



## ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER CON CÁNCER DE MAMA

EUSTOLIA VELÁZQUEZ LEYVA\*, MARÍA LAURA RUIZ PALOALTO, NICOLÁS PADILLA RAYGOZA, MARÍA ALEJANDRA FAVELA OCAÑO, OLGA BARRAGÁN HERNÁNDEZ

### RESUMEN

La ansiedad surge en la mujer con Cáncer de Mama (CaMa) desde el momento del diagnóstico, por tal motivo el presente estudio tiene como objetivo medir la relación de la ansiedad como factor estresor intrapersonal en la calidad de vida de la mujer con CaMa, en un hospital de Sonora. Es un estudio cuantitativo, correlacional y no experimental; el muestreo es no probabilístico, con una significancia de 0.05 y poder de 0.80, muestra de 65 individuos. Se empleó estadística descriptiva e inferencial, se aplicó la prueba de correlación de Pearson, se utilizó la escala de Hamilton para medir la ansiedad, y el WHOQOL-BREF para determinar la calidad de vida. La edad media fue 52.43 años y la ansiedad tuvo una relación negativa significativa ( $r = -0.270$ ,  $p < 0.01$ ) con la calidad de vida. Se concluye que es importante desarrollar intervenciones que promuevan una mejor calidad de vida y disminuyan la ansiedad en las mujeres con CaMa.

**Palabras clave:** Cáncer de mama, ansiedad, calidad de vida.

### ABSTRACT

*Anxiety arises in women with breast cancer (BC) from the time of diagnosis; therefore, the study aims to measure the relationship of anxiety as intrapersonal stressor factor in the quality of life of women with BC in a hospital in Sonora. This is a quantitative, correlational and non experimental study. We use Non-probability sampling, with a 0.05 significance and a power of 0.80, the sample is of 65 individuals. Descriptive and inferential statistics were used and the Pearson correlation test was applied. Hamilton scale was used to measure anxiety and WHOQOL-BREF to determine the quality of life. Mean age was 52.43 years and anxiety had a significant negative correlation ( $r = -0.270$ ,  $p < 0.01$ ) with the quality of life. It concludes that it is important to develop interventions that promote a better quality of life and reduce anxiety in women with BC.*

**Keywords:** Breast cancer, anxiety, quality of life.

M.C.E. EUSTOLIA VELÁZQUEZ LEYVA  
Depto. de Enfermería, Universidad de Sonora  
Correo: eustolia\_velazquez@hotmail.com

DRA. MARÍA LAURA RUIZ PALOALTO  
Depto. de Enfermería Clínica,  
Campus Celaya Salvatierra,  
Universidad de Guanajuato  
Correo: lauraruizpaloalto@hotmail.com

DR. NICOLÁS PADILLA RAYGOZA  
Depto. de Enfermería Clínica,  
Campus Celaya Salvatierra,  
Universidad de Guanajuato  
Correo: raygosan@ugto.mx

M.C.E. MARÍA ALEJANDRA FAVELA OCAÑO  
Depto. de Enfermería, Universidad de Sonora  
Correo: alejandrafavela@enfermeria.uson.mx  
M.C. OLGA BARRAGÁN HERNÁNDEZ  
Depto. de Enfermería, Universidad de Sonora  
Correo: barragan@enfermeria.uson.mx

\*Autor para correspondencia: M.C.E. Eustolia Velázquez Leyva  
Correo electrónico: eustolia\_velazquez@hotmail.com

Recibido: 22 de septiembre de 2015  
Aceptado: 27 de noviembre de 2015

ISSN: 2007-4530

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el cáncer de mama (CaMa) es el más frecuente en la mujer, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo; se estiman 1.38 millones de casos nuevos diagnosticados en todo el mundo en el 2008. La tasa de incidencia en México fue de 27.2 casos por cada 100,000 habitantes, con una tasa de mortalidad de 10.1 por 100,000 habitantes [1]. Se encontraron once estados que concentran el 50% de las muertes por esta causa, los cuales se caracterizan por tener mayor nivel socioeconómico, éstos son: Baja California Norte, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Jalisco, Guanajuato y Distrito Federal [2].

