

## ORIGINAL

## Estudio longitudinal de variables médicas y psicológicas que intervienen en la adaptación de la paciente con cáncer de mama

V. Almonacid, P. Moreno<sup>1</sup>, S. Queipo<sup>1</sup>, B. Bermejo, A. Lluch

*Servicio de Hematología y Oncología Médica. <sup>1</sup>Junta Asociada Provincial de Valencia de la Asociación Española Contra el Cáncer. Hospital Clínico Universitario Valencia*

### RESUMEN

Nuestro objetivo se centró en valorar algunas de las variables médicas y psicológicas en las fases de diagnóstico y tratamientos que pueden interferir en el proceso de adaptación al cáncer de mama. Evaluamos una muestra de 44 pacientes tratadas en el Servicio de Hematología y Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valencia, durante los años 1999-2000. Todas ellas diagnosticadas de cáncer de mama que iban a iniciar tratamientos de quimioterapia adyuvante. Para ello, mediante entrevista estructurada valoramos los cinco momentos del proceso que, desde nuestra experiencia clínica consideramos especialmente problemáticos, dado que provocan mayor sobrecarga emocional y por tanto, mayor demanda de recursos de afrontamiento en las pacientes. Incluimos variables como: tipo de cirugía, enfermedades concomitantes; agudas y crónicas, sobrecarga emocional percibida, la percepción subjetiva del paso del tiempo en las pacientes y el apoyo familiar/social percibido. Encontramos diferencias significativas entre los momentos de evaluación. Podemos concluir que el periodo desde el diagnóstico hasta el inicio de la quimioterapia, es la etapa más difícil; provocando generalmente reacciones intensas de ansiedad, donde necesitan más atención especializada. En la primera revisión las pacientes han conseguido adaptarse, asimilar la experiencia y han dejado atrás las consecuencias de los tratamientos de quimioterapia, mejoría que se mantiene en la segunda revisión. No ocurre lo mismo con los efectos adversos de la cirugía ni con aquellas pacientes que tienen alteraciones psicológicas previas.

**Palabras clave:** Cáncer de mama. Adaptación. Antecedentes psicológicos. Sobrecarga emocional. Cirugía. Quimioterapia.

Recibido: 29-01-07.  
Aceptado: 03-05-07.

Correspondencia: Vicenta Almonacid. Servicio de Hematología y Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario Valencia. Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia. e-mail: vicenta.almonacid@uv.es

### ABSTRACT

Our objective was centred in valuing some of the medical and psychological variables that can interfere with in the process of adaptation in the phases of diagnosis and treatments. In this work we evaluated a sample of 44 patients treated in the one about the Service of Haematology and Medical Oncology of the University Clinical Hospital of Valencia, during years 1999-2000. All of them diagnosed of breast cancer that were going to initiate treatments of adjuvant chemotherapy. For it, by means of structured interview we valued the five moments of the disease process that, from our clinical experience, we considered especially problematic, since they cause greater emotional overload and therefore, greater demand of facing resources in the patients. We included variables like: type of surgery, concomitants diseases: acute and chronic, perceived emotional overload, the subjective perception of the passage of time in patients and perceived social/familiar support. We found significant differences between different moments from evaluation. We can conclude that the period from the diagnosis to the beginning of the chemotherapy, is the most difficult stage; causing intense anxiety reactions generally and where they need more specialized attention. In the first revision the patients have been able to adapt, to assimilate the lived situation and have left back the consequences of the chemotherapy treatments, improvement that stays in the second revision. It does not happen the same with the adverse effects of the surgery nor with those patients who have previous psychological alterations.

**Key words:** Breast Cancer. Adaptation. Previous psychological alterations. Emotional suffering. Surgery. Chemotherapy.

### INTRODUCCIÓN

Los tratamientos habituales para combatir el cáncer de mama, provocan un importante sufrimiento emocional debido a sus efectos adversos. La cirugía y la quimioterapia, como tratamientos iniciales, suponen en la mayoría de las

ocasiones cambios en la auto-imagen de la paciente, malestar físico en periodos determinados, cambios en las relaciones íntimas y familiares (1), también condicionan la vida laboral obligando en ocasiones a una baja laboral prolongada, repercutiendo el problema de salud en el entorno familiar, laboral y social.

Tras el diagnóstico de cáncer de mama, el inicio del tratamiento, bien sea cirugía o quimioterapia, alivia el estado de tensión de la paciente puesto que le ayuda a tranquilizarse y valorar su problema como una enfermedad con posibilidades terapéuticas.

