



Máster Universitario en PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA
Trabajo Fin de Máster

Estudio exploratorio sobre el impacto psicológico del cáncer de
mama teniendo en cuenta las etapas de tratamiento o recaída y
supervivencia a corto y largo plazo

Presentado por: Iria Núñez Figueiras

Tutora: María Dolores Vara Villodre

Curso: 2022/2023

Convocatoria: Ordinaria

Resumen

Este estudio de investigación se centra en evaluar el posible impacto psicológico en mujeres con cáncer de mama en función de las etapas clínicas del proceso oncológico: tratamiento o recibida, post-tratamiento a corto plazo y largo plazo. Se evalúa la calidad de vida, el funcionamiento emocional, el sentido de vida y el sistema de valores. Para ello, se lleva a cabo un análisis exploratorio de las características sociodemográficas y las variables clínicas en función de las etapas clínicas de una muestra de 86 mujeres que recibieron el diagnóstico de cáncer de mama. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el Índice de Calidad de Vida (QLI), la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), el Cuestionario de Sentido de Vida (MLQ) y el Cuestionario de Valores (adaptación AC). Los resultados mostraron un mayor deterioro en la calidad de vida (bienestar físico, autocuidado, funcionamiento ocupacional) y el funcionamiento emocional (en términos de estrés) en el grupo en fase de tratamiento o recidiva. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la variable de sentido de la vida. No obstante, sí que se encontraron en función de los valores. El grupo de tratamiento valoraba en mayor medida el cuidado de los hijos, el ocio, y la ciudadanía tras recibir el diagnóstico en comparación con el grupo de post-tratamiento a corto plazo. Estos hallazgos señalan la necesidad de investigar en intervenciones psicológicas que puedan amortiguar el impacto del cáncer de mama teniendo en cuenta cada fase del proceso oncológico.

Palabras clave: Cáncer de mama, funcionamiento emocional, calidad de vida, valores, sentido de vida, etapa clínica

Abstract

This research study focuses on evaluating the possible psychological impact on women with breast cancer based on the clinical stages of the oncological process: treatment or received, short-term and long-term post-treatment. Quality of life, emotional functioning, meaning of life and value system are evaluated. To this end, an exploratory analysis of the sociodemographic characteristics and clinical variables is carried out according to the clinical stages of a sample of 86 women who were diagnosed with breast cancer. The evaluation instruments used were the Quality of Life Index (QLI), the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), the Meaning of Life Questionnaire (MLQ) and the Values Questionnaire (CA adaptation). The results showed a greater deterioration in quality of life (physical well-being, self-care, occupational functioning) and emotional functioning (in terms of stress) in the group in treatment phase or recurrence. No statistically significant differences were found between the groups in the meaning of life variable. However, they were found based on values. The treatment group valued child care, leisure, and citizenship more after being diagnosed compared to the short-term post-treatment group. These findings point to the

Índice

1. Introducción.....	5
1.1 Cáncer de mama.....	5
1.2 Impacto del cáncer de mama.....	6
1.2.1 Impacto en la calidad de vida.....	7
1.2.2 Impacto emocional.....	8
1.2.3 Impacto en el sentido de vida y los valores.....	9
1.2.4 Importancia del presente estudio.....	10
2. Hipótesis y objetivos.....	10
3. Metodología.....	11
3.1 Diseño.....	11
3.2 Participantes.....	12
3.3 Procedimiento.....	12
3.4 Instrumentos de evaluación.....	13
3.5 Ética.....	14
3.6 Análisis de datos.....	14
4. Resultados.....	15
4.1 Características sociodemográficas de la muestra.....	15
4.2 Impacto del cáncer de mama en la calidad de vida.....	16
4.2.1 Diferencias en la calidad de vida (QLI) teniendo en cuenta las etapas clínicas.....	17
4.3 Impacto del cáncer de mama a nivel emocional.....	18
4.3.1 Diferencias a nivel emocional en términos de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) teniendo en cuenta las etapas clínicas.....	19
4.4 Impacto del cáncer de mama en el sentido de vida.....	21
4.4.1 Diferencias en el sentido de la vida (MLQ) teniendo en cuenta las etapas clínicas.....	21
4.5 Impacto del cáncer de mama en los valores.....	23
4.5.1 Diferencias en los valores (AC) teniendo en cuenta las etapas clínicas...25	
4.6 Impacto del tipo de tratamiento recibido en la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés, así como en la calidad de vida en el grupo en fase de tratamiento o recaída.....	26
5. Discusión.....	28
6. Conclusiones.....	30
7. Bibliografía.....	31
8. Anexos.....	36

1. Introducción

1.1. Cáncer de mama

El cáncer de mama consiste en la proliferación de células malignas del tejido mamario las cuales tienden a multiplicarse sin control. Es una enfermedad heterogénea a nivel etiológico además de su manifestación clínica, existen diferentes factores de riesgo que promueven su aparición, como son el sexo y la edad (Houghton et al., 2021). Santaballa (2023) afirmó que el porcentaje de aparición según el sexo es del 99% para mujeres y de un 1% en hombres. Con respecto a la edad, existe una mayor incidencia al superarse los 50 años, diagnosticándose tan sólo un 10% de casos en menores de 40 años (Santaballa, 2023).

El cáncer constituye una de las principales causas de muerte a nivel mundial, específicamente el cáncer de mama se identifica como el tumor más común en mujeres y el segundo tipo de cáncer más común en el mundo (Ben-Dror et al., 2022). En 2018 se constató un total de 6,8 millones de casos de cáncer de mama en todo el mundo (Kashyap et al., 2022). Según los datos recogidos por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) se determinó que dos años más tarde, en 2020, el tumor de mama fue el tipo de cáncer más diagnosticado (Santaballa, 2023). Siguiendo esta misma línea, para el año 2040 se predice un aumento en los casos de hasta 28,4 millones en todo el mundo (Kashyap et al., 2022). La mayoría de los tumores diagnosticados tienen un pronóstico alto de supervivencia, ya que la detección precoz y los avances médicos y tratamientos han minimizado el riesgo de muerte (Santaballa, 2023). Sin embargo, todavía existe un porcentaje de casos en el que su curso termina derivando en metástasis, esto es, cuando el tumor inicial originado en la mama se disemina a otra parte del cuerpo, siendo su incidencia inferior a un 30% del total de los casos (Kashyap et al., 2022).

La fase de diagnóstico es la primera etapa en el proceso oncológico. La detección del tumor de mama se realiza mediante técnicas de evaluación, y la prueba estándar de detección es la mamografía, método utilizado mediante imagen que permite identificar la presencia de un tumor en pacientes asintomáticas. Además, en algunos casos, esta se puede acompañar de la ecografía o la resonancia magnética, siendo esta última utilizada como técnica complementaria debido a su elevado coste y a su dudosa fiabilidad por el alto número de falsos positivos resultantes (Espinosa, 2018). Una vez detectado el tumor mamario se clasifica en función del estadio en el que se encuentre, bien puede localizarse en una fase temprana, en una etapa avanzada pero localizada o cuando el tumor ya ha migrado y por lo tanto se encontraría en un estadio metastásico.

Tras recibir el diagnóstico, se realiza un plan de tratamiento que se identifica como la segunda fase del proceso oncológico (Espinosa, 2018). Los factores determinantes en la elección del tratamiento son: el tamaño del tumor, el estado ganglionar y la ausencia o presencia de metástasis (Giuliano et al., 2018). El tratamiento para el cáncer de mama debe de ser completo, la cirugía tiene que ir acompañada de radioterapia y terapia sistémica, incluyendo la

hormonoterapia, la quimioterapia y la inmunoterapia. La cirugía de la mama afectada suele ser la primera elección de tratamiento en esta patología, entre las que se diferencian la cirugía conservadora y la mastectomía, en el caso de la cirugía conservadora, esta suele acompañarse de radioterapia (Ben-Dror et al., 2022). Otro tratamiento complementario a la cirugía es la radioterapia, la radiación completa de la mama después de la cirugía disminuye el riesgo de que ocurra una recidiva y actúa aumentando la supervivencia de la paciente. Las investigaciones han llevado a crear nuevas técnicas de radioterapia con el objetivo de reducir el impacto de la radiación (Ben-Dror et al., 2022). Para poder controlar la diseminación de la enfermedad se propone el tratamiento sistémico, esto es, la hormonoterapia, la quimioterapia y la inmunoterapia. El tratamiento sistémico se puede administrar de dos formas, bien como tratamiento neoadyuvante a la cirugía o bien después de esta, y los resultados son equivalentes para ambos casos. La administración de la quimioterapia después de la cirugía es la primera elección de tratamiento cuando existe un mayor riesgo de recaída. En los casos en los que se administra como tratamiento neoadyuvante, el objetivo consiste en reducir el tamaño de la masa tumoral para poder llevar a cabo la cirugía de ese tumor que inicialmente era considerado inoperable, de esta forma se realiza una cirugía conservadora obteniendo un mejor resultado estético en lugar de una mastectomía (Provenzano, 2021).

Tras finalizar el proceso de tratamiento y superada la enfermedad, las pacientes se identifican como supervivientes de cáncer de mama. Siendo esta la última fase del proceso oncológico. Sin embargo, a pesar de haber finalizado el tratamiento, las secuelas que este deja sobre las pacientes afectan no sólo en el ámbito físico sino también en el psicológico, suponiendo un impacto psicosocial en las pacientes con cáncer de mama (Al-Omari et al., 2022).

1.2. Impacto del cáncer de mama

La complejidad del cáncer de mama no sólo hace referencia a su etiología sino también al impacto psicosocial que la enfermedad genera. La enfermedad conlleva cambios en la vida de la persona a nivel laboral y social, incrementando el aislamiento e impactando en las relaciones interpersonales, en el rol que asume dentro de su familia, en su imagen corporal y autoestima y en su funcionamiento cognitivo, lo que conlleva la aparición de alteraciones a nivel psicológico (Dinapoli et al., 2021). Entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes en pacientes con cáncer de mama destacan, en primer lugar, los trastornos de ansiedad seguidos de los trastornos afectivos como la depresión mayor (Marouf et al., 2023). La causa de la aparición de estos trastornos es debida a la angustia y al miedo generado ante el diagnóstico, ya que es una enfermedad considerada mortal. Además, el tratamiento y sus secuelas también suponen un impacto en su calidad de vida, alterando sus capacidades físicas y cognitivas y exigiendo a la persona reajustar sus rutinas de vida. Mientras que las secuelas físicas y psicológicas son las más mencionadas, también ocurren cambios en el ámbito espiritual o existencial de la persona, repercutiendo en los valores y el sentido de la vida que sufren un reajuste (Marouf et al., 2023).