La experiencia del período del CaMa expone a la mujer a numerosos factores estresantes, relacionados con el afrontamiento de una enfermedad crónica compleja que amenaza su integridad y exige cuidados específicos. La calidad de vida (CV) se relaciona con todos los aspectos de la vida de una persona, que incluyen las funciones físicas, psicológicas e interacciones sociales [3]. La ansiedad surge desde antes de ser diagnosticada, pasando por las diferentes etapas de sufrimiento, abandono de la vida cotidiana, pérdida del sentido de la vida y disminución del

bienestar afectando la calidad de vida de las mujeres que lo padecen [4].

La ansiedad se refiere a la ansiedad "natural", como fenómeno de vida cotidiana, con función motivadora, que moviliza recursos para adaptación del individuo a nuevas situaciones. Las pacientes sufren de este síntoma no sólo desde la esfera psíquica (miedos, dudas, aprensiones), problemas cognitivos (atención y concentración), manifestaciones somáticas (taquicardia, dolor, sensación de ahogo) y alteración en las actividades diarias [5]. El modelo de sistemas de la Dra. Betty Neuman, se centra en el estrés, sus efectos sobre la salud y la reducción del mismo. Los agentes estresores se clasifican en: intrapersonales (estímulos que se producen dentro de la persona, como la ansiedad), interpersonales (se producen entre dos o más personas, como la comunicación), y los extrapersonales (se producen fuera de la persona, como las circunstancias económicas) [6].

El diagnóstico de CaMa es considerado un factor estresor potente que ocasiona reacciones emocionales, como la ansiedad. Esta enfermedad se relaciona con cambios físicos negativos, dolor, mutilación y





muerte, por lo que debilita las redes sociales de quién la padece, desarrollando otras conforme evoluciona la patología y su tratamiento. La influencia del apoyo de otras personas que comparten sus experiencias puede mejorar su bienestar psicológico [7].

El diagnóstico de cáncer modifica el estilo de vida de quien lo padece, genera sentimientos desagradables que la llevan a evaluar su posición, función social, familiar y laboral, induciendo respuestas propias de las diferentes fases del duelo que le permitirán adaptarse a su nueva realidad [8]. Es común que el CaMa genere altos niveles de ansiedad, las personas experimentan miedo, aislamiento social, incapacidad para manejar las complicaciones que conllevan el tratamiento y un fuerte impacto en su entorno familiar y social [9].

Los estudios relacionados coinciden en que los tratamientos afectan el estado físico, emocional, social y la calidad de vida de la mujer. Además la comunicación entre el profesional de enfermería y la mujer disminuye situaciones de estrés, al establecer vínculos significativos para mantener la individualidad e importancia del cuidado humanizado [10, 11, 12]. Otro estudio concluyó que la calidad de vida fue menor, en lo general, como en los dominios físicos, psicológicos, sociales y del entorno, en quienes provenían de estratos socioeconómicos más bajos. Además las mujeres presentaron sintomatología ansiosa y depresiva durante la fase de tratamiento y aumentaron en estadios avanzados de la enfermedad [7, 13, 14].

El presente estudio tiene como objetivo analizar la relación del factor estresor intrapersonal ansiedad y la calidad de vida de la mujer con CaMa acorde al modelo de sistemas de la Dra. Betty Neuman, así como identificar variables sociodemográficas. Dicho modelo considera que los factores estresores intrapersonales se pueden producir en más de una variable ya sea fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual [6]. Además, se plantea la siguiente hipótesis: la ansiedad como factor estresor intrapersonal se relaciona negativamente en la calidad de vida de la mujer con cáncer de mama.