Cuando el tratamiento de elección es la cirugía y se practica una mastectomía radical el estado emocional, habitualmente, no se afecta de inmediato. La preocupación por la gravedad del diagnóstico le resta importancia al significado y consecuencias de la amputación. Aunque la cirugía radical afecta a la auto-imagen, a la autoestima y a la sexualidad de la paciente (2), cuando es seguida de quimioterapia, la alopecia y los efectos secundarios de los tratamientos cobran una gran importancia entre las preocupaciones de las pacientes, si bien no olvidemos que a largo plazo la cirugía puede provocar alteraciones funcionales de incapacidad en la movilidad del miembro superior y linfedema que también alteran la actividad diaria de la paciente y por tanto su autoestima (3-5).

Cuando la paciente acude al oncólogo, se confirma el diagnóstico de enfermedad tumoral y se le explica cuáles son las mejores opciones terapéuticas, al tiempo que se solicita el estudio de extensión para un correcto estadiaje de la enfermedad. En la segunda visita, se confirma el estadio de la enfermedad y se programa el tratamiento médico, informando sobre la duración y los efectos secundarios del mismo. Como se ha comentado previamente, esto permite a la paciente conocer la situación real de su enfermedad y sus opciones de tratamiento, que salvo en los casos de enfermedad metastásica (< 10% al diagnóstico) se trata de una opción curativa y un tratamiento preventivo. El tratamiento quimioterápico desde el punto de vista médico, afecta a la actividad física de la paciente dado que como efectos secundarios provoca astenia [de etiología multifactorial: como efecto 2º directo farmacológico, secundario a la anemia, y en algunas ocasiones a la disminución de la ingesta por la alteración del sentido del gusto o por mucositis (6,7) que dificultan e incluso en ocasiones imposibilitan la ingesta] (8), en ocasiones dicha astenia permanece incluso varios meses después de finalizar el tratamiento. Alteraciones neurológicas debido a la neurotoxicidad periférica que producen los determinados fármacos quimioterápicos, que produce disestesias e incluso anestesia de manos y pies (9,10). Pese a los nuevos fármacos antieméticos cada día más potentes, algunas de las pacientes siguen presentando náuseas y vómitos que de igual forma limitan la actividad diaria de la paciente. A largo plazo pueden presentar como toxicidad acumulada onicolisis, alteraciones oculares (pérdida de visión, conjuntivitis) y alteraciones dentales (caries y pérdidas de piezas dentarias) lo cual puede afectar no sólo físicamente sino psicológicamente al alterar aún más su aspecto físico. Si bien, el problema médico más importante es el

riesgo que las pacientes presentan de sufrir infecciones teniendo en cuenta la toxicidad hematológica que poseen los agentes quimioterápicos y las complicaciones que de ello se derivan como retrasos en los tratamientos, ingresos hospitalarios, etc. Sin embargo, diferentes estudios, (11,12) señalan que del 46 al 58% de las pacientes informan que la alopecia es el efecto secundario más traumático aunque en el 2º ciclo este síntoma pierde importancia.

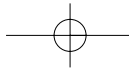
Al finalizar la quimioterapia, los problemas que presentan las pacientes (dificultades en la habilidad general para resolver problemas, disminución de la autoestima, empeoramiento del estado de salud y la forma física) no se pueden relacionar exclusivamente con la alopecia, posiblemente van asociados a los procesos de afrontamiento y algunas variables psicológicas como la ansiedad, el optimismo, etc. (13).

Al estudiar las expectativas y experiencias previas al tratamiento, algunos estudios, concluyen que los 6 síntomas más esperados por las pacientes son: fatiga, náusea, perturbación del sueño, disminución del peso, alopecia y problemas en la piel (14). Variables personales que influyen en estas expectativas son la edad, género y educación.

Cabría destacar también los efectos secundarios derivados de los tratamientos de radioterapia, provocando alteraciones cutáneas que en ocasiones pueden llegar a ser radiodermatitis grado III con ulceración de la piel del área irradiada, el aumento de la astenia y del riesgo de linfedema (15-17). Así mismo, el tratamiento hormonal que muchas de las pacientes reciben tras finalizar la quimioterapia puede provocar síntomas, que en ocasiones incluso llegan a deteriorar más aún que la quimioterapia el desarrollo de la actividad de la paciente. Teniendo en cuenta que son tratamientos prolongados de 5-10 años de duración, siendo principalmente síntomas derivados de una privación estrogénica (sofocos, sequedad vaginal, leucorrea, dispareunia y alteración del apetito sexual). Los nuevos agentes de tratamiento hormonal (inhibidores de aromatasas) producen a su vez en muchas ocasiones mialgias, dolores óseos y articulares y pérdida de la masa ósea que sumados a la astenia que mantienen estas pacientes, limita aún más su actividad física (18-20).

Todo ello, conlleva un esfuerzo de adaptación que puede verse interferido tanto por la situación como por la valoración que la paciente realiza de lo que le ocurre. La adaptación psicológica al cáncer se define como un proceso continuo en el cual el paciente intenta manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer, y obtener el dominio o control de los acontecimientos relacionados con la enfermedad (21,22).