1.2.1. Impacto en la calidad de vida

La calidad de vida es entendida como la valoración que hace la paciente con cáncer de mama sobre su bienestar general a nivel físico, psicológico y social, la interpretación sobre su grado de independencia y su sistema de valores personales así como las consecuencias de la enfermedad (Marouf et al., 2023). Siguiendo la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida se entiende como un concepto multidimensional y subjetivo (Cardona-Arias et al., 2014).

Debido a los avances médicos en relación al diagnóstico y al tratamiento del cáncer de mama, la supervivencia ante esta enfermedad es cada vez mayor por lo que asegurar y fomentar la calidad de vida de las pacientes oncológicas adquiere un papel relevante en los estudios de investigación (Mokhtari-Hessari et al., 2020). Las pacientes con cáncer de mama presentan un deterioro en la calidad de vida durante todo el proceso oncológico, entre los factores que pueden afectar a su empeoramiento destacan el estadio en el que se encuentra la enfermedad, el tipo de tumor y el tratamiento administrado.

Hay diversidad de estudios que confirman que la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama se ve alterada desde el momento del diagnóstico hasta años después de la finalización del tratamiento (Hernández et al., 2020). Con el diagnóstico de cáncer de mama las mujeres se enfrentan a una enfermedad con un estigma de muerte asociado, interpretando el cáncer como el final de la vida, desencadenando una serie de emociones desagradables como angustia, miedo o incertidumbre ante el futuro (Mejía-Rojas et al., 2020). Durante el tratamiento experimentan síntomas derivados de la medicación que tras la finalización del proceso oncológico siguen generando limitaciones tanto físicas como psicológicas en las supervivientes de cáncer de mama (Alfano et al., 2019). El bienestar espiritual se entiende como una de las categorías que recoge el concepto de calidad de vida, se entiende la espiritualidad como la forma que tiene la persona de buscar un sentido a la vida, unos valores y unas creencias que le hagan sentirse bien consigo misma y con el resto. Este factor actúa como protector durante y después del tratamiento dotando a la persona de un significado a su vida (Marouf et al., 2023). Según Garduño-Ortega et al. (2021) en su estudio, afirman que fomentar el bienestar espiritual se relaciona con una disminución en los síntomas de depresión y un incremento en la calidad de vida.

Diversos estudios confirman un empeoramiento en la calidad de vida durante la fase de tratamiento, esto es debido a los efectos secundarios que producen, específicamente la quimioterapia (Paraskevi, 2012). Biparva et al., (2022) en su estudio reportaron puntuaciones más bajas en la calidad de vida de las pacientes cuando se encontraban recibiendo tratamiento que una vez finalizado, siendo la quimioterapia y la mastectomía los tratamientos con mayor impacto psicológico y físico suponiendo en definitiva, una disminución en la calidad de vida

(Biparva et al., 2022). Asimismo, Delgado (2022) también sostiene que entre los tratamientos administrados a pacientes con cáncer de mama, es la quimioterapia la que genera mayores puntuaciones en depresión, un mayor deterioro cognitivo y peor calidad de vida (Delgado, 2022).

1.2.2. Impacto emocional

Cuando el funcionamiento psicológico se ve afectado aparecen alteraciones que pueden derivar en trastornos psicológicos (Marouf et al., 2023). En pacientes con cáncer de mama existe un impacto en el funcionamiento psicológico que desencadena un malestar emocional, siendo el precipitante de trastornos como el estrés, la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático, los más comunes en esta patología (Dinapoli et al., 2021).

Recibir un diagnóstico de cáncer de mama genera malestar emocional en las pacientes, la prevalencia de alteraciones psicológicas en este cáncer fluctúa entre un 29 y un 47%, dependiendo de factores como la adherencia al tratamiento, el pronóstico, el apoyo social y los niveles de supervivencia (Dinapoli et al., 2021). Concretamente, el diagnóstico produce un nivel elevado de estrés desencadenado por el temor a la muerte y acompañado de la incertidumbre de cuál será el curso de la enfermedad y la elección del tratamiento (Hernández et al., 2020). Además del estrés, las pacientes también experimentan altos niveles en depresión y ansiedad, entre los estudios se han reportado tasas más altas de depresión en pacientes con cáncer de mama que en mujeres sanas, esto es debido a la amenaza que supone para sus vidas el diagnóstico (Marouf et al., 2023). Con respecto a la ansiedad, es uno de los trastornos más comunes en pacientes con cáncer de mama, debido a que aparece un miedo desproporcionado ante la enfermedad y una interpretación de falta de estrategias para hacerle frente. Estos síntomas psicológicos conllevan a una disminución en la calidad de vida ya que afecta a los diferentes ámbitos de la vida de la paciente (físico, social, emocional y económico) llevando a un reajuste en su percepción de bienestar general (Marouf et al., 2023).

Durante el tratamiento también se dan tasas elevadas de estrés, ansiedad y depresión en las pacientes, ya que deben hacer frente a los tratamientos administrados y gestionar los efectos secundarios derivados de este, como el deterioro físico y cognitivo o el impacto en su imagen corporal y sexual (Torres et al., 2015).

Las alteraciones en los trastornos del estado de ánimo también se manifiestan una vez se ha finalizado el tratamiento, al menos durante los cinco años después del tratamiento se siguen reportando síntomas de ansiedad y depresión (Martínez-Cuervo et al., 2020). Esto se asocia al miedo a una posible recaída y a la incertidumbre de cómo manejar la vuelta a la vida que tenían antes del diagnóstico (Marouf et al., 2023). Diversidad de estudios confirman que más de la mitad de supervivientes de cáncer de mama sufre sintomatología ansiosa, asociándose con dificultades para dormir, mayor sensación de dolor y fatiga así como una imagen corporal distorsionada y mayor desesperanza con el futuro (Torres et al., 2015). Con respecto a las tasas

de sintomatología depresiva, en su estudio Garduño-Ortega et al. (2021) concluyen que fluctúan entre el 35% y el 45% en las supervivientes de cáncer de mama.

Sin embargo, en la mayoría de los estudios se observa una alta afectación del funcionamiento psicológico desde el momento del diagnóstico, suponiendo una experiencia traumática que conlleva una alta carga emocional; pero no es hasta la fase de tratamiento con los efectos secundarios cuando estas alteraciones psicológicas como el estrés, la ansiedad y la depresión adquieren las tasas más elevadas en comparación con otros momentos del proceso oncológico (Álvarez-Pardo et al., 2023). Tal y como recoge Tsaras et al. (2018) en su estudio, existe una mayor prevalencia de depresión en pacientes de cáncer de mama durante el primer año tras el diagnóstico (Tsaras et al., 2018).

1.2.3. Impacto en el sentido de la vida y los valores

Palacios-Espinosa (2015) define el sentido de la vida como la interpretación que las personas dan al significado que tienen sus vidas, así como la misión o propósito por el que se rigen. Este constructo viene determinado por el marco cultural de las personas, dotándolas de un propósito y un sentido de realización, considerándose así un factor de protección ante experiencias negativas que impulsa a la persona a la búsqueda de una vida saludable y positiva (Palacios-Espinosa et al., 2015). El sentido de la vida se relaciona de forma directa con un funcionamiento psicológico positivo y con el bienestar general y el apoyo social (Jadidi et al., 2022). Asimismo, ante situaciones traumáticas o estresantes, las personas tienen un motivo por el cuál valoran sus vidas como importantes y el tener un propósito de vida actúa así como un factor motivacional para afrontar estas situaciones con éxito (Naghiyae et al., 2020). Las pacientes oncológicas sufren un reajuste en el sentido de sus vidas durante el diagnóstico y el tratamiento, deben buscar un nuevo significado ante la incertidumbre que conlleva el proceso oncológico y el enfrentarse a la posibilidad de muerte, ya que el criterio con el que evaluaban hasta ahora sus vidas cambia, así como su sistema de valores, readaptando sus prioridades y apreciando de otra forma sus vidas (Palacios-Espinosa et al., 2015).

Tras el diagnóstico de cáncer de mama aparecen una serie de factores que afectan el bienestar psicológico de la paciente, cambios físicos que alteran su autoconcepto y autoestima, cambios en las rutinas y los roles familiares, incertidumbre con respecto a su futuro profesional y un reajuste con respecto a sus relaciones interpersonales (Dinapoli et al., 2021). A pesar de estos cambios, hay literatura que confirma que muchas pacientes valoran de forma positiva algunos aspectos derivados de la experiencia oncológica, determinan un nuevo sentido de vida, mayor espiritualidad, mayor intimidad y valoración de las relaciones interpersonales que en conjunto lleva a un reajuste del sistema de valores antes y después del diagnóstico (Jadidi et al., 2022; Velandia et al., 2020). Estos cambios positivos se relacionan con una actitud positiva ante la enfermedad y con un cambio en la apreciación de la vida, modificando sus prioridades y

valores (Greszta et al., 2011; Velandia et al., 2020). En un estudio que evaluó durante cinco años los valores personales de las supervivientes de cáncer de mama, se concluyó que las relaciones interpersonales y el autoconcepto mostraban un cambio positivo significativo a lo largo del tiempo (Greszta et al., 2011). El tener que enfrentarse a la mortalidad lleva a las pacientes a reconsiderar sus creencias y los supuestos que tienen sobre ellas, el mundo y los demás.

1.2.4. Importancia del presente estudio

Debido al crecimiento exponencial de nuevos casos de cáncer de mama en los últimos años y a las estimaciones sobre su incremento durante los próximos años, siendo la edad un factor de riesgo en esta enfermedad, que afecta en mayor medida a las pacientes con edades comprendidas entre 50 y 70 años, y observándose un incremento de nuevos casos en mujeres más jóvenes que la media, resulta necesario investigar su impacto para aportar estrategias con respecto al manejo de la enfermedad. También, a pesar de que la supervivencia es cada vez más alta, es relevante hacer seguimientos tras superar la enfermedad, ya que el deterioro en el funcionamiento psicológico continúa siendo una preocupación entre estas pacientes, ya que la calidad de vida comienza a deteriorarse desde el momento del diagnóstico y los tratamientos acrecientan el empeoramiento, llevando a las pacientes a experimentar síntomas de estrés, ansiedad y/o depresión. Por último, dado que el sentido de la vida y el sistema de valores se puede ver afectado dada la incertidumbre que conlleva el proceso oncológico, es relevante prestarle atención para aportar estrategias de tratamiento que promuevan el bienestar en todas las facetas posibles (p.ej., psicológico, espiritual, social). Dado que la mayoría de los estudios se han centrado más en analizar el impacto del cáncer de mama en la etapa de diagnóstico y el tratamiento, y en menor medida en las etapas de supervivencia a corto y largo plazo tras finalizar el tratamiento, el presente estudio arrojará más luz sobre su impacto en el periodo de recuperación de la enfermedad.

