problemas sexuales, el 64 % experimenta problemas con el deseo, el 35 % con el orgasmo, el 31 % con la excitación y un 26 % con el dolor durante el coito. El análisis de las disfunciones sexuales desencadenadas adicionalmente por el cáncer requiere conocer su prevalencia en la población de personas sanas. En el estudio aquí presentado, en el que se utilizó el Índice de Función Sexual Femenina (SFSI) (por sus siglas en inglés) se diagnosticó una disfunción sexual en el 59,2 % de las mujeres encuestadas. La característica más común fue la existencia de problemas de deseo sexual. Siguiendo en orden, las disfunciones sexuales más comunes fueron: trastornos de la excitación, trastornos de la lubricación, quejas de dolor (vaginismo, dispareunia), trastornos de la satisfacción sexual, trastornos de la satisfacción sexual y trastornos orgásmicos. Los resultados obtenidos son análogos a los estudios realizados por *Maiorino* y cols.[10]

Los factores que influyen de forma estadísticamente significativa en la prevalencia de la disfunción sexual femenina fueron: la edad, la fertilidad, la situación laboral, la situación

material, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y el estado actual del tratamiento. La disfunción sexual es más frecuente en pacientes con cáncer que en la población general. La incidencia de disfunción sexual tras el tratamiento del cáncer de mama, especialmente cuando la menopausia se produce después del tratamiento oncológico, puede llegar al 75 %.[14]

Para las mujeres con cáncer de mama, los factores más importantes son su percepción corporal, su sentido del atractivo y la calidad de sus relaciones de pareja, así como su salud general.[5,15] En el estudio de Mejía y cols. las mujeres post-mastectomizadas valoraron su atractivo de forma baja, lo que se tradujo en mayores niveles de disfunción psicosexual.[12] La aceptación y una autoestima adecuada son factores importantes en el tratamiento del cáncer.[3,5,10,14]

El cáncer, los tratamientos gravosos, los efectos secundarios y la ansiedad ante el futuro son acontecimientos vitales que perturban el equilibrio psicofísico previo de todo paciente.[3] En la mayoría de las mujeres afectadas por cáncer de mama, la enfermedad provoca la aparición de emociones negativas como ira, ansiedad y depresión.[3,5,8] Entre las causas que provocan trastornos depresivos ante la enfermedad oncológica se encuentran la incertidumbre sobre el futuro propio y el de los seres queridos, la sensación de amenaza y pérdida de control sobre la propia vida y la información insuficiente sobre la enfermedad y el proceso de tratamiento.[10] El análisis del presente estudio mostró que las mujeres participantes tenían una mayor tendencia a reprimir las emociones en términos de ira, ansiedad y depresión.

Maiorino y cols. intentaron establecer los factores determinantes de la disfunción sexual en mujeres con padecimientos oncológicos. Descubrieron que solo los factores psicológicos, como los niveles de depresión y angustia, eran estadísticamente significativos.[10] En el presente estudio, el índice de control de las emociones aumentó con el número de hijos, la edad y la mejor situación material, sin embargo, disminuía con el aumento del nivel educativo. Resultados diferentes fueron obtenidos por Pastuña.[14] Los pacientes con hijos jóvenes e independientes se caracterizaban por un menor índice de control de las emociones. La educación determinó niveles más altos de ansiedad y depresión. Esto puede haber implicado un mayor nivel de concientización relacionado con las consecuencias derivadas del cáncer. Una mejor situación material era un factor que disminuía la intensidad de la ira, la ansiedad y la depresión. Dicha situación estaba probablemente relacionada con una mejor accesibilidad al sistema sanitario no público, que, en opinión de muchos pacientes, garantiza un mayor nivel de tratamiento médico, lo que aumenta así las posibilidades de recuperación.

Las investigaciones y análisis realizados sobre la calidad de vida y la salud sexual de las mujeres después del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama concluyen lo siguiente: las mujeres que se someten a mastectomía con reconstrucción mamaria tienen una mejor calidad de vida en términos de funcionamiento físico y psicológico en comparación con aquellas que no tienen reconstrucción. La calidad de vida sexual también influye en el pronóstico. Las mujeres con mayor nivel educativo, estatus económico y estabilidad laboral tienen comportamientos más saludables. Aquellas que han finalizado el tratamiento oncológico experimentan una menor gravedad de la disfunción sexual en comparación con las que están en tratamiento. Las mujeres que se sometieron a cirugía conservadora de mama o reconstrucción mamaria tienen menos disfunciones sexuales que las que no tienen reconstrucción y han tenido mastectomía bilateral. Aquellas con mayor nivel educativo, mejor situación económica, después del tratamiento tienen un mayor control emocional. Se recomienda que las pacientes consideren la posibilidad de una cirugía reconstructiva de la mama amputada a pocos meses de la intervención.