Dada la escasa investigación sobre los determinantes situacionales y la influencia de otros eventos vitales en la valoración del esfuerzo emocional, el afrontamiento del cáncer y sus resultados, así como los escasos estudios longitudinales sobre la influencia de la valoración como determinante del resultado afectivo (23), consideramos interesante evaluar algunas variables médicas y psicológicas que observábamos en nuestra práctica clínica y que se describen en la literatura especializada como influyentes en la adapta-



ción, también nos interesaban los momentos del proceso de enfermedad que resultan especialmente problemáticos y provocan una mayor demanda de recursos personales. Siendo nuestro objetivo valorar algunas de las variables médicas y psicológicas que pueden interferir en el proceso de adaptación en las fases de diagnóstico y tratamientos, así como la posible relación de estas variables con el esfuerzo emocional que realizan en las diferentes fases del proceso.

## MÉTODO

### Sujetos

Evaluamos a 44 pacientes tratadas en el Servicio de Hematología y Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valencia, durante los años 1999-2000. Los criterios de inclusión fueron mujeres con cáncer de mama operado en estadios I y II, que iban a iniciar tratamientos de quimioterapia adyuvante. La participación en el estudio fue voluntaria.

En cuanto a los datos demográficos, la edad media de las pacientes era de 53 años. El 81,8% de las pacientes estaban casadas, el 9,1% solteras, el 6,8% separadas o divorciadas y el 2,3% viudas. El 84% tenía hijos. El 50% de ellas se dedicaban a sus labores, el 29,5% tenía una profesión cualificada, el 13,6% no cualificada y el 6,8% tenía una empresa por cuenta propia.

En cuanto a los datos médicos, el 59% de las pacientes fueron diagnosticadas de un *carcinoma ductal infiltrante*, el 15,9% de *carcinoma in situ*, el 4,5% de *carcinoma lobulillar*, y el 20,5% de otros tipos de cáncer de mama. Al 59,1% se le había practicado una cirugía conservadora frente al 40,9% de cirugía radical. El 54,5% recibieron un tratamiento de quimioterapia estándar: FEC (6 ciclos de epirubicina, 5 FU y ciclofosfamida cada 21 días), FAC (6 ciclos de doxorubicina, 5 FU y ciclofosfamida cada 21 días) o AC (4 ciclos de doxorubicina y ciclofosfamida cada 21 días), el 27,3% fueron incluidas en el protocolo TAC (6 ciclos de doxorubicina, docetaxel y ciclofosfamida cada 21 días) vs. FAC (6 ciclos de doxorubicina, 5 FU y ciclofosfamida cada 21 días), el 13,6% en el protocolo MILAN para pacientes con tamaño tumoral mayor a 2 centímetros, en sus ramas adyuvantes A (4 ciclos de doxorubicina cada 21 días, seguidos de 4 ciclos de CMF cada 28 días, día 1 y 8), y B (4 ciclos de doxorubicina y taxol cada 21 días, seguidos de 4 ciclos de CMF cada 28 días, día 1 y 8); y el 4,5% en otros protocolos de investigación oncológica. El 36,3% recibieron posteriormente radioterapia u hormonoterapia, el 56,8% ambos tratamientos adyuvantes, (radioterapia y hormonoterapia); y el 6,9% no recibió ningún otro tratamiento después de la quimioterapia. El 63,6% de las pacientes evaluadas no tenían ninguna otra enfermedad, el 20,5% padeció alguna enfermedad aguda concomitante (ciática, roturas óseas, peritonitis, pulmonía, neumonía, etc.), y el 15,9% padecía alguna enfermedad crónica (artrosis, alergias, asma, hipotiroidismo, diabetes, hipertensión, etc.), previa al diagnóstico de cáncer de mama.

En cuanto a las variables psicológicas, el 63,6% había padecido algún suceso vital estresante (SVE) en los últimos 3 años (divorcio, pérdida de trabajo, pérdida de familiar de primer grado, etc.) frente al 16% que no refirió ningún SVE. El 41% tenía alteraciones psicológicas previas (trastornos de ansiedad y del estado de ánimo fundamentalmente), frente al 59,1% que no los tenía.

### Procedimiento y variables

La evaluación psicológica se llevó a cabo mediante entrevistas estructuradas administradas por un psicólogo de la Unidad de Psico-oncología de dicho hospital. Además todas las pacientes se incluyeron en un Programa Psico-educativo (21) en el que se trataron los problemas psicológicos reactivos al proceso de tratamientos oncológicos; la intervención se realizó cada 21 días coincidiendo con cada ciclo de quimioterapia, siendo la media de visitas de 6 a 8 sesiones por paciente.