2. Objetivos e hipótesis

El objetivo del presente estudio es evaluar el impacto psicológico en mujeres que han sido diagnosticadas de cáncer de mama teniendo en cuenta las diferentes etapas del proceso oncológico (tratamiento o recaída, post-tratamiento a corto plazo, post-tratamiento a largo plazo). Para ello, se analizará específicamente su impacto en la calidad de vida, en la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés, en el sentido de la vida y en la escala de valores, teniendo en cuenta tres condiciones en relación con la fase del proceso oncológico en la que se encuentren. Además, se explorará el impacto del tratamiento recibido (cirugía, quimioterapia, inmunoterapia)

en la sintomatología clínica (depresión, ansiedad y estrés) y calidad de vida en el grupo que actualmente está en tratamiento.

Asimismo se plantean las siguientes hipótesis:

- La variable calidad de vida se verá afectada durante el proceso oncológico, sin embargo, las puntuaciones (QLI) serán más bajas en el grupo de tratamiento o recaída vs. post-tratamiento corto y largo plazo.
- Las variables de depresión, ansiedad y estrés se verán afectadas durante el proceso oncológico, sin embargo, las puntuaciones (DASS-21) serán más altas en el grupo de tratamiento o recaída vs. post-tratamiento corto y largo plazo.
- Las variables de sentido de la vida y valores se verán afectadas durante el proceso oncológico, presentando diferencias en la importancia de determinados valores después del proceso oncológico, así como obteniendo una mayor puntuación en el sentido de la vida (MLQ) en el grupo de tratamiento o recaída vs. post-tratamiento corto y largo plazo.

Los resultados del presente estudio aspiran a fomentar una mayor concienciación acerca del impacto psicológico que supone el proceso oncológico en mujeres con cáncer de mama. La realización de este estudio de investigación tiene como fin alcanzar los objetivos establecidos para poder confirmar o refutar las hipótesis propuestas.

3. Metodología

3.1. Diseño

Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo a través del método de encuesta para recabar información sobre el funcionamiento psicológico en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama teniendo en cuenta las diferentes etapas del proceso oncológico (tratamiento o recaída, post-tratamiento a corto plazo, post-tratamiento a largo plazo).

En la Tabla 1, se muestra los criterios de inclusión y exclusión para la participación en el estudio.

Tabla 1.
Criterios de inclusión y exclusión de la muestra

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Haber recibido el diagnóstico de cáncer de mama • Estar en la fase de tratamiento en el momento actual • Haber recibido tratamiento para el cáncer de mama en el pasado • Tener una edad comprendida entre 30 y 75 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes oncológicas con un tumor diferente al de mama • Pacientes en fase de diagnóstico sin haber recibido el tratamiento

3.2 Participantes

La muestra estuvo compuesta por un total de 86 participantes de nacionalidad española, todas ellas mujeres. Las participantes del estudio eran pacientes miembros de la Asociación de Diagnosticadas de Cáncer de Mama (ADICAM) de Cangas do Morrazo, Pontevedra (España). ADICAM es una asociación que nace en 2001 con el objetivo de cubrir las necesidades de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, ofreciendo un servicio multidisciplinar que incluye atención psicológica, asesoramiento legal y en trabajo social y orientación laboral así como orientación en nutrición, fisioterapia y podología entre otros. Cuenta con aproximadamente 1850 socias de las cuales un 9% son pacientes diagnosticadas de cáncer de mama.

3.3 Procedimiento

Como primer paso, se solicitó la aprobación del estudio al Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Europea. Previa a la recogida de respuestas de los participantes se hizo una solicitud de autorización para la realización del estudio a la asociación, dirigida a la presidenta que tuvo que autorizar la recogida de datos. Las candidatas, que cumplieran con los criterios de inclusión tras analizar sus datos médicos y clínicos, fueron invitadas vía telefónica a asistir a un encuentro en la propia asociación. Se realizaron varias reuniones repartidas a lo largo de un período de tiempo de un mes y medio con el objetivo de poder reclutar a las participantes que cumplieran con los criterios de inclusión. En cada uno de estos encuentros, la investigadora realizaba una explicación de los objetivos del estudio, además de facilitar una serie de instrucciones al grupo acerca de cómo cumplimentar los cuestionarios. En primer lugar, se les recordaba la relevancia de cumplimentar y firmar el consentimiento informado para participar en el estudio, y se les mostraba la política de confidencialidad de los datos. A continuación, se explicaba cada uno de los cuestionarios y se resolvían las dudas pertinentes. El tiempo propuesto

para la cumplimentación de los cuestionarios fue de cuarenta y cinco minutos. El procedimiento de recopilación de respuestas fue mediante papel y bolígrafo. Todos los cuestionarios fueron cumplimentados a mano por cada una de las participantes, exceptuando algún caso donde las capacidades físicas de visión no permitían a las participantes rellenarlos por sí mismas y fue la investigadora quien lo cumplimentó con las respuestas que le facilitaban las participantes. Al finalizar la reunión se agradeció la participación a todas las mujeres por haber asistido y facilitar sus respuestas para el uso en el presente estudio de investigación.

3.4 Instrumentos de evaluación

Los instrumentos seleccionados incluyeron un cuestionario *ad hoc* de datos sociodemográficos y clínicos de las pacientes (edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, hijos, etapa clínica en la que se encuentra y el tratamiento actual, los tratamientos recibidos y si existe discapacidad), y cuatro cuestionarios cuantitativos validados referentes a las variables psicológicas seleccionadas: el cuestionario de Índice Calidad de Vida (QLI; Mezzich & Cohen, 1996), la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21; Lovibond et al., 1995), el Cuestionario de Sentido de la Vida (MLQ; Steger et al., 2006), y la adaptación del Cuestionario de valores de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Wilson et al., 2002).

- Cuestionario del Índice de Calidad de Vida (QLI; Mezzich & Cohen, 1996; Mezzich et al., 2000): es una escala de 10 ítems que evalúa diferentes aspectos relacionados con el concepto de calidad de vida (bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal y espiritual y percepción global de calidad de vida). El formato de la escala es de tipo Likert de 0 a 10 puntos y el sujeto deberá evaluar cada concepto en función de su valoración personal. Este instrumento de evaluación fue desarrollado en cuatro idiomas (inglés, español, chino y coreano) para posibilitar su administración de forma intercultural (Lorente et al., 2002). Mezzich y Cohen crean la versión española (QLI-Sp), valorando este instrumento como fiable y válido a la hora de medir los diferentes aspectos de la calidad de vida (Lorente et al., 2002).
- La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21; Lovibond et al., 1995; Daza et al., 2002): este instrumento está compuesto por 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta en formato Likert que van desde 0 (“No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana”) hasta 3 (“Sí, esto me pasó mucho, o casi siempre”). La respuesta deberá ser referida a lo que sintió la persona durante la última semana. Es una escala con una buenas propiedades psicométricas (Marco et al., 2022).

- El Cuestionario del Sentido de la Vida (MLQ; Steger et al., 2006; Steger et al., 2008): esta medida consta de dos sub-escalas del sentido de la vida: presencia de significado y búsqueda de significado. La primera evalúa cuánto sentido tiene para la persona su vida y está compuesta por los ítems 1, 4, 5, 6 y 8 y el segundo valora cómo son los esfuerzos que la persona realiza para encontrar el significado de su vida, compuesto de los ítems 2, 3, 7, 8 y 10. Este cuestionario está compuesto por 10 ítems que son evaluados de 1 a 7 puntos donde “absolutamente verdadero” es 7 y “absolutamente falso” es 1 (Steger et al., 2010). Este instrumento también muestra buenas propiedades psicométricas (Marco et al., 2022).
- El cuestionario de Valores de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Wilson et al., 2002): este instrumento evalúa diez áreas en función de dos etapas, la importancia y la consistencia, utilizando una escala que mide del 1 al 10 la importancia y la consistencia en cada una de esas áreas (familia, pareja, cuidado de los hijos, amigos/vida social, trabajo, educación, ocio, espiritualidad, ciudadanía y cuidado físico). Para este estudio se realizó una adaptación del cuestionario, midiendo sólo la importancia de cada uno de los valores en función de dos momentos temporales, antes y después del diagnóstico del cáncer de mama.

3.5 Ética

El estudio se realizó siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1964 y fue aprobado por el comité ético de la Universidad Europea de Valencia (España) (número de registro: CIP/23.155). Una vez recibida la aprobación se procedió a administrar los cuestionarios y recoger las respuestas de las participantes al estudio.

3.6 Análisis de datos

Una vez administrados todos los cuestionarios y recogidas todas las respuestas, se analizaron los datos mediante el programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS), con la versión 27.0. Se realizaron análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas) de las variables propuestas en el estudio (calidad de vida, depresión, ansiedad, estrés, sentido de la vida, valores).

Se utilizaron los análisis estadísticos de homogeneidad de varianza mediante la prueba Levene para determinar la igualdad de varianzas en las variables de los grupos, y ANOVA de un factor con las pruebas post hoc de Tukey para comparar las variables cuantitativas teniendo en cuenta los grupos en función de la fase del proceso oncológico. También, se calculó la prueba *T* de Students para analizar el cambio “antes” - “después” en la escala de valores.

4. Resultados

4.1 Características sociodemográficas de la muestra

Se analizó una muestra de un total de 86 mujeres con edades comprendidas entre 30 y 75 años ($M = 54.01$; $DT = 9.46$). La Tabla 2 muestra los datos sociodemográficos de la muestra. Con respecto a la edad, se dividió el total en tres grupos: el primero hasta 49 años, el segundo entre 50 y 69 años y el tercero constituido por mayores de 70 años. Se observó que el mayor porcentaje de mujeres se encontraba en el segundo grupo de edad. El 55.8% tenían entre 50 y 69 años.

Los análisis descriptivos recogidos en la Tabla 2 muestran que más de la mitad de las participantes (67.4%) estaban casadas, que el 31.4% había hecho formación profesional mientras que el 24.4% contaba con estudios primarios. Además, el 32.6% se encontraban trabajando por cuenta ajena y un 22.1% había recibido la incapacidad permanente. Por último, el 87.2% tenía hijos y el 37.2% tenía una discapacidad reconocida.

Tabla 2.