## **METODOLOGÍA**

Estudio cuantitativo, correlacional y no experimental. Los datos se obtuvieron a través de una entrevista a las mujeres que acudieron a consulta y/o a tratamiento de quimioterapia en un hospital de Hermosillo, Sonora. Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó el programa G\*Power 3.1.9 [15]; tomando en cuenta la falta de estudios similares se consideró una correlación esperada mediana para la población de  $P = 0.40$  [16], un nivel de significancia de 0.05 y un poder de 0.80, obteniendo una muestra de 65 personas. Se usó muestreo no probabilístico, por orden de registro o de llegada hasta completar el tamaño de la muestra.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres con diagnóstico de CaMa, en estadio II y III, de 30 a 65 años de edad, que aceptaron participar en el estudio de



investigación y firmaron el consentimiento informado. Se excluyó a las mujeres con complicaciones propias de la enfermedad, en período agudo de la enfermedad, que cambiaron de residencia o que fallecieron en el transcurso del estudio.

La investigación fue aprobada por el Comité de Investigación y Bioética de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya Salvatierra de la Universidad de Guanajuato, también fue autorizado por el Comité de Investigación del hospital donde se llevó a cabo. Se aplicaron dos instrumentos, la escala de Hamilton que midió la ansiedad como factor estresor intrapersonal con un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.89 [17]; y para medir la calidad de vida se empleó el WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Instruments, o Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS), que se encuentra conformado por 26 reactivos, de los cuales 24 corresponden a cuatro áreas o dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Además, dos preguntas generales: calidad de vida global y salud general, las cuales se examinan separadamente y cada reactivo tiene cinco opciones de respuesta ordinales tipo likert. Los cuatro dominios fueron calificados en una dirección positiva, es decir: a mayor puntaje, mejor calidad de vida. En los análisis de consistencia interna se obtuvo un alfa de Cronbach  $>0.70$  [18].

Los datos se procesaron en el paquete estadístico SPSS versión 20. Se empleó estadística descriptiva e inferencial. Para comprobar la hipótesis del estudio se aplicó la prueba Correlación de Pearson a un nivel de significancia  $\alpha = 0.05$ .

## RESULTADOS

Se estudiaron a 65 mujeres con CaMa, como se observa en la tabla 1, la media fue de 52.43 años, desviación estándar de 9.15 años. La escolaridad fue entre 5 y 22 años, con una media de 12.74 y una desviación estándar de 4.10 años. Con respecto a la ocupación, el 44.6% son profesionistas activas, 15.4% están jubiladas, 6.2% son empleadas y

29.2% son amas de casa. Respecto al estado civil, 53.8% están casadas y alrededor del 25%, se encuentran sin pareja, solteras o divorciadas. La religión que profesan en su mayoría es la católica con 86.2%.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de mujeres con CaMa en un hospital de Hermosillo, Sonora.

Variable	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media $\pm$ D.E	
Edad	32	55	52.43	9.15
Escolaridad	5	22	12.74	4.10

Variable	f	%
<b>Ocupación</b>		
Empleada	4	6.2
Profesionista	29	44.6
Comerciante	3	4.6
Ama de casa	19	29.2
Jubilada	10	15.4
<b>Estado civil</b>		
Casada	35	53.8
Unión libre	3	4.6
Viuda	8	12.3
Soltera	10	15.4
Divorciada	9	13.8
<b>Religión</b>		
Católica	56	86.2
Cristiana	7	10.8
Testigo de Jehová	1	1.5

Fuente: Escala de Hamilton

n=65



En la tabla 2, el nivel de ansiedad general se ubica mayormente en grave con un 36%. Asimismo, se observa que la ansiedad psíquica mayormente se ubica en nivel grave con 39.6%, con 20% tanto para el nivel moderado como para el leve, sólo 7.3% contestó que su ansiedad estaba ausente. Se observa por variable en la ansiedad psíquica, niveles de muy grave en tensión (20%), insomnio (20%) y ansioso (18.5%).