El protocolo de evaluación constaba de dos partes: la primera se centraba en recoger datos socio-demográficos y algunos aspectos médicos. En la segunda se evaluaban aspectos de sobrecarga emocional y apoyo social percibido de la paciente en la fase correspondiente.

—Variables médicas:

- Tipo de cirugía: cirugía conservadora, extirpación de un cuadrante de la mama y vaciamiento de los ganglios de la axila; cirugía radical, extirpación del pecho y vaciamiento de los ganglios de la axila.

- Diagnóstico: tipo de tumor analizado en anatomía patológica: *carcinoma ductal infiltrante*, *carcinoma in situ*, lobulillar, etc.

- Tratamiento: tipo de tratamiento recibido tras el diagnóstico, diferentes esquemas de quimioterapia, TAC vs. FAC, protocolo MILAN, etc.

Enfermedades asociadas: existencia o no de enfermedades crónicas previas al diagnóstico (artrosis, diabetes, fibromialgia, etc.); existencia o no de enfermedad aguda concomitante (neumonía, ciática, roturas óseas, etc.).

—Variables psicológicas:

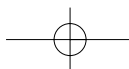
- Sucesos vitales estresantes (SVE): existencia o no de acontecimientos estresantes referidos por la pacientes en los últimos tres años previos al diagnóstico de fuerte impacto emocional (divorcio, despido, accidente, etc.).

- Alteraciones psicológicas previas: existencia o no de trastornos psicológicos que requirieron tratamiento psicológico y/o farmacológico previo al diagnóstico oncológico (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, etc.).

## DISEÑO

### Instrumentos y momentos de evaluación

El protocolo constaba de cinco momentos de evaluación. La evaluación 1 (E1) era el día del primer ciclo de



quimioterapia antes de iniciar el tratamiento. En esta fase, la entrevista valoraba los datos socio-demográficos, los datos médicos así como aspectos sobre afrontamiento y apoyo social de la paciente con relación a la enfermedad, tal como muestra la tabla I.

**Tabla I. Primera evaluación: datos demográficos y entrevista estructurada I**

<i>Datos pacientes</i>	
<i>Datos demográficos</i>	
Nombre y apellidos:	
Edad:	
Estado civil:	
Hijos:	
Profesión:	
<i>Datos Médicos</i>	
Diagnóstico anatomía patológica:	
Tipo de cirugía:	
Fecha:	
Esquema de tratamiento (QT):	
Otros tratamientos:	
Otras enfermedades añadidas:	
<i>Datos Psicológicos</i>	
Alteraciones psicológicas previas:	
Sucesos vitales estresantes:	
<i>Entrevista estructurada I (EEI)</i>	
<i>¿Hasta qué punto le cuesta afrontar su situación actual?</i>	
<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Mucho
<input type="checkbox"/> Un poco	<input type="checkbox"/> Muchísimo
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Me siento completamente incapaz de afrontarla
<input type="checkbox"/> Bastante	
<i>Durante la última semana, ¿cómo se le ha hecho el tiempo?</i>	
<input type="checkbox"/> Extraordinariamente corto	<input type="checkbox"/> Largo
<input type="checkbox"/> Muy corto	<input type="checkbox"/> Muy largo
<input type="checkbox"/> Corto	<input type="checkbox"/> Extraordinariamente largo
<input type="checkbox"/> Regular	
<i>¿Hasta qué punto le cuesta afrontar las consecuencias de la cirugía?</i>	
<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Mucho
<input type="checkbox"/> Un poco	<input type="checkbox"/> Muchísimo
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Me siento completamente incapaz de afrontarlas
<input type="checkbox"/> Bastante	
<i>Durante los últimos tres meses, ¿se ha desahogado emocionalmente con alguien?</i>	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Indique el grado de satisfacción que tienes respecto a la reacción que han tenido las personas más cercanas a ti	
<input type="checkbox"/> Nada satisfecha	<input type="checkbox"/> Mucho
<input type="checkbox"/> Un poco	<input type="checkbox"/> Muchísimo
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Me siento completamente satisfecha
<input type="checkbox"/> Bastante	

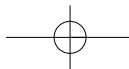
La segunda evaluación (E2) coincidía con el segundo ciclo de quimioterapia, la tercera evaluación (EU) con el último ciclo, la cuarta evaluación (R1) se realizaba al mes de acabar el tratamiento de quimioterapia y la última evaluación (R2) tenía lugar entre los 3-6 meses de finalizar el tratamiento, coincidiendo con la revisión del oncólogo. Desde la E2 hasta la R2 la entrevista fue la que se muestra en la tabla II.