Datos sociodemográficos de la muestra

Total (n = 86)	
Edad (años)	($M = 54.01$; $DT = 9.46$)
Hasta 49 años	34.9%
50 – 69 años	55.8%
≥ 70 años	9.3%
Estado Civil	
Soltera	12.8%
Casada	67.4%
Viuda	5.8%
Divorciada	14%
Nivel de estudios	
Primarios incompletos	7%
Primarios	24.4%
ESO	17.4%
Formación Profesional	31.4%
Universitarios	19.8%
Situación Laboral	
Autónoma	2.3%
Cuenta ajena	32.6%

En paro	19.8%
Jubilada/Ama de casa	23.3%
Incapacidad Permanente	22.1%
Hijos	
Sí	87.2%
No	12.8%
Discapacidad	
Sí	37.2%
No	62.8%

4.2 Impacto del cáncer de mama en la calidad de vida

En la Tabla 3 se recogen los estadísticos descriptivos (media y desviación típica) para el Índice de Calidad de Vida (QLI) y sus dimensiones.

Tabla 3.

Estadísticos descriptivos de la calidad de vida (QLI) de las participantes

Dimensiones	Total (n = 86)	
	<i>M</i>	<i>DT</i>
Calidad de vida (total)	61.26	18.38
Bienestar Físico	4.84	2.21
Bienestar Psicológico/Emocional	5.35	2.44
Autocuidado	6.91	2.53
Funcionamiento ocupacional	6.14	2.61
Funcionamiento Interpersonal	7.44	2.16
Apoyo Social-Emocional	6.98	2.84
Apoyo Comunitario y de Servicios	6.06	2.56

Plenitud Personal	5.91	2.74
Plenitud Espiritual	5.33	3.12
Percepción Global de Calidad de Vida	6.37	2.50

Nota. DT = Desviación Típica; M = Media

4.2.1 Diferencias en la calidad de vida (QLI) teniendo en cuenta las etapas clínicas

La Tabla 4 muestra los estadísticos descriptivos en la calidad de vida (QLI) y teniendo en cuenta los grupos según la etapa clínica. En la Figura 1, se muestra el gráfico con respecto a las puntuaciones de QLI total según la etapa clínica.

Tabla 4.

Estadísticos descriptivos de la Calidad de Vida (QLI) de las participantes teniendo en cuenta la etapa clínica

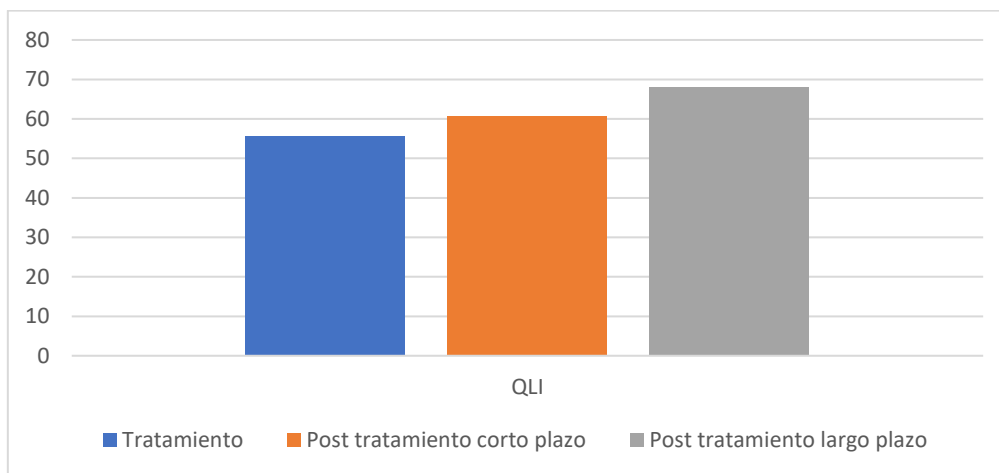
Dimensiones	Tratamiento (n = 20)	Post- tratamiento corto plazo (n = 45)	Post- tratamiento largo plazo (n = 21)	Estadísticos
	M(DT)	M(DT)	M(DT)	
Calidad de vida (total)	55.65(16.78)	60.60(18.29)	68.00 (18.77)	$F(2,83) = 2.45, p = .09$
Bienestar Físico	3.55(2.11)	4.98(1.91)	5.76(2.43)	$F(2,83) = 5.93, p = .00$
Bienestar Psicológico/Emocional	4.65(2.21)	5.20(2.36)	6.33(2.61)	$F(2,83) = 2.72, p = .07$
Autocuidado	5.65(2.66)	7.07(2.39)	7.76(2.36)	$F(2,83) = 4.02, p = .02$
Funcionamiento ocupacional	4.70(2.81)	6.36(2.35)	7.05(2.52)	$F(2,83) = 4.86, p = .01$
Funcionamiento Interpersonal	7.45(2.14)	7.11(2.27)	8.14(1.82)	$F(2,83) = 1.67, p = .19$
Apoyo Social-Emocional	7.35(2.70)	6.89(2.90)	6.81(2.93)	$F(2,83) = .23, p = .80$
Apoyo Comunitario y de Servicios	5.35(3.05)	5.89(2.42)	7.10(2.12)	$F(2,83) = 2.68, p = .07$
Plenitud Personal	5.15(3.17)	5.91(2.70)	6.62(2.31)	$F(2,83) = 1.50, p = .23$

Plenitud Espiritual	5.60(3.12)	4.93(3.19)	5.90(2.97)	$F(2,83) = .79, p = .46$
Percepción Global de Calidad de Vida	6.20(2.63)	6.18(2.42)	6.95(2.56)	$F(2,83) = .75, p = .48$

Nota. DT = Desviación Típica; M = Media; p = sig.

Figura 1.

Gráfico con respecto al Índice de Calidad de Vida total (QLI) en función de la etapa clínica



Nota. QLI, Cuestionario del Índice de Calidad de Vida.

La prueba de Levene mostró que las varianzas para la variable de calidad de vida (QLI total) eran iguales, $F_{2,83} = .27, p = .76$, y también en el resto de las dimensiones ($p > .05$).

Tras realizar un ANOVA de un factor, se encontró que había diferencias estadísticamente significativas en función de la etapa clínica en las dimensiones de “bienestar físico”, “autocuidado”, y “funcionamiento ocupacional” ($p < .05$). Las pruebas *post hoc* de Tukey indicaron que el grupo de tratamiento obtuvo una menor puntuación en dichas dimensiones que los grupos de post-tratamiento a corto y largo plazo ($p < .05$).

4.3 Impacto del cáncer de mama a nivel emocional

La Tabla 5 recoge los estadísticos descriptivos del funcionamiento emocional en términos de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). Las participantes presentaron sintomatología depresiva moderada ($M = 7.27, DT = 5.70$), ansiedad moderada ($M = 6.22; DT = 4.94$), mientras que los niveles de estrés ($M = 9.17; DT = 4.99$) se encontraban en el límite entre la gravedad leve y moderada.

Tabla 5.

Estadísticos descriptivos del funcionamiento emocional en términos de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) de las participantes

Dimensiones	Total (n = 86)	
	<i>M</i>	<i>DT</i>
DASS-21 total	22.70	14.05
Depresión	7.27	5.70
Ansiedad	6.22	4.94
Estrés	9.17	4.99

Nota. DASS-21, Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés; *DT* = Desviación Típica; *M* = Media.

4.3.1 Diferencias a nivel emocional en términos de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) teniendo en cuenta las etapas clínicas

En la Tabla 6 aparecen recogidos los estadísticos descriptivos del funcionamiento emocional teniendo en cuenta los grupos según la etapa clínica. En la Figura 2, se muestra el gráfico con respecto a las puntuaciones del DASS-21 total según el grupo.

Tabla 6.

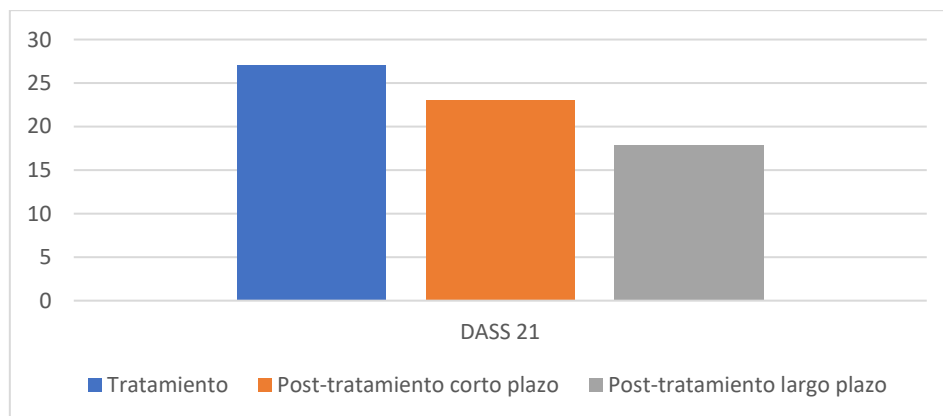
Estadísticos descriptivos de la Escala de Depresión, Ansiedad, y Estrés (DASS-21) de las participantes teniendo en cuenta la etapa clínica

Dimensiones	Tratamiento (n = 20)	Post-tratamiento corto plazo (n = 45)	Post-tratamiento largo plazo (n = 21)	Estadísticos
	M(DT)	M(DT)	M(DT)	
DASS-21	27.10(10.64)	23.00(14.35)	17.86(15.31)	$F(2,83)=2.31, p = .11$
Depresión	8.30(4.19)	7.51(6.10)	5.76(6.05)	$F(2,83)=1.11, p = .34$
Ansiedad	8.20(3.45)	5.84(4.50)	5.14(5.62)	$F(2,83)=2.31, p = .11$
Estrés	10.60(4.89)	9.58(4.55)	6.95(5.47)	$F(2,83)=3.20, p = .05$

Nota. DASS-21, Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés; DT = Desviación típica; M = Media; p = sig.

Figura 2.

Gráfico con respecto a las puntuaciones en Escala de Depresión, Ansiedad, y Estrés (DASS-21) en función de cada grupo según la etapa clínica



Nota. DASS-21, Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés.

Tras realizar la prueba de Levene, se mostró que las varianzas para el DASS-21 eran homogéneas, $F_{2,83} = .669, p = .52$, y para las subescalas ($p > .05$).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable de “estrés”, $F_{2,83} = 3.20, p < .05$. No se encontraron diferencias con respecto a la puntuación total y tampoco en las subescalas de depresión y ansiedad ($p > .05$). Las pruebas *post hoc* de Tukey revelaron que el

grupo de tratamiento presentaba una puntuación más elevada en “estrés” que el grupo post-tratamiento a largo plazo ($p < .05$).

4.4 Impacto del cáncer de mama en el sentido de la vida

En la Tabla 7 se muestran los estadísticos descriptivos de la dimensión de sentido de la vida con las sub-escalas de presencia y búsqueda.

Tabla 7.