Con respecto a la ansiedad somática, también el porcentaje más alto fue grave con 32.5%, pero se ve un aumento en la opción del nivel ausente (12.7%) con respecto de la ansiedad psíquica, con una diferencia del 7.3%. Individualmente, tres variables tienen porcentajes relativamente altos en la opción de ausente: síntomas genitourinarios (24.6%), cardiovasculares (29.2%) y respiratorios (30.8%).

Tabla 2. Factor estresor intrapersonal ansiedad de las mujeres con CaMa en Hermosillo, Sonora.

Escala/dimensión/variable	Ausente	Leve	Moderada	Grave	Muy Grave
<b>Total escala</b>	<b>10.0</b>	<b>22.0</b>	<b>22.3</b>	<b>36.0</b>	<b>9.7</b>
<b>1. Ansiedad psíquica</b>					
Estado de ánimo: Ansioso	1.5	21.5	7.7	50.8	18.5
Tensión	7.7	15.4	18.5	38.5	20.0
Temores	16.9	27.7	12.3	29.2	13.8
Insomnio	3.1	10.8	16.9	49.2	20.0
Intelectual (cognitivo)	6.2	15.4	27.7	40.0	10.8
Estado de ánimo deprimido	10.8	16.9	18.5	44.6	9.2
Comportamiento en la entrevista	4.6	32.3	38.5	24.6	0.0
Dimensión	7.3	20.0	20.0	39.6	13.2
<b>2. Ansiedad somática</b>					
Síntoma somáticos generales (musculares)	0.0	26.2	21.5	47.7	4.6
Síntoma somáticos generales (sensoriales)	1.5	21.5	43.1	27.7	6.2
Síntoma cardiovasculares	29.2	24.6	21.5	21.5	3.1
Síntomas respiratorios	30.8	26.2	20.0	20.0	3.1
Síntoma gastrointestinales	1.5	23.1	27.7	41.5	6.2
Síntoma genitourinarios	24.6	30.8	13.8	23.1	7.7
Síntoma del SN autónomo	1.5	15.4	24.6	46.2	12.3
Dimensión	12.7	24.0	24.6	32.5	6.2

Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton

n=65

La tabla 3 muestra los resultados obtenidos sobre la escala de calidad de vida, para la pregunta sobre la calidad de vida en general, predominó la percepción del nivel normal con 56.9%, nadie respondió "Muy buena", resaltando cierta tendencia hacia la mala calidad de vida. Para la pregunta de "Salud en general", las mujeres se muestran "Insatisfechas" con 60%, seguida de un nivel "Normal" con 38.5%, además cabe resaltar que nadie expresa un nivel más alto de lo normal en relación a la satisfacción con su salud.

En general, para las dimensiones salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente la opción más frecuente fue "Normal", con cierta tendencia hacia las opciones "Nada" y "Un poco" ya que la respuesta "Muy satisfecha" fue muy baja en las 4 dimensiones.

Tabla 3. Calidad de vida de mujeres con cáncer de mama en tratamiento en un hospital de Hermosillo, Sonora.