### Análisis estadísticos

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa SPSS para Windows, versión 11.0. Se reali-

**Tabla II. Entrevista estructurada II**

<i>Entrevista estructurada II (EEII)</i>	
<i>¿Hasta qué punto le cuesta afrontar su situación actual?</i>	
<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Mucho
<input type="checkbox"/> Un poco	<input type="checkbox"/> Muchísimo
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Me siento completamente incapaz de afrontarla
<input type="checkbox"/> Bastante	
<i>Durante la última semana, ¿cómo se le ha hecho el tiempo?</i>	
<input type="checkbox"/> Extraordinariamente corto	<input type="checkbox"/> Largo
<input type="checkbox"/> Muy corto	<input type="checkbox"/> Muy largo
<input type="checkbox"/> Corto	<input type="checkbox"/> Extraordinariamente largo
<input type="checkbox"/> Regular	
<i>¿Hasta qué punto le cuesta afrontar las consecuencias de la cirugía?</i>	
<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Mucho
<input type="checkbox"/> Un poco	<input type="checkbox"/> Muchísimo
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Me siento completamente incapaz de afrontarlas
<input type="checkbox"/> Bastante	
<i>¿Hasta qué punto le cuesta afrontar los efectos de los tratamientos?</i>	
<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Mucho
<input type="checkbox"/> Un poco	<input type="checkbox"/> Muchísimo
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Me siento completamente incapaz de soportarlos
<input type="checkbox"/> Bastante	
<i>Durante los últimos tres meses, ¿se ha desahogado emocionalmente con alguien?</i>	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Indique el grado de satisfacción que tienes respecto a la reacción que han tenido las personas más cercanas a ti	
<input type="checkbox"/> Nada satisfecha	<input type="checkbox"/> Mucho
<input type="checkbox"/> Un poco	<input type="checkbox"/> Muchísimo
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Me siento completamente satisfecha
<input type="checkbox"/> Bastante	



zaron análisis correlacionales bivariados, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, y se llevaron a cabo análisis de medidas repetidas para averiguar si existen diferencias significativas entre los diferentes momentos de evaluación considerados en el estudio, para cada una de las preguntas de la entrevista.

## RESULTADOS

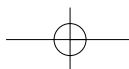
Se han llevado a cabo análisis bivariados teniendo en cuenta los momentos de evaluación, entre las variables médicas y psicológicas y las preguntas de las entrevistas (Tablas I y II). En la tabla III se muestran únicamente los resultados que han alcanzado la significación estadística. En lo que se refiere a las *variables médicas*, uno de los resultados que se mantiene de forma consistente a lo largo de los diferentes momentos de evaluación es la relación significativa que se establece entre el *tipo de cirugía* y la pregunta de cuánto les cuesta *afrontar las consecuencias de la cirugía*. E1: primera

visita, inicio de quimioterapia, ( $r = 0,42$ ,  $p = 0,01$ ). E2: segundo ciclo de quimioterapia ( $r = 0,47$ ,  $p = 0,01$ ). EU: último ciclo de quimioterapia, ( $r = 0,34$ ,  $p = 0,05$ ). R1: primera revisión al mes tras finalizar la quimioterapia, ( $r = 0,36$ ,  $p = 0,05$ ). R2: segunda revisión a los 3-6 meses tras quimioterapia, ( $r = 0,38$ ,  $p = 0,05$ ). Conforme nos alejamos del primer momento de evaluación, va disminuyendo la fuerza de la relación aunque continúa siendo significativa en todos ellos. Otra de las variables médicas que presenta, en el momento R1 de evaluación (primera revisión al mes de finalizar la quimioterapia) relaciones significativas con algunas de las preguntas de la entrevista es la *variable tratamientos*. Esta variable se relaciona de forma directa y positiva con las preguntas “cuánto les cuesta afrontar los efectos de los tratamientos” ( $r = 0,37$ ,  $p = 0,05$ ), “cuánto les cuesta afrontar las consecuencias de la cirugía” ( $r = 0,30$ ,  $p = 0,05$ ), así como con cómo perciben el paso del tiempo ( $r = 0,35$ ,  $p = 0,05$ ). La *variable diagnóstico* se relaciona por una parte con la pregunta nº 2 de la entrevista:

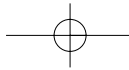
**Tabla III.** Resultados de los análisis bivariados entre las variables médicas, las variables psicológicas y las preguntas de la entrevista