Estadísticos descriptivos del Sentido de la Vida (MLQ) de las participantes

Dimensiones	Total (n = 86)	
	<i>M</i>	<i>DT</i>
Sentido de la vida	43.33	11.16
Presencia	22.85	5.41
Búsqueda	20.58	8.94

Nota. *DT* = Desviación Típica; *M* = Media.

4.4.1 Diferencias en el sentido de la vida (MLQ) teniendo en cuenta las etapas clínicas

Los estadísticos descriptivos del sentido de la vida teniendo en cuenta la etapa clínica en la que se encuentran las participantes aparecen recogidos en la Tabla 8.

En la Figura 4, se muestra el gráfico con respecto a las puntuaciones del MLQ total según el grupo.

Tabla 8.

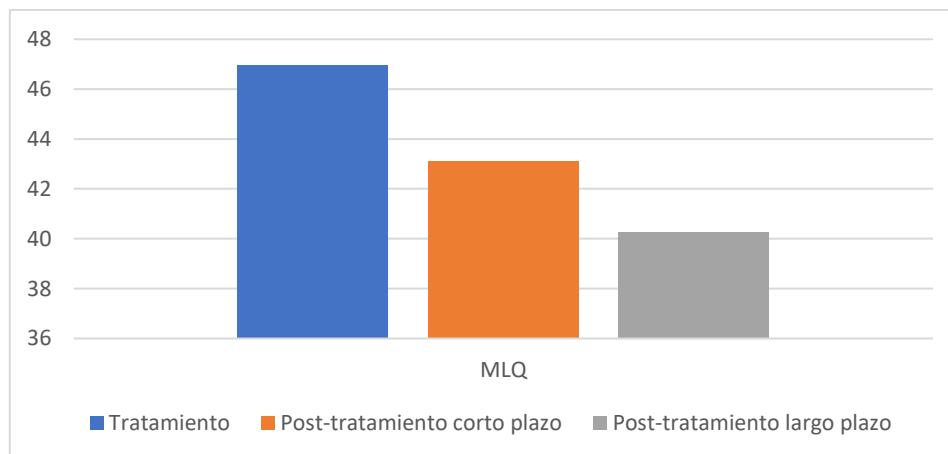
Estadísticos descriptivos del sentido de la vida (MLQ) en las participantes teniendo en cuenta la etapa clínica

	Tratamiento (n = 20)	Post-tratamiento corto plazo (n = 45)	Post-tratamiento largo plazo (n = 21)	
Dimensiones	<i>M(DT)</i>	<i>M(DT)</i>	<i>M(DT)</i>	<i>Estadísticos</i>
MLQ	46.95(10.35)	43.13(11.57)	40.29(10.48)	$F(2,83)=1.88, p=.16$
Presencia	23.75(5.79)	22.71(5.47)	22.29(5.08)	$F(2,83)=.40, p=.67$
Búsqueda	22.95(8.16)	20.67(9.11)	18.14(9.11)	$F(2,83)=1.50, p=.23$

Nota. DT = Desviación Típica; M = Media; MLQ, Cuestionario del Sentido de la Vida; p = sig.

Figura 4.

Gráfico con respecto a las puntuaciones en la dimensión de sentido de la vida total (MLQ) en función de cada grupo según la etapa clínica



Nota. MLQ, Cuestionario del Sentido de la Vida.

Tras realizar la prueba de Levene, se mostró que las varianzas para el MLQ eran homogéneas, $F_{2,83} = .00, p = .99$ y para las subescalas de presencia y búsqueda ($p > .05$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable del sentido de la vida en función del grupo ($p > .05$).

4.5 Impacto del cáncer de mama en los valores

En la Tabla 9 se recogen los estadísticos descriptivos para los valores teniendo en cuenta el momento previo y posterior al diagnóstico. En la Figura 5 se muestra el gráfico con las puntuaciones en valores antes y después del diagnóstico.

Tabla 9.

Valores (AC) antes y después del diagnóstico

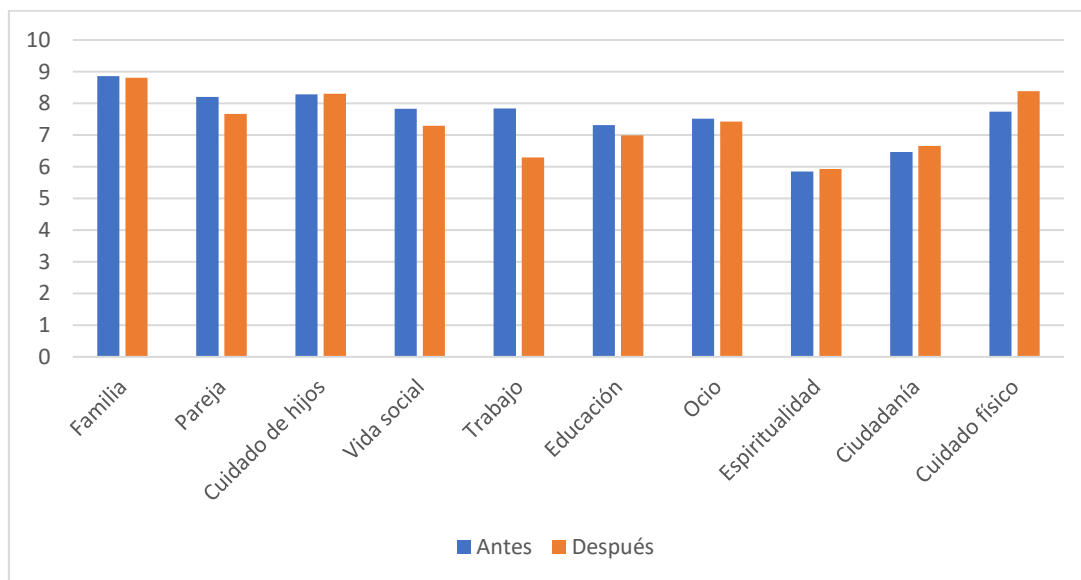
Dimensiones	Total (n = 86)	
	M	DT
Familia		
Antes	8.86	1.81
Después	8.81	2.19
Pareja		
Antes	8.20	2.67
Después	7.67	3.22
Cuidado de hijos		
Antes	8.28	3.26
Después	8.30	3.23
Vida Social		
Antes	7.83	1.96
Después	7.29	2.54
Trabajo		
Antes	7.84	2.58
Después	6.29	3.26
Educación		
Antes	7.31	2.35
Después	6.99	2.67
Ocio/Diversión		
Antes	7.52	2.03
Después	7.43	2.18
Espiritualidad		
Antes	5.85	3.47
Después	5.93	3.34

Ciudadanía		
Antes	6.47	2.38
Después	6.66	2.56
Cuidado Físico		
Antes	7.74	2.29
Después	8.38	1.92

Nota. DT = Desviación Típica; M = Media.

Figura 5.

Valores antes y después del diagnóstico



Tras realizar la *T* de Student, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de “pareja”, $t_{85} = 2.24$, $p < .05$; “trabajo”, $t_{85} = 4.37$, $p < .05$ y “cuidado físico”, $t_{85} = -2.36$, $p < .05$ en función del momento previo y posterior al diagnóstico.

4.5.1 Diferencias en los valores (AC) teniendo en cuenta las etapas clínicas

En la Tabla 10 se muestran los estadísticos descriptivos de los valores antes y después del diagnóstico teniendo en cuenta la etapa clínica en la que se encuentran.

Tabla 10.

Estadísticos descriptivos de los valores (AC) en las participantes teniendo en cuenta la etapa clínica

Dimensiones	Tratamiento (n = 20)	Post- tratamiento corto plazo (n = 45)	Post-tratamiento largo plazo (n = 21)	Estadísticos
	M(DT)	M(DT)	M(DT)	
Familia				
Antes	9.20(1.36)	8.62(1.99)	9.05(1.77)	$F(2,83)=.85, p=.43$
Después	8.95(2.31)	8.87(2.11)	8.57(2.34)	$F(2,83)=.18, p=.84$
Pareja				
Antes	8.50(2.52)	8.13(2.70)	8.05(2.82)	$F(2,83)=.18, p=.84$
Después	7.80(3.37)	7.67(3.21)	7.57(3.27)	$F(2,83)=.03, p=.98$
Cuidado de hijos				
Antes	9.50(1.30)	7.64(3.74)	8.48(3.20)	$F(2,83)=2.37, p=.10$
Después	9.85(.49)	7.62(3.75)	8.29(3.13)	$F(2,83)=3.48, p=.04$
Vida social				
Antes	8.40(1.64)	7.51(2.12)	7.95(1.83)	$F(2,83)=1.50, p=.23$
Después	8.40(2.62)	6.91(2.42)	7.05(2.54)	$F(2,83)=2.59, p=.08$
Trabajo				
Antes	8.65(2.25)	8.11(2.45)	6.48(2.64)	$F(2,83)=4.53, p=.01$
Después	6.75(3.60)	6.78(3.14)	4.81(2.86)	$F(2,83)=3.00, p=.06$
Educación				
Antes	6.90(2.75)	7.29(2.33)	7.76(1.97)	$F(2,83)=.69, p=.50$
Después	7.15(2.76)	6.80(2.64)	7.24(2.74)	$F(2,83)=.24, p=.79$
Ocio				
Antes	8.15(1.95)	7.36(2.01)	7.29(2.10)	$F(2,83)=1.26, p=.29$
Después	8.65(1.69)	7.04(1.94)	7.10(2.68)	$F(2,83)=4.42, p=.02$
Espiritualidad				
Antes	6.75(3.51)	5.56(3.57)	5.62(3.23)	$F(2,83)=.88, p=.42$
Después	7.20(2.80)	5.51(3.44)	5.62(3.43)	$F(2,83)=1.93, p=.15$

Ciudadanía

Antes	6.65(2.90)	6.38(2.24)	6.48(2.23)	$F(2,83)=.09, p=.92$
Después	7.90(2.65)	6.18(2.35)	6.52(2.64)	$F(2,83)=3.35, p=.04$

Cuidado físico

Antes	8.10(2.27)	7.82(2.21)	7.24(2.49)	$F(2,83)=.78, p=.46$
Después	9.10(1.21)	8.38(1.95)	7.71(2.24)	$F(2,83)=2.77, p=.07$

Nota. DT = Desviación Típica; M = Media; p = sig.

Tras realizar la prueba de Levene, se mostró que las varianzas para la variable de valores eran homogéneas ($p > .05$).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas después del diagnóstico en las variables “cuidado de hijos”, $F_{2,83} = 3.48, p < .05$; “ocio”, $F_{2,83} = 3.35, p < .05$; y “ciudadanía”, $F_{2,83} = 3.35, p < .05$ en función del grupo, y en “trabajo” antes del diagnóstico”, $F_{2,83} = 4.53, p < .05$.