Escala/dimensiones/ variables	Mala calidad de vida			Buena calidad de vida	
	1	2	3	4	5
Total escala	3.7	29.6	47.3	19.0	0.4
Pregunta calidad de vida en general	9.2	32.3	<b>56.9</b>	1.5	0.0
Pregunta salud en general	1.5	<b>60.0</b>	38.5	0.0	0.0
<b>1. Salud física</b>					
Dolor y malestar	4.6	44.6	18.5	30.8	1.5
Energía y fatiga	1.5	41.5	41.5	15.4	0.0
Dormir y descansar	3.1	47.7	40.0	9.2	0.0
Dependencia de medicación	0.0	20.0	30.8	49.2	0.0
Movilidad	3.1	6.2	56.9	33.8	0.0
Actividades de la vida diaria	0.0	43.1	53.8	3.1	0.0
Capacidad de trabajo	0.0	44.6	53.8	1.5	0.0
<b>Total</b>	<b>1.8</b>	<b>35.4</b>	<b>42.2</b>	<b>20.4</b>	<b>0.2</b>
<b>2. Psicológica</b>					
Setimientos positivos	3.1	40.0	38.5	18.5	0.0
Setimientos negativos	3.1	24.6	44.6	23.1	4.6
Autoestima	0.0	32.3	63.1	4.6	0.0
Aprendizaje, memoria y concentración	0.0	32.3	60.0	7.7	0.0
Imagen corporal	16.9	35.4	33.8	13.8	0.0
Espiritualidad y religión	1.5	16.9	55.4	26.2	0.0
<b>Total</b>	<b>4.1</b>	<b>30.3</b>	<b>49.2</b>	<b>15.6</b>	<b>0.8</b>
<b>3. Relaciones sociales</b>					
Relaciones personales	3.1	12.3	72.3	12.3	0.0
Sexo	3.1	60.0	32.3	4.6	0.0
Apoyo social práctico	3.1	6.2	70.8	20.0	0.0
<b>Total</b>	<b>3.1</b>	<b>26.2</b>	<b>58.5</b>	<b>12.3</b>	<b>0.0</b>
<b>4. Medio ambiente</b>					
Recursos financieros	1.5	38.5	56.9	3.1	0.0
Información y habilidades	6.2	40.0	38.5	13.8	1.5
Recreación y ocio	10.8	40.0	40.0	9.2	0.0
Entorno familiar	3.1	6.2	70.8	20.0	0.0
Acceso a la atención sanitaria y social	6.2	3.1	13.8	76.9	0.0
Seguridad y protección física	3.1	23.1	66.2	7.7	0.0
Entorno físico	4.6	16.9	66.2	10.8	1.5
Transporte	4.6	1.5	16.9	76.9	0.0
<b>Total</b>	<b>5.0</b>	<b>21.2</b>	<b>46.2</b>	<b>27.3</b>	<b>0.4</b>

Fuente: Instrumento WHOQOL-BREF

n=65





Para la comprobación de la hipótesis se empleó la prueba de correlación de Pearson. La tabla 4, muestra que la media y la media recortada al 5% son muy semejantes, porque los valores extremos no afectan en gran medida

a la media como estadístico de localización central y con respecto a la forma de distribución de las dimensiones de "Psicología" y "Salud física", además en la escala total tienen una distribución normal ( $\text{sig.} > 0.05$ ).

Tabla 4. Localización y distribución para la escala de calidad de vida de las mujeres con CaMa en Hermosillo.

Estadísticos	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	¿Cuán satisfecho/a está con su salud?	Salud física	Psicológica	Relaciones sociales	Medio ambiente	Calidad de vida (WHOQOL-BREF)
Media	2.51	2.37	45.49	44.68	41.15	49.23	180.56
Media recortada al 5%	2.55	2.37	45.51	44.34	41.38	49.69	180.42
Mediana	3.00	2.00	46.43	45.83	41.67	50.00	174.11
Desviación estándar	.687	.517	6.478	12.204	9.646	8.379	27.447
Mínimo	1	1	29	25	8	25	131
Máximo	4	3	61	75	58	66	243
Rango	3	2	32	50	50	41	113
Rango intercuartil	1	1	7	17	17	13	47
Asimetría	-.773	.203	-.304	.174	-.501	-.772	.110
Curtosis	-.109	-1.184	.633	-.246	.756	.955	-.851
Error estándar asimetría	.297	.297	.297	.297	.297	.297	.297
Error estándar curtosis	.586	.586	.586	.586	.586	.586	.586
Shapiro-Wilk (sig.)	.000	.000	.021	.025	.000	.003	.146

Fuente: Instrumento WHOQOL-BREF

n=65

En la tabla 5, la ansiedad psíquica tuvo una correlación negativa media ( $r = -0.33$ ) con la pregunta general sobre la calidad de vida, lo que significa que a menos ansiedad psíquica mayor es la percepción de calidad de vida con una fuerza de correlación media.

Tabla 5. Correlación entre las escalas de ansiedad de Hamilton y WHOQOL-BREF.

		¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	¿Cuán satisfecho/a está con su salud?	Salud física	Psicológica	Relaciones sociales	Medio ambiente	Calidad de vida (WHOQOL-BREF)
Ansiedad psíquica	Correlación de Pearson	-.329**	-.422**	-.106	-.250*	-.148	-.148	-.234
	Sig. (bilateral)	.007	.000	.400	.044	.238	.238	.061
Ansiedad somática	Correlación de Pearson	-.118	-.278*	.129	.211	.046	.065	.160
	Sig. (bilateral)	.347	.025	.306	.092	.718	.605	.203
Ansiedad	Correlación de Pearson	-.270*	.419**	.009	-.032	-.065	-.053	-.051
	Sig. (bilateral)	.030	.001	.941	.801	.609	.674	.687

\*\*La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas)

\*\*La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas)

## DISCUSIÓN

En México, los registros epidemiológicos del INEGI muestran que el número de casos nuevos reportados de cáncer de mama va en aumento. Actualmente ocupa el primer lugar como causa de muerte por neoplasia maligna en mujeres mayores de 25 años. En este estudio, el 6.2% pertenecía a mujeres con 32 años de edad y la media fue de 52 años [2, 19].

También se encontró que los años de escolaridad que predominaron entre las pacientes fue de 12 años que corresponde a nivel secundaria con un 30.8%, diferente a lo que refiere Santiago [14], que señala que el 63.75% sólo culminaron la educación primaria.

Un 53.8% de mujeres tenían cónyuge, factor que contribuye para el afrontamiento del efecto estresor que implica la enfermedad, contribuyendo con apoyo psicológico y económico de la familia, que podría favorecer a la disminución del nivel de ansiedad. Pero a su vez Moreno-López y colaboradores [20], señalan que las parejas de las pacientes presentan modificaciones desde la estructura familiar, ya que el hombre toma roles que antes tenía su esposa y ahora no puede desempeñar, agregando responsabilidades adicionales, experimentando por su parte estresores intrapersonales, por lo que es importante que también se incluya a la pareja y al sistema familiar en las intervenciones de enfermería.

La mayoría de las participantes eran profesionistas y tenían prestación de salud por parte de su trabajo o de su esposo, lo que les permitía dejar temporalmente sus ocupaciones y dedicarse totalmente a su tratamiento. Con respecto a la religión, todas profesaban algún tipo de fe, siendo el 86.2% de religión católica. Al respecto, algunos estudios han mostrado que las pacientes que







refirieron tener alguna creencia personal o espiritual les funcionaron como fortaleza para enfrentar las dificultades del diagnóstico y tratamiento [12].

Todas las mujeres evaluadas experimentaron algún grado de ansiedad; los valores de ansiedad global fue en promedio de 29.88 puntos que las ubica en el grado moderado de ansiedad; estos resultados difieren a los encontrados por Ornelas-Mejorada y colaboradores [13], que reportan que el 41% de su muestra presentó algún nivel de ansiedad.

En relación a la calidad de vida global se obtuvo un promedio de 2.51 y de 2.37 en su satisfacción con la salud, difiriendo a lo mostrado por Salas y Grisales [7], que refieren una puntuación normal.

El dominio de salud física presentó una media de 45.49 lo que indica una calificación de poca calidad de vida, similar al estudio de Yelamos y otros [10] que demostró que las pacientes con linfedema tenían un peor estado físico de salud. El dominio psicológico obtuvo un promedio de 44.68 puntos lo que muestra efectos negativos, resultados que concuerdan con Domínguez y otros [21] que obtuvieron puntuaciones más bajas (50.2) en cuanto a la evaluación de la calidad de vida después del tratamiento primario de cáncer de mama.

El dominio social, con una media de 41.15, representa efectos negativos en este dominio coincidiendo con Vázquez y colaboradores [22] en el ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. En lo referente al dominio del entorno se obtuvo una puntuación media de 49.23, menor a la obtenida por Salas y Grisales [7], con una media de 64.6 puntos en calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos mostraron una ansiedad moderada y una tendencia hacia la mala la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, tanto en lo general, como en los dominios físicos, psicológicos, sociales y del entorno.