Momentos de evaluación	Variables médicas									Variables psicológicas									
	Tipo de cirugía					Diagnóstico		Tratamiento	Enfermedad aguda		Enfermedad crónica		Alteraciones psicológicas previas					Sucesos vitales estresantes	
	E1	E2	EU	R1	R2	EU	R1	R1	E1	E2	EU	E1	E2	EU	R1	R2	E2	R1	
¿Hasta que punto le cuesta afrontar su situación actual? (EE I y EE II)													43**	32*	43**				
Durante la última semana, ¿cómo se le ha hecho el tiempo? (EE II)					-31*		35*		34*	41*									
¿Hasta qué punto le cuesta afrontar las consecuencias de la cirugía? (EE I y EE II)	42**	47**	34*	36*	38*			30*	35*				38*	55**	35*			-32*	
¿Hasta qué punto le cuesta afrontar los efectos de los tratamientos? (EE II)							37*									-36*			
Durante los últimos 3 meses, ¿se ha desahogado emocionalmente con alguien? (EE I y EE II)						-40**													
Indique el grado de satisfacción respecto a la reacción de las personas más cercanas a usted (EE I y EE II)								-37*											

Nivel de significación: \*: 0,05; \*\*: 0,01; r: correlación de Pearson; EE: entrevista estructurada I y II.







*cómo perciben el paso del tiempo* ( $r = -0,31$ ,  $p = 0,05$ ) en el momento EU de evaluación (último ciclo de quimioterapia), y por otro lado con la pregunta referida al hecho de *haberse desahogado emocionalmente con alguien* en los últimos tres meses ( $r = -0,40$ ,  $p = 0,01$ ), en el momento de evaluación R1 (primera revisión al mes de finalizar el tratamiento de quimioterapia). La *variable enfermedades* asociadas, también aportan información relevante; en el primer momento de evaluación (E1) que las pacientes presenten una *enfermedad aguda concomitante*, se relaciona con cuánto les cuesta *afrontar las consecuencias de la cirugía* ( $r = 0,35$ ,  $p = 0,05$ ) y *con el grado de satisfacción con respecto a la reacción que han tenido las personas más cercanas a ellas* ( $r = -0,37$ ,  $p = 0,05$ ). En el momento E2 de evaluación, es decir, en el segundo ciclo de quimioterapia tener una enfermedad añadida de tipo agudo se relaciona *con cómo perciben las pacientes el paso del tiempo* ( $r = 0,34$ ,  $p = 0,05$ ). Por otro lado, que las pacientes presenten *enfermedad de tipo crónico* previa al diagnóstico, se relaciona de forma significativa con *cómo se les pasa el tiempo* en el último ciclo de quimioterapia ( $r = 0,41$ ,  $p = 0,05$ ).

Si nos ocupamos ahora de las *variables psicológicas* (Tabla III), nos encontramos que el haber sufrido algún *suceso vital estresante* se relaciona, en el segundo ciclo de quimioterapia (E2), con cuánto les cuesta *afrontar los efectos de los tratamientos* ( $r = -0,36$ ,  $p = 0,05$ ); y, en la primera revisión al mes de finalizar la quimioterapia (R1), con cuánto les cuesta *afrontar las consecuencias de la cirugía* ( $r = -0,32$ ,  $p = 0,05$ ). Finalmente, el que las pacientes presenten alteraciones psicológicas previas, se relaciona por una parte, con cuánto les cuesta *afrontar su situación* en los siguientes momentos: E2, segundo ciclo de quimioterapia, ( $r = 0,43$ ,  $p = 0,01$ ); EU, último ciclo de quimioterapia, ( $r = 0,32$ ,  $p = 0,05$ ); R1, primera revisión al mes tras finalizar la quimioterapia, ( $r = 0,43$ ,  $p = 0,01$ ). Por otra parte, se relaciona también con cuánto les cuesta *afrontar las consecuencias de la cirugía* en los siguientes momentos de evaluación: EU, último ciclo de quimioterapia, ( $r = 0,38$ ,  $p = 0,05$ ); R1: primera revisión al mes tras finalizar la quimioterapia, ( $r = 0,55$ ,  $p = 0,01$ ); R2: segunda revisión a los 3-6 meses tras quimioterapia, ( $r = 0,35$ ,  $p = 0,05$ ). Y por último, las alteraciones psicológicas previas, se relacionan a su vez, en el momento E1 de evaluación (primera visita, antes de iniciar primer ciclo de quimioterapia), con el *hecho de haberse desahogado emocionalmente* con alguien en los últimos tres meses ( $r = -0,31$ ,  $p = 0,05$ ).