Las pruebas *post hoc* de Tukey revelaron que el grupo de tratamiento después del diagnóstico presentaba una puntuación más elevada en las variables de “cuidado de hijos”, “ocio” y “ciudadanía” que el grupo post-tratamiento a corto plazo ($p < .05$), mientras que para la variable “trabajo” antes del diagnóstico, el grupo de tratamiento tuvo una puntuación más elevada que el grupo de post-tratamiento a largo plazo ($p < .05$).

4.6 Impacto del tipo de tratamiento recibido en la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés, así como en la calidad de vida en el grupo en fase de tratamiento o recaída

En la Tabla 11 se recogen los estadísticos descriptivos de las variables del DASS-21 y QLI del grupo de tratamiento según el tipo recibido (cirugía, quimioterapia e inmunoterapia). En la Figura 6, se muestra el gráfico con respecto a las puntuaciones en el DASS-21 y QLI del grupo de tratamiento en función del tipo recibido.

Tabla 11.

Estadísticos descriptivos en depresión, ansiedad, y estrés (DASS-21) y calidad de vida (QLI) en el grupo de tratamiento en función del tipo recibido

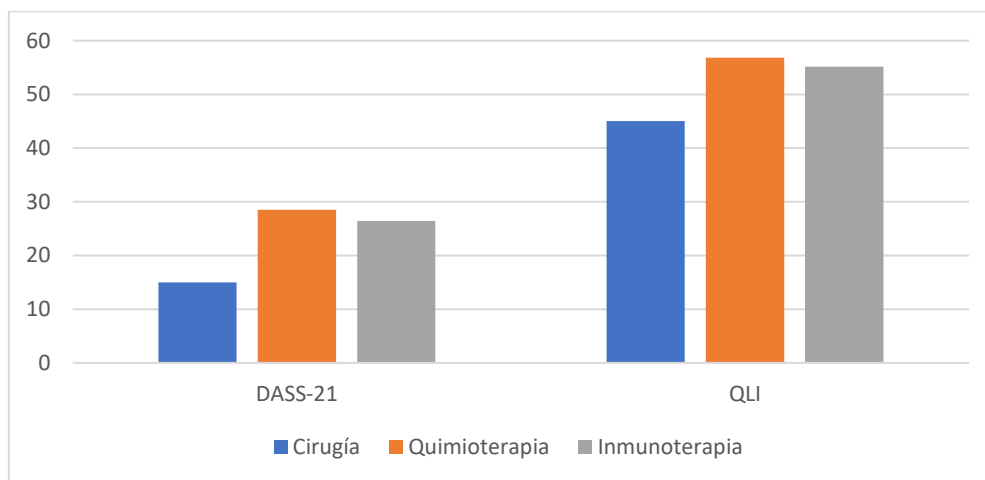
	Cirugía		Quimioterapia		Inmunoterapia	
	N	M(DT)	N	M(DT)	N	M(DT)
DASS-21	1	15(0)	12	28.50(11.58)	7	26.43(9.14)
Depresión	1	1(0)	12	8.75(4.12)	7	8.57(3.91)
Ansiedad	1	4(0)	12	9.17(3.33)	7	7.14(3.49)
Estrés	1	10(0)	12	10.58(5.74)	7	10.71(3.90)
QLI	1	45(0)	12	56.83(14.23)	7	55.14(22.32)

Nota. DT = Desviación típica; M = media.

Tal y como se puede observar, las puntuaciones más altas en las variables del DASS-21 (depresión, ansiedad y estrés) son más elevadas en los participantes que recibieron quimioterapia e inmunoterapia vs. cirugía. Las puntuaciones en calidad de vida (QLI) fueron más bajas en el grupo que recibió cirugía vs. quimioterapia e inmunoterapia.

Figura 6.

Gráfico con respecto a las puntuaciones en la dimensión de funcionamiento psicológico total y calidad de vida en función del tipo de tratamiento recibido



Al final del trabajo se pueden encontrar los anexos adjuntos entre los que se incluyen la solicitud de autorización a la asociación para realizar el estudio, el consentimiento informado que se le administró a las participantes y los cuestionarios utilizados en este estudio.

5. Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto a nivel psicológico que las pacientes de cáncer de mama experimentan debido a la enfermedad y su tratamiento. Para analizar este impacto se midieron una serie de variables en función de la etapa clínica en la que se encontraban las participantes con el fin de determinar si existían diferencias significativas entre la fase clínica en la que se encontraban y las variables psicológicas propuestas.

Con respecto a las características sociodemográficas, tal y como se recoge en la literatura (Osorio et al., 2020; Rivera Ledesma et al., 2019), se observa que el rango de edad de las participantes comprendido entre los 50 y 69 años es el de mayor prevalencia, suponiendo un 55.8% del total de la muestra.

En relación a la variable de calidad de vida, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en varias dimensiones de la calidad de vida teniendo en cuenta las diferentes etapas clínicas. Se observaron puntuaciones más bajas en las dimensiones de bienestar físico, autocuidado y funcionamiento ocupacional en el grupo de tratamiento en comparación con el resto de los grupos, apoyando estos resultados la hipótesis inicialmente propuesta. Estos hallazgos son consistentes con respecto a otros estudios previos como el de Rey Villar et al. (2017) que muestra que el deterioro de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama era mayor cuando se encontraban en la fase de tratamiento o recaída, debido a los efectos secundarios derivados de este. Además, con el transcurso del proceso oncológico y a medida que se incrementa el tiempo de supervivencia de estas pacientes, su calidad de vida también se ve mejorada (Rey Villar et al., 2017).

A nivel emocional, se observa que las participantes presentan puntuaciones altas en la sintomatología ansiosa y depresiva así como en estrés a lo largo de todo el proceso oncológico. Tal y como se ha observado en otros estudios, la sintomatología clínica comienza en el momento del diagnóstico y se intensifica durante la fase de tratamiento debido a los efectos secundarios derivados y la preocupación por el futuro (Marouf et al., 2022; Martínez-Cuervo et al., 2020). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la dimensión de estrés, observándose puntuaciones más elevadas en el grupo de tratamiento vs. post-tratamiento a largo plazo. Este resultado confirma la hipótesis planteada. No obstante, no se obtienen diferencias estadísticamente significativas para las dimensiones de ansiedad y depresión.

Con respecto al sentido de la vida, se observa que ésta cambia durante el proceso oncológico. Tal y como indica la literatura, desde el momento del diagnóstico y durante el tratamiento, se enfrentan a una enfermedad potencialmente mortal y al sentido de la muerte, con tal motivo que sus valores y su sentido de vida se ven modificados, dando más valor a la búsqueda de un significado en sus vidas y a una mayor espiritualidad (p.ej., Jadidi et al., 2022; Palacios-Espinosa et al., 2015). En términos generales, las puntuaciones en el sentido de la vida

son más altas en el grupo de tratamiento o recidiva, confirmando así la hipótesis propuesta inicialmente de forma parcial, ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Por último, con respecto al sistema de valores, también se observaron cambios teniendo en cuenta los momentos del “antes” y “después” del diagnóstico de cáncer de mama. Partiendo de la muestra total, los participantes valoraban en mayor medida el cuidado físico, y en menor medida el trabajo y la pareja. Concretamente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de trabajo, la pareja y el cuidado físico en función del momento previo y posterior al diagnóstico. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en varias variables teniendo en cuenta el momento de “después del diagnóstico” en función del grupo. Específicamente, los participantes del grupo de tratamiento valoraban en mayor medida el cuidado de los hijos, el ocio y la ciudadanía después del diagnóstico en comparación al grupo de post-tratamiento a corto plazo. Además, el grupo de tratamiento valoraba en mayor medida el trabajo antes del diagnóstico en comparación con el grupo de post-tratamiento a largo plazo. Estos hallazgos confirman la hipótesis planteada, y están en la línea de los resultados de otros estudios (p.ej., Greszta et al., 2011).

Además, también se evaluó en el grupo de tratamiento o recidiva, los dominios de funcionamiento emocional y calidad de vida en función del tipo de tratamiento que estaban recibiendo las participantes. Concretamente, en términos descriptivos, se observó que la tanto la quimioterapia como la inmunoterapia repercuten de forma moderada en el funcionamiento emocional y en la calidad de vida de las participantes, siendo estos resultados consistentes con otros estudios (p.ej., Rey Villar et al., 2017).

Al llevar a cabo este estudio de investigación se identificaron una serie de limitaciones. En primer lugar, la muestra seleccionada no cumple el criterio de aleatoriedad, ya que al realizar la selección de participantes para el estudio todas ellas eran socias de la asociación con predisposición y actitud proactiva a la hora de colaborar. Asimismo, el número de participantes en cada fase de la etapa clínica no fue equiparable, obteniendo un mayor número de participantes en el grupo de post-tratamiento a corto plazo que en los otros dos grupos. Los resultados de este estudio se tienen que interpretar con cautela porque el tamaño de la muestra es reducido. En segundo lugar, este estudio no tiene en cuenta la posibilidad de un impacto psicológico previo al proceso oncológico. Al no realizar una evaluación pre y post al diagnóstico de la enfermedad, no se puede determinar con objetividad que el impacto en el ámbito psicológico se debiese exclusivamente al cáncer de mama, ya que estas mujeres a pesar de padecer esta enfermedad también se enfrentan a adversidades y dificultades en su vida que pueden deteriorar su calidad de vida y desencadenar algún tipo de sintomatología o trastorno mental. En tercer lugar, la escala de valores que tiene en cuenta el momento “antes” y “después” del diagnóstico se plantea con carácter retrospectivo, y esto puede sesgar las calificaciones de los participantes.

6. Conclusiones

Se destaca de este estudio de investigación su carácter novedoso ya que se mide el impacto a nivel psicológico del cáncer de mama teniendo en cuenta cada fase del proceso oncológico, desde la fase de tratamiento hasta años después, considerando los grupos de supervivientes de corto y largo plazo.

Los resultados obtenidos mostraron un mayor impacto durante la fase de tratamiento o recidiva en la calidad de vida, específicamente en las dimensiones de bienestar físico, autocuidado y funcionamiento ocupacional y en el funcionamiento emocional, concretamente en la dimensión de estrés. Para el sentido de vida no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Por otra parte, se observaron diferencias significativas en el sistema de valores, el grupo de tratamiento valoraba en mayor medida el cuidado de los hijos, el ocio, y la ciudadanía tras recibir el diagnóstico en comparación con el grupo de post-tratamiento a corto plazo. Asimismo, los resultados se deben interpretar con cautela debido a que este es un estudio exploratorio con un tamaño de muestra reducido.