Esta investigación permitió reconocer algunos

elementos como la recreación y el ocio, la imagen corporal, el sexo, así como la mayoría de los elementos del dominio de salud física, que la mujer percibe con mayor frecuencia con tendencia hacia la mala calidad de vida, por lo que es importante considerar la necesidad de prestar atención a la prevención así como al desarrollo de intervenciones que promuevan mayor calidad de vida en las mujeres con CaMa en estos aspectos. El tratamiento primario del CaMa continúa incapacitando a las pacientes y los efectos secundarios del tratamiento dificultan que las pacientes continúen desarrollando con normalidad sus actividades.

Según el modelo de la Dra. Betty Neuman, el profesional de enfermería debe participar en la reconstitución del sistema-paciente, dicha reconstitución debe empezar en sus factores inter, intra o extrapersonal, así como en las variables (fisiológica, psicológica, sociocultural de desarrollo y espiritual) mediante el reforzamiento de las líneas de defensa, con intervenciones primarias, secundarias o terciarias, y de esta manera evitar que afecte los recursos básicos de la estructura, sin perder de vista las experiencias de vida de las personas, considerando la calidad humana que debe tener el profesional de enfermería que proporciona los cuidados.

La mayoría de los tratamientos para el cáncer produce alteraciones en todos los aspectos de la vida tanto para la paciente como para su familia. Por ello, el profesional de enfermería desarrolla sus funciones de asistencia, docencia, gestión e investigación, utilizando el proceso de enfermería que le permita valorar, diagnosticar, intervenir, evaluar y determinar la influencia de sus servicios en la evolución física, psicosocial y espiritual de la mujer, que determinan su calidad de vida.

Este estudio permitió concluir que todas las escalas, dimensiones y variables que valoran ansiedad y calidad de vida deben ser objeto de reflexión y no debe abordarse sólo desde el punto de vista físico, sino desde el impacto integral que tiene en la usuaria y en los sistemas de los que forma parte. El profesional de enfermería debe establecer una relación terapéutica que disminuya los factores estresores y sus efectos, e incentive un aumento de la calidad de vida.



## SUGERENCIAS

Afrontar el CaMa, sus tratamientos y la amenaza que supone para la vida de las personas implica un proceso de adaptación, como los referidos a los cambios en su imagen corporal, los sentimientos y actitudes que inevitablemente conlleva. Se debe de apoyar a las usuarias a través del cuidado humanizado, ya que durante todo este proceso puede presentar una pérdida de su identidad, y el cómo lo afronte dependerá de la conservación y transformación de sus redes sociales de apoyo.