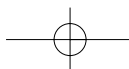
En cuanto a los momentos de evaluación y el esfuerzo emocional que realizan las pacientes para afrontar los diferentes tratamientos, los resultados obtenidos utilizando el análisis de medidas repetidas, nos muestran que existen diferencias significativas previas al inicio de la quimioterapia, y el segundo ciclo de QT. Es en este momento, cuando les cuesta significativamente menos afrontar

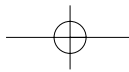
su situación actual ( $F = 10,22$ ,  $p = 0,00$ ); valorando, a su vez, que el tiempo (21 días) se les hace más corto ( $F = 11,29$ ,  $p = 0,00$ ), que durante el periodo entre la cirugía e inicio de la quimioterapia (de 15 a 20 días). También encontramos diferencias significativas entre el último gotero y la primera revisión al mes de finalizar el tratamiento de quimioterapia. Es en esta primera revisión cuando a las pacientes les cuesta significativamente menos afrontar su situación ( $F = 6,68$ ,  $p = 0,01$ ) y los efectos de los tratamientos ( $F = 8,49$ ,  $p = 0,01$ ). Además, existen diferencias significativas entre la primera y la segunda revisión, siendo a los 3-6 meses de la finalización del tratamiento de quimioterapia cuando les cuesta significativamente menos afrontar las consecuencias de los tratamientos ( $F = 5,58$ ,  $p = 0,02$ ). Finalmente parece existir una tendencia ( $F = 3,51$ ,  $p = 0,07$ ), a que las pacientes perciban el paso del tiempo de forma más rápida en esa última revisión.

## CONCLUSIONES

Existen variables médicas y psicológicas que se relacionan con la adaptación de las pacientes; en cuanto a las *variables médicas*, el impacto emocional del *diagnóstico* mejora cuando la paciente ha tenido oportunidad de desahogarse emocionalmente; *la cirugía* se presenta como una variable significativa en todos los momentos de la evaluación provocando un mayor esfuerzo emocional en las pacientes con cirugía radical. Por otra parte, *la quimioterapia* provoca preocupación y sobrecarga emocional antes de recibirla no resultando significativa en el segundo gotero. Así mismo, en cuanto a *enfermedades agudas concomitantes*, aquellas pacientes que sufren una enfermedad aguda presentan mayores dificultades para afrontar las consecuencias de la cirugía una vez iniciados los tratamientos de quimioterapia, así como una menor satisfacción con la reacción de las personas cercanas, familiares, amigos. Consideramos que aquellas pacientes que sufren una enfermedad aguda en el proceso diagnóstico o en el intervalo entre la cirugía e inicio de la quimioterapia, tienen mayores problemas para afrontar tanto los efectos de la cirugía como de la quimioterapia, siendo importante la evaluación y seguimiento de su estado emocional. Respecto a la variable *enfermedades crónicas* previas al diagnóstico, las pacientes con afecciones crónicas informan de una mayor lentitud en el paso del tiempo, percibiendo el periodo de tratamientos más largo que las pacientes que no tienen enfermedades añadidas.

Podemos decir que encontramos diferencias en la sobrecarga emocional de los efectos secundarios de la quimioterapia y la cirugía, mientras que los efectos de la quimioterapia incrementan el esfuerzo emocional antes de padecerlos, las secuelas de la cirugía influyen negativa-





mente en el estado emocional (6,7) un año después de haberla padecido.

En cuanto a las *variables psicológicas*, sufrir algún *suceso vital estresante* (SVE) se relaciona con un menor esfuerzo emocional en el afrontamiento de los efectos secundarios de la quimioterapia en las etapas iniciales; y además también influye en un menor esfuerzo para afrontar los efectos de la cirugía al mes de haber finalizado los tratamientos de quimioterapia. Podemos decir que los SVE parecen dotar a la paciente de recursos propios que ayudan a disminuir el sufrimiento emocional y el esfuerzo de adaptación que debe realizar la enferma con respecto a su actual problema, la enfermedad oncológica.

Por el contrario, las *alteraciones psicológicas previas*, incrementan la sobrecarga emocional tanto de las consecuencias de la quimioterapia como de la cirugía. La existencia de *alteraciones psicológicas previas* también se relaciona con la posibilidad de haberse desahogado emocionalmente (7) en los últimos tres meses ya que en primera entrevista las pacientes con dichas alteraciones informan de mayores dificultades para desahogarse emocionalmente. Queremos destacar la influencia de las alteraciones psicológicas previas en la adaptación a la cirugía ya que interfieren en el proceso incluso en la última revisión, cuando las pacientes llevan aproximadamente un año operadas.

Queremos resaltar el periodo desde el diagnóstico hasta el inicio de la quimioterapia por ser el momento de mayores demandas emocionales y esfuerzo psicológico para las pacientes. Los resultados nos muestran diferencias significativas entre el primer momento de evaluación y el segundo; esto nos indica que para las pacientes el primer periodo desde el diagnóstico, el paso por la cirugía (radical o conservadora) y antes de iniciar la quimioterapia, es la etapa más difícil y de mayor esfuerzo emocional, percibiendo una lentificación del tiempo. También aparecen diferencias significativas entre el último gotero y la primera revisión tras finalizar la quimioterapia; en este momento las pacientes informan de significativamente menor esfuerzo emocional para hacer frente a los efectos secundarios de los tratamientos. En la primera revisión las pacientes han conseguido una mayor adaptación y asimilación de la situación vivida y han dejado atrás las consecuencias de los tratamientos de quimioterapia. Esta situación se mantiene en la segunda revisión a los 3-6 meses de la finalización de la quimioterapia.