Se considera relevante como línea de investigación futura en otros estudios el analizar de qué forma los tratamientos (cirugía, quimioterapia, inmunoterapia) que han recibido en un pasado las pacientes con cáncer de mama pueden influir en su funcionamiento emocional, la calidad de vida, el sentido de vida y sus valores, ya que los efectos secundarios difieren en cada uno de ellos. Otro aspecto a tener en cuenta es la posibilidad de realizar un estudio mixto, más allá de limitarse a variables cuantitativas, evaluar además variables cualitativas que puedan ofrecer información relevante a la hora de analizar el funcionamiento psicológico.

Al observar los resultados obtenidos en este estudio se consideraría importante desarrollar estrategias o un plan de tratamiento para cada una de las fases clínicas del proceso oncológico con el objetivo de reducir el malestar que les produce esta enfermedad y fomentar el bienestar psicológico de las pacientes de cáncer de mama.

7. Bibliografía

- Al-Omari, A., Al-Rawashdeh, N., Damsees, R., Ammar, K., Alananzeh, I., Inserat, B., Al-Rimawi, D., Tbayshat, S., Ababneh, H., Alishreim, H., Abu Serhan, H., Al-Noaaimi, F., and Abdel-Razeq, H. (2022). Supportive Care Needs Assessment for Cancer Survivors at a Comprehensive Cancer Center in the Middle East: Mending the Gap. *Cancers*, 14(4), 1002. <https://doi.org/10.3390/cancers14041002>
- Alfano, C. M., Leach, C. R., Smith, T. G., Miller, K. D., Alcaraz, K. I., Cannady, R. S., and Brawley, O. W. (2019). Equitably improving outcomes for cancer survivors and supporting caregivers: a blueprint for care delivery, research, education, and policy. *CA: a cancer journal for clinicians*, 69(1), 35-49. <https://doi.org/10.3322/caac.21548>
- Álvarez-Pardo, S., de Paz, J. A., Romero-Pérez, E. M., Tánori-Tapia, J. M., Rendón-Delcid, P. A., González-Bernal, J. J. and González-Santos, J. (2023). Related Factors with Depression and Anxiety in Mastectomized Women Breast Cancer Survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2881. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042881>
- Antúnez, Z., y Vinet, E. V. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>
- Ben-Dror, J., Shalamov, M., y Sonnenblick, A. (2022). The History of Early Breast Cancer Treatment. *Genes*, 13(6), 960. <https://doi.org/10.3390/genes13060960>
- Biparva, A. J., Raofi, S., Rafiei, S., Kan, F. P., Kazerooni, M., Bagheribayati, F. and Ghashghaee, A. (2022). Global quality of life in breast cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2022-003642>
- Martínez-Cuervo, N., Zamudio Silva, P., Rodríguez-Medina, D. A., Luna-Flores, J. R., Landa Fernández, A. M. y Domínguez Trejo, B. (2020). Terapia cognitivo-conductual grupal sobre la sintomatología depresiva-ansiosa y temperatura nasal en mujeres con cáncer

de mama: Estudio piloto Intervención cognitivo conductual para mujeres con depresión y cáncer de mama. *Psicooncología*, 17(2), 255. <http://dx.doi.org/10.5209/psic.70290>

Delgado, M. N. (2022). *Impacto psicológico y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama* [Tesis Doctoral, Universidad de Extremadura]. <http://hdl.handle.net/10662/14540>

Dinapoli, L., Colloca, G., Di Capua, B., and Valentini, V. (2021). Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Current oncology reports*, 23(3), 38. <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01049-3>

Espinosa R. M. (2017). Cáncer de mama. *Revista Médica Sinergia*, 2(01), 8-12. Recuperado a partir de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/58>

Garduño-Ortega, O., Morales-Cruz, J., Hunter-Hernández, M., Gany, F., and Costas-Muñiz, R. (2021). Spiritual Well-Being, Depression, and Quality of Life Among Latina Breast Cancer Survivors. *Journal of religion and health*, 60(3), 1895–1907. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01147-9>

Giuliano, A. E., Edge, S. B., and Hortobagyi, G. N. (2018). Eighth Edition of the AJCC Cancer Staging Manual: Breast Cancer. *Annals of surgical oncology*, 25(7), 1783–1785. <https://doi.org/10.1245/s10434-018-6486-6>

Greszta, E., and Siemińska, M. J. (2011). Patient-perceived changes in the system of values after cancer diagnosis. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 18(1), 55–64. <https://doi.org/10.1007/s10880-011-9221-z>

Hernández Silva, M. A., Ruiz Martínez, A. O., González Escobar, S. y González-Celis Rangel, A. L. M. (2020). Ansiedad, Depresión y Estrés asociados a la Calidad de Vida de Mujeres con Cáncer de Mama. *Acta de investigación psicológica*, 10(3), 102-111. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2020.3.362>

Houghton, S. C., and Hankinson, S. E. (2021). Cancer Progress and Priorities: Breast Cancer. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention: a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 30(5), 822–844. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-20-1193>

Jadidi, A., and Ameri, F. (2022). Social Support and Meaning of Life in Women with Breast Cancer. *Ethiopian journal of health sciences*, 32(4), 709–714. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v32i4.6>

Kashyap, D., Pal, D., Sharma, R., Garg, V. K., Goel, N., Koundal, D., Zaguia, A., Koundal, S. and Belay, A. (2022). Global Increase in Breast Cancer Incidence: Risk Factors and Preventive Measures. *BioMed research international*, vol. 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/9605439>

Lorente, E., Ibáñez, M. I., Moro, M. y Ruipérez, M. M., (2002). Índice de Calidad de Vida: estandarización y características psicométricas en una muestra española. *Psiquiatría y Salud Integral*, 2(2), 45- 50. <https://medworksmedia.com/product/indice-de-calidad-de-vida-estandarizacion-y-caracteristicas-psicometricas-en-una-muestra-espanola/>

Marco, J. H., Privado, J., Guillen, V., Quero, S., Pérez, S., Baños, R., y Tormo, P. (2022). Propiedades psicométricas de la versión española del “Cuestionario de Sentido en la Vida” (MLQ) en adultos. *Psicología conductual*, 30(3), 809-826. <https://doi.org/10.51668/bp.8322313s>

Marouf, M., y Ávila Sanchez, M. (2023). Relación entre calidad de vida, depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama desde una perspectiva Enfermera: revisión integrativa. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(3). Recuperado de <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5730>

Mota González, C., Aldana Calva, E., Bohórquez Zambrano, L. M., Martínez Medina, S., y Peralta López, J. R. (2018). Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión teórica. *Psicología y salud*, 28(2), 155-165. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i2.2551>

- Naghiyae, M., Bahmani, B., & Asgari, A. (2020). The Psychometric Properties of the Meaning in Life Questionnaire (MLQ) in Patients with Life-Threatening Illnesses. *The Scientific World Journal*, vol. 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/8361602>
- Osorio, B. N., Bello, H. C. y Vega, B. L. (2020) Factores de riesgo asociados al cáncer de mama. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 36(2), 1-13. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101607>
- Palacios-Espinosa, X., Lizarazo, A. M., Moreno, K. S., y Ospino, J. D. (2015). El significado de la vida y de la muerte para mujeres con cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 455-479. <https://doi.org/10.12804/apl33.03.2015.07>
- Palmero, P.J., Lassard, R.J., Juárez, A. L. A. y Medina, N. C. A. (2021) Cáncer de mama: una visión general. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 19 (3), 354-360. <https://dx.doi.org/10.35366/101727>
- Paraskevi, T. (2012). Quality of life outcomes in patients with breast cancer. *Oncology reviews*, 6(1), e2. <https://doi.org/10.4081/oncol.2012.e2>
- Provenzano E. (2021). Neoadjuvant Chemotherapy for Breast Cancer: Moving Beyond Pathological Complete Response in the Molecular Age. *Acta medica académica*, 50(1), 88–109. <https://doi.org/10.5644/ama2006-124.328>
- Ramos Águila, Y. C., Marimón Torres, E. R., Crespo González, C., Junco Seca, B. y Valiente Morejón, W. (2015). Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. *Revista de Ciencias Médicas*. 19 (4), 619-629. Recuperado de <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2134>
- Recalde, M. T. y Samudio M. (2012). Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 10(2), 13-29. Recuperado de http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282012000200003

Rey Villar, R., Pita Fernández, S., Cereijo Garea, C., Seoane Pillado, M. T., Balboa Barreiro, V., y González Martín, C. (2017). Calidad de vida, ansiedad antes y después del tratamiento en mujeres con cáncer de mama. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>

Rivera Ledesma, E., Fornaris Hernández, A., Mariño Membribes, E. R., Alfonso Díaz, K., Ledesma Santiago, R. M., y Abreu Carter, I. C. (2019). Factores de riesgo del cáncer de mama en un consultorio de la Atención Primaria de Salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(2), 308-322. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000200308&lng=es&tlng=es.

Sociedad Española de Oncología Médica. (24 de enero de 2023) *Cáncer de mama*. <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?start=1>

Sénéchal, C., Reyat, F., Callet, N., This, P., Noguès, C., Stoppa-Lyonnet, D., nd Fourme, E. (2016). Que penser de l'hormonoprévention du cancer du sein chez les femmes porteuses d'une mutation délétère BRCA1/BRCA2?. *Bulletin du cancer*, 103(3), 273–281. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2016.01.001>

Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., and Kaler, M. (2010). The meaning in life questionnaire (MLQ) [Archivo PDF]. <http://www.michaelfsteger.com/wp-content/uploads/2013/12/MLQ-description-scoring-and-feedback-packet.pdf>

García Torres, F. M., y Alós Cívico, F. J. (2015). Análisis de los efectos del transcurso del tiempo en el triple sistema de respuesta de ansiedad en las supervivientes al cáncer de mama. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 12(1), 59-66. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48904

Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Mitsi, D., Veneti, A., Kelesi, M., Zyga, S., and Fradelos, E. C. (2018). Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients: Prevalence and Associated Factors. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 19(6), 1661–1669. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1661>

Galindo Vázquez, O., Bargalló Rocha, E., Lerma, A., Costas Muñiz, R., Acosta Santos, N. A., y Meneses García, A. (2023). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama identificadas por el equipo de la salud de oncología. *Psicología y Salud*, 33(1), 171-186. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2782>

Salamanca Velandia, S. R., Pérez Torres, J. M., y Acevedo Villalobos, E. P. (2020). Experiencias personales y profesionales de pacientes con cáncer de mama adscritas a un centro de oncología de Santander. *Informes Psicológicos*, 20(1), 91-109. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v20n1a07>



8. Anexos

Anexo 1.