El soporte que se brinde desde el primer nivel de atención de salud para detectar el cáncer precozmente, favorecerá la probabilidad de ofrecer un tratamiento oportuno.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) M. González, L. González y G. Nigenda, «Formulación de políticas públicas sobre el cáncer de mama en América Latina,» Rev. Panamá Salud Pública, Vol. 33, No. 3, pp. 183-189, 2013.
- 2) J. Sanfilippo y M. Moreno, Seminario: El ejercicio actual de la medicina, Cáncer de mama, México, D.F.: Universidad Autónoma de México, 2008.
- 3) D. Sat-Muñoz, I. Contreras-Hernández, L. Balderas-Peña, G. Hernández-Chávez, P. Solano-Murillo, I. Mariscal-Ramírez, M. Lomeli-García, M. Díaz-Cortés, J. Mould-Quevedo, R. López-Mariscal, S. Prieto-Miranda, G. Morgan-Villela, «Calidad de Vida en Mujeres Mexicanas con Cáncer de Mama en Diferentes Etapas Clínicas y su Asociación con Características Socio-Demográficas, Estados Co-Mórbidos y Características del Proceso de Atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social,» Value in Health, vol. 14, nº 5, pp. 133-136, 2011.
- 4) G. Silva y M. Dos Santos, «Factores estresantes del post-tratamiento del cáncer de mama,» Rev. Latino-Am. Enfermagem, Vol. 18, No. 4, 2010.
- 5) P. Canicali, L. Nunes, P. Pires, C. F. y M. Costa, «Ansiedad en mujeres con cáncer de mama,» Enfermería Global, Vol. 11, No. 28, pp. 52-62, 2012.
- 6) G. Romero, E. Flores, P. Cárdenas y R. Ostiguín, «Análisis de las bases teóricas del modelo de sistemas de Betty Neuman,» Revista Enfermería Universitaria, Vol. 4, No. 1, pp. 44-48, 2009.
- 7) C. Salas y H. Grisales, «Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia,» Rev. Panamericana de Salud Pública, Vol. 28, No. 1, pp. 9-18, 2010.
- 8) M. Reich y E. Remor, «Variables psicosociales asociadas con calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer de mama post-cirugía,» Ciencias psicológicas, Vol. 4, No. 2, pp. 179-223, 2010.
- 9) F. Knaul, G. Nigenda, R. Lozano, H. Arreola, A. Langer y J. Frenk, «Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante,» Salud Pública Mex., Vol. 51, No. 2, pp. 335-344, 2009.
- 10) C. Yelamos, F. Montesinos, A. Eguino, A. Fernández, M. García y A. Fernández, «Impacto del linfedema en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama,» Psicooncología, Vol. 1, No. 4, pp. 143-163, 2007.
- 11) I. Araujo, I. Silva, I. Bonfim y A. Fernández, «La comunicación de la enfermera en la asistencia de enfermería en la mujer mastectomizada: un estudio de Grounded Theory,» Rev. Latino-Am. Enfermagem, Vol. 18, No. 1, pp. 54-60, 2010.
- 12) F. Villa, «Cuidados paliativos: Una opción vital para pacientes con cáncer de mama,» Rev. Haban Cienc Méd La Habana,

Vol. 7, No. 4, pp. 1-12, 2008.

- 13) R. Ornelas-Mejorada, M. Tufiño y J. Sánchez-Sosa, «Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia,» Acta de Investigación Psicológica, Vol. 1, No. 3, pp. 401-414, 2011.
- 14) R. Santiago, Determinación del grado de depresión que experimentan las mujeres con cáncer de mama [Tesis Maestría], Celaya, Guanajuato: Universidad de Guanajuato, Departamento de Enfermería y Obstetricia, 2010.
- 15) F. Faul, E. Erdfelder y A. Buchner, «Statistical power analysis using G Power 3.1: Tests for correlation and regression analysis,» Behavior Research Methods, Vol. 41, No. 4, pp. 1149-1160, 2009.
- 16) P. Dattalo, Determining sample size. Balancing power, precision and practicality, New York. USA: Oxford University Press, 2008.
- 17) A. Lobo, L. Chamorro, A. Luque, R. Dal-Ré, X. Badia y E. Baró, «Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad,» Med. Clin. (Barc), Vol. 118, No. 13, pp. 483-499, 2002.
- 18) World Health Organization, WHOQOL-BREF, Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version, Geneva: Programme on Mental Health, 1996.
- 19) Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, «A propósito del Día Internacional contra el Cáncer de Mama,» INEGI, Aguascalientes, 2013.
- 20) S. Moreno-López, F. Lara-Medina, S. Alvarado-Aguilar, «Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía,» Gaceta Mexicana de Oncología, Vol. 13, No. 1, pp. 53-58, 2014.
- 21) M. Domínguez, M. Acosta, I. Méndez, C. Pedrote, M. Frutos, «Evaluación de la calidad de vida tras el tratamiento primario del cáncer de mama,» Index de enfermería digital, Vol. 18, No. 4, pp. 246-248, 2009.
- 22) J. Vázquez, R. Antequera, A. Blanco, «Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama,» Psicooncología, Vol. 7, No. 2-3, pp. 433-451, 2010.