Siendo conscientes de las limitaciones de nuestros resultados, consideramos importante la evaluación de las variables estudiadas en las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. El tipo de cirugía, padecer una enfermedad aguda concomitante al proceso diagnóstico y tratamientos, así como tener alteraciones psicológicas o psiquiátricas previas, son determinantes para decidir derivar a la paciente a una consulta de psico-oncología aunque la

enferma no muestre inicialmente signos de desajuste emocional.

## BIBLIOGRAFÍA

- Hesketh PJ, Batchelor D, Golant M, Lyman GH, Rhodes N, Yardley D. Chemotherapy-induced alopecia: Psychosocial impact and therapeutic approaches. *Support Care Cancer* 2004; 12 (8): 543-9.
- Verosi U, Boyle P, Goldhirsch A, Orecchia R. Breast cancer. *The Lancet* 2005; 365: 1727-41.
- Arrault M, Vignes S. Risk factors for developing upper limb lymphedema after breast cancer. *Bull Cancer* 2006; 93 (10): 1001-6.
- El Sanghir NS, et al. Erysipela of the upper extremity following locoregional therapy for breast cancer. *Breast* 2005; 14 (5): 347-51.
- Indelicato DJ, et al. Delayed breast cellulitis: An evolving complication of breast conservation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006; 66 (5): 1339-46.
- McGuire DB. Mucosal tissue injury in cancer therapy. More than mucositis and mouthwash. *Cancer Pract* 2002; 10 (4): 179-91.
- Peterson DE, Cariello A. Mucosal damage: A major risk factor for severe complications after cytotoxic therapy. *Semin Oncol* 2004; 31 (3 Supl. 8): 35-44.
- De Jong N, et al. Course of the fatigue dimension "activity level" and the interference of fatigue with daily living activities for patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy. *Cancer Nurs* 2006; 29 (5): E1-13.
- Mielke S, et al. Peripheral neuropathy: A persisting challenge in paclitaxel-based regimes. *Eur J Cancer* 2006; 42 (1): 24-30.
- Openshaw H, et al. The effect of height on paclitaxel nerve damage. *J Neurooncol* 2005; 74 (2): 207-10.
- McGarvey EL, Baum LD, Pinkerton RC, Rogers LM. Psychological sequelae and alopecia among women with cancer. *Cancer Pract* 2001; 9 (6): 283-9.
- Munstedt K, Manthey N, Sachsse S, Vahrson H. Changes in self-concept and body image during alopecia induced cancer chemotherapy. *Support Care Cancer* 1997; 5 (2): 139-43.
- Olver IN, Taylor AE, Whitford HS. Relationships between patients' pre-treatment expectations of toxicities and post chemotherapy experiences. *Psycho-Oncology* 2005; 14: 25-33.
- Hofman M, Morrow GR, Roscoe JA, Hickok JT, Mustian KM, Moore DF, et al. Cancer patients' expectations of experiencing treatment-related side effects: A University Clinical Oncology program study of 938 patients from community practices. *Cancer* 2004; 101 (4): 851-7.
- JavorKova N, et al. Changes of cough reflex sensitivity induced by cancer radiotherapy of chest and neck regions. *J Physiol Pharmacol* 2006; 57 (Supl. 4): 157-63.
- Geinitz H, et al. Fatigue in patients with adjuvant radiation therapy for breast cancer: Long-term follow-up. *J Cancer Res Clin Oncol* 2004; 130 (6): 327-33.
- Coen JJ, et al. Risk of lymphedema after regional nodal irradiation with breast conservation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2003; 55 (5): 1209-15.
- Chlebowski RT. *Clin Breast Cancer* 2005; (Supl. 5) (2): S35-40.
- Ramaswamy B, Shapiro CL. Osteopenia and osteoporosis in women with breast cancer. *Semin Oncol* 2003; 30 (6): 763-75.
- Hirbe A, et al. Skeletal complications of breast cancer therapies. *Clin Cancer Res* 2006; 12 (20 Pt. 2): 6309s-14s.
- Fawzy FI. Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't. *Eur J Cancer* 1999; 31 (11): 1559-64.
- Brennan J. Adjustment to cancer- coping or personal transition? *Psycho-Oncology* 2001; 10 (1): 1-18.
- Ferrero J, Barreto P, Toledo M, Martínez E. Afrontamiento y Cáncer. De dónde venimos y si sabemos a dónde vamos: Una revisión del estado de la cuestión. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis* 2003; XXV (1-2): 163-77.