Solicitud de autorización a la presidenta de la asociación para realizar el estudio

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Cangas do Morrazo, 25 de febrero 2023

Con el objetivo de llevar a cabo el proyecto de investigación titulado “Estudio descriptivo sobre el impacto psicológico en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama” se solicita autorización para realizar un proyecto de investigación en las instalaciones de la Asociación de Diagnosticad@s de Cáncer de Mama (ADICAM) en la sede de Cangas do Morrazo con dirección calle Valentín Losada nº1 1º, 36940.

Para ello se requiere la presencia de las participantes seleccionadas que forman parte del estudio para la administración de una serie de cuestionarios que deberán ser completados en la sede de Cangas do Morrazo.

Por la presente, se requiere la autorización de la figura representante de la asociación ADICAM, doña.....con DNI....., da su consentimiento para llevar a cabo el proyecto de investigación dirigido por María Dolores Vara Villodre e Iria Núñez Figueiras.

Presidenta ADICAM

Investigador@

Firma:

Firma:



Anexo 2.

Consentimiento informado para las participantes

HOJA DE INFORMACIÓN

Título del estudio: Estudio descriptivo sobre el impacto psicológico en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama

Promotor: Universidad Europea de Valencia

Investigadores: María Dolores Vara Villodre e Iria Núñez Figueiras

Centro: Universidad Europea de Valencia

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación que se va a realizar en la Universidad Europea de Valencia, en el cual se le invita a participar. Este documento tiene por objeto que usted reciba la información correcta y necesaria para evaluar si quiere o no participar en el estudio. A continuación, le explicaremos de forma detallada todos los objetivos, beneficios y posibles riesgos del estudio. Si usted tiene alguna duda tras leer las siguientes aclaraciones, nosotros estaremos a su disposición para aclararle las posibles dudas. Finalmente, usted puede consultar su participación con las personas que considere oportuno.

¿Cuál es el motivo de este estudio?

Con este estudio se pretende investigar el impacto a nivel psicológico en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. Para ello se evaluarán varias variables en las diferentes etapas del proceso oncológico con el objetivo de analizar si estas varían en cada fase.

RESUMEN DEL ESTUDIO:

El estudio para el se requiere su participación consistirá en evaluar una serie de variables psicológicas entre las que se incluyen: el sentido de la vida, la calidad de vida, los valores, ansiedad, depresión y necesidades del paciente. Para poder medirlas se utilizarán cuestionarios específicos. Todos los datos recogidos serán confidenciales, no aparecerán datos personales asociados. Se pretende observar si estas variables difieren en función de la fase del proceso oncológico en la que se encuentre la paciente, como puede ser el tratamiento entre los que se incluyen: cirugía, quimioterapia, radioterapia o inmunoterapia; el post-tratamiento con hormonoterapia o el post-tratamiento sin hormonoterapia.



Para ello también se pasará un cuestionario que recoja datos sociodemográficos como: edad, sexo, situación laboral, composición familiar y situación médica. Se evaluará si hay una relación significativa entre los datos sociodemográficos y el impacto psicológico.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y RETIRADA DEL ESTUDIO: La participación en este estudio es voluntaria, por lo que puede decidir no participar. En caso de que decida participar, puede retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con el profesional que le atiende ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento (si lo hubiere). En caso de que usted decidiera abandonar el estudio, puede hacerlo permitiendo el uso de los datos obtenidos hasta ese momento para la finalidad del estudio, o si fuera su voluntad, todos los registros y datos serán borrados de los ficheros informáticos.

¿Quién puede participar? El estudio se realizará en pacientes voluntari@s diagnosticad@s de cáncer de mama de la asociación ADICAM. El reclutamiento de los participantes será a través de comunicación interna, citándolos para una reunión de 1h y explicándoles el motivo de la citación. Si acepta participar, usted va a formar parte de un estudio en el que se incluirán al menos 50 pacientes procedentes de la Asociación de Diagnosticad@s de cáncer de mama (ADICAM).

¿En qué consiste el estudio y mi participación? Su participación consistirá en completar una serie de cuestionarios con una duración aproximadamente de una hora. Primero comenzará rellenando un cuestionario sobre datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, escolarización, situación laboral, composición familiar e historia médica). Después se le administrarán cuatro cuestionarios que deberá evaluar numéricamente y un cuestionario que deberá completar con palabras.

¿Cuáles son los posibles beneficios y riesgos derivados de mi participación? Es posible que usted no obtenga ningún beneficio directo por participar en el estudio. No obstante, al completar los cuestionarios es posible que las preguntas le hagan reflexionar sobre su estado actual y lo que se está midiendo. Además, se prevé que la información que se obtenga pueda beneficiar en un futuro a otros pacientes a cubrir las necesidades explícitas e implícitas durante el proceso oncológico, y valorar qué aspectos se deben abordar en función de la etapa en la que se encuentre el paciente. Al finalizar la investigación podrá ser informado, si lo desea, sobre los principales resultados y conclusiones generales del estudio. El estudio no supone ningún riesgo para su salud ya que para la toma adicional de los registros necesarios no se incurre en ninguna acción nociva ni perniciosa.



¿Quién tiene acceso a mis datos personales y como se protegen? El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su profesional del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo su profesional del estudio o colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna (salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal). Sólo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio, que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, número de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país. El acceso a su información personal quedará restringido al profesional del estudio o colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo con la legislación vigente.

¿Recibiré algún tipo de compensación económica? No se prevé ningún tipo de compensación económica durante el estudio. No obstante, su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto.

¿Quién financia esta investigación? El promotor del estudio es el responsable de gestionar la financiación del mismo. Para la realización del estudio, el promotor del mismo ha firmado un contrato con el centro donde se va a realizar.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE: Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, y puede exigir la destrucción de sus datos y/o de todos los registros identificables, previamente retenidos, para evitar la realización de otros análisis. También debe saber que puede ser excluido del estudio si los investigadores del estudio lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad, por cualquier acontecimiento adverso que se produzca o porque consideren que no está cumpliendo



con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

SEGURO: El promotor del estudio dispone de una póliza de seguros que se ajusta a la legislación vigente y que le proporcionará la compensación e indemnización en caso de menoscabo de su salud o de lesiones que pudieran producirse en relación con su participación en el estudio.

CALIDAD CIENTÍFICA Y REQUERIMIENTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO: Este estudio ha sido sometido a aprobación por el Comité de Ética de la Universidad Europea de Madrid, Valencia y Canarias, que vela por la calidad científica de los proyectos de investigación que se llevan a cabo en el centro. Cuando la investigación se hace con personas, este Comité vela por el cumplimiento de lo establecido en la Declaración de Helsinki y la normativa legal vigente sobre investigación biomédica (ley 14/2007, de junio, de investigación biomédica) y ensayos clínicos (R.D. 223/2004 de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos).

PREGUNTAS: Llegado este momento le damos la oportunidad de que, si no lo ha hecho antes, haga las preguntas que considere oportunas. El equipo investigador le responderá lo mejor que sea posible.

INVESTIGADORES DEL ESTUDIO: Si tiene alguna duda sobre algún aspecto del estudio o le gustaría comentar algún aspecto de esta información, por favor no deje de preguntar a los miembros del equipo investigador: [nombres y teléfonos]. En caso de que una vez leída esta información y aclaradas las dudas, decida participar en el estudio, deberá firmar su consentimiento informado. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad Europea de Madrid, Valencia y Canarias.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./D^a. _____, de _____ años, con DNI _____ y domicilio en _____. He recibido una explicación satisfactoria sobre el procedimiento del estudio, su finalidad, riesgos, beneficios y alternativas.

He quedado satisfecho/a con la información recibida, la he comprendido, se me han respondido todas mis dudas y comprendo que mi participación es voluntaria.



Presto mi consentimiento para el procedimiento propuesto y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar sobre mi decisión al profesional responsable del estudio.

En Valencia, a día _____ de _____ de _____.

Firma y nº de colegiado del investigador
paciente/participante

Firma y nº de DNI del

Anexo 3.

Cuestionario QLI para evaluar calidad de vida

QLI

Instrucciones: Por favor indique cuál es su nivel de salud y calidad de vida en la actualidad, de "mala" a "excelente", marcando con una X uno de los diez puntos que aparecen en cada una de las siguientes escalas:

1. Bienestar físico (sentirse lleno de energía, sin dolores ni problemas físicos)

Malo									Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Bienestar psicológico/emocional (sentirse bien consigo mismo)

Malo									Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Autocuidado y funcionamiento independiente (desempeñar sus tareas cotidianas básicas, tomar sus propias decisiones)

Malo									Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Funcionamiento ocupacional (desempeñar su trabajo, tareas escolares y tareas domésticas)

Malo									Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Funcionamiento interpersonal (relacionarse bien con la familia, amigos y grupos)

Malo									Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Apoyo social-emocional (disponer de personas en quien confiar, que le proporcionen ayuda)

Malo									Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



7. Apoyo comunitario y de servicios (vecindario seguro y bueno, acceso a recursos financieros, de información y otros)

Malo										Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

8. Plenitud personal (sentimiento de equilibrio personal, dignidad y solidaridad; disfrute sexual, de las artes, etc.)

Malo										Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

9. Plenitud espiritual (sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia, más allá de la vida material ordinaria)

Malo										Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

10. Percepción global de calidad de vida (sentimiento de satisfacción y felicidad con su vida en general)

Malo										Excelente
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Anexo 4.

Cuestionario DASS-21 para evaluar el funcionamiento psicológico

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido esto a usted **durante la semana pasada**. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.....	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.....	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico...	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3



Anexo 5.

Cuestionario MLQ para evaluar sentido de vida

MLQ

Por favor, dedique un momento a pensar lo que le hace sentir que su vida es importante y tiene un significado. Con esas ideas en mente, por favor, responda a las siguientes cuestiones tan sincera y exactamente como pueda. Y tenga en cuenta que se trata de cuestiones muy subjetivas, que no tienen una respuesta correcta o incorrecta. Responda utilizando la siguiente escala

Totalmente falso	Bastante falso	Mas bien falso	No sé. Ni verdadero ni falso	Mas bien verdadero	Bastante verdadero	Totalmente verdadero
1	2	3	4	5	6	7

1. Comprendo el significado de mi vida.....
2. Busco algo que me haga sentir que mi vida tiene sentido.....
3. Siempre estoy buscando el sentido de mi vida.....
4. Mi vida tiene un significado muy claro.....
5. Tengo algunas buenas intuiciones acerca de lo que le da sentido a mi vida.....
6. He descubierto un significado de mi vida satisfactorio.....
7. Estoy siempre buscando algo que haga que mi vida tenga sentido.....
8. Estoy buscando un objetivo o misión en la vida.....
9. Mi vida no tiene un propósito claro.....
10. Estoy buscando el sentido de mi vida.....