En resumen, el cáncer de mama y su tratamiento tienen un impacto profundo en la calidad de vida, la salud sexual y el bienestar psicológico de las mujeres. Factores como el tipo de cirugía, el tratamiento actual y los aspectos psicosociales pueden influir en estos aspectos. Es importante brindar apoyo integral a las mujeres afectadas por el cáncer de mama para mejorar su calidad de vida y bienestar.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Los roles de autoría:

1. Conceptualización: Daniel Alejandro Arroyo Zumarraga, Ximena Elizabeth Trujillo Romero.

2. Curación de datos: Daniel Alejandro Arroyo Zumarraga.

3. Análisis formal: Daniel Alejandro Arroyo Zumarraga, Ximena Elizabeth Trujillo Romero.

4. Adquisición de fondos: Esta investigación no contó con adquisición de fondos.

5. Investigación: Daniel Alejandro Arroyo Zumarraga, Ximena Elizabeth Trujillo Romero, Miguel Ramos Argilagos.

6. Metodología: Daniel Alejandro Arroyo Zumarraga, Ximena Elizabeth Trujillo Romero, Miguel Ramos Argilagos.

7. Administración del proyecto: Daniel Alejandro Arroyo Zumarraga.

8. Recursos: Ximena Elizabeth Trujillo Romero, Miguel Ramos Argilagos.

9. Software: Miguel Ramos Argilagos.

10. Supervisión: Daniel Alejandro Arroyo Zumarraga.

11. Validación: Daniel Alejandro Arroyo Zumarraga, Ximena Elizabeth Trujillo Romero.

12. Visualización: Miguel Ramos Argilagos.

13. Redacción del borrador original: Daniel Alejandro Arroyo Zumarraga, Ximena Elizabeth Trujillo Romero.

14. Redacción, revisión y edición: Daniel Alejandro Arroyo Zumarraga, Ximena Elizabeth Trujillo Romero, Miguel Ramos Argilagos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahmad A. Breast cancer statistics: Recent trends. Adv Exp Med Biol. 2019;1152(12):1-7

2. Giaquinto AN, Sung H, Miller KD, Kramer JL, Newman LA, Minihan A, et al. Breast cancer statistics, 2022. CA Cancer J Clin. 2022;72(6):524-41

3. Loor EJ, Bailón JE, López AC, Avendaño ME, Campoverde FO, Rivas AK, et al. Prevención y cuidados post operatorios de las mujeres sometidas a cirugía de cáncer de mama. RECIAMUC [revista en Internet]. 2019 [citado 1 Jul 2023];3(3):[aprox. 15p]. Disponible en: https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/398

4. Lopera JP. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. Cien Saude Colet. 2020;25(2):693-702

5. Reascos YL, Otero AD, Vásquez TI, Vaca CF, Hidrobo JF. Factores de estrés y formas de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Ciencia Latina Rev Cient Multidis [revista en Internet]. 2023 [citado 1 Jul 2023];7(1):[aprox. 14p]. Disponible en: https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/5167

6. Fennell R, Grant B. Discussing sexuality in health care: A systematic review. J Clin Nurs. 2019;28(17-18):3065-76

7. Mollaioli D, Ciocca G, Limoncin E, Di Sante S, Gravina GL, Carosa E, et al. Lifestyles and sexuality in men and women: the gender perspective in sexual medicine. Reprod Biol Endocrinol. 2020;18(1):10

8. Brito CT, Proaño GD, Cabrera IO, Cortez CA. Características epidemiológicas y clínicas del Cáncer de mama. ATENEO [revista en Internet]. 2017 [citado 1 Jul 2023];19(2):[aprox. 13p]. Disponible en: https://colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/13

9. Posada M, Díaz E, Alonso V, Villaverde A, Arias G, Garrido M. Toxic oil syndrome: health-related quality-of-life assessment using the SF-36 Health Survey. Int J Epidemiol. 2022;51(2):491-500

10. Maiorino MI, Chiodini P, Bellastella G, Giugliano D, Esposito K. Sexual dysfunction in women with cancer: a systematic review with meta-analysis of studies using the Female Sexual Function Index. Endocrine. 2016;54(2):329-41

11. Liu Y, Han Y, Wang X, Chen Y, Mo Q, Li L, et al. Psychometric properties of the Chinese version of the Courtauld Emotional Control Scale in women newly diagnosed with breast cancer. Qual Life Res. 2022;31(3):865-76

12. Mejía ME, Contreras A, Hernández M. Calidad

de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. Biomedica [revista en Internet]. 2020 [citado 1 Jul 2023];40(2):[aprox. 12p]. Disponible en: https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4971

13. Figueredo K, Gafas C, Roque Y, del Rosario A. Adaptación de la escala de calidad de vida y satisfacción del paciente al contexto ecuatoriano. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2019 [citado 1 Jul 2023];45(4):[aprox. 15p]. Disponible en: https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1209/1335

14. Pastuña R, Sanhueza O. Influencia de la autoeficacia en la incertidumbre y la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. Revisión integrativa. Enferm [revista en Internet]. 2021 [citado 1 Jul 2023];10(2):[aprox. 20p]. Disponible en: https://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062021000200124